

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail-Justice-Solidarité

\*\*\*



Comité National de Lutte contre le Sida



Secrétariat Exécutif du Comité Nationale de lutte contre le Sida  
juin-2015

# RAPPORT NATIONAL DE LA RIPOSTE VIH/SIDA 2014

[Progrès 2010 - 2014]



Immeuble Ex-ENIPRA-4ème étage-Commune de Kaloum - Tél. +224 30 43 36 44

BP.: 3934 Conakry-E-mail: cnlsida02@yahoo.fr

Juin 2014



## REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce rapport d'activités 2014 sur la riposte au VIH/Sida en Guinée constitue le résultat de la collaboration d'institutions diverses et des Contributions d'un grand nombre de personnes ressources à différents niveaux. Le présent rapport présente les principales réalisations de la riposte nationale au sida au cours de l'année 2014.

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

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

Ce rapport a permis au Gouvernement et plus particulièrement aux responsables des programmes et projets et acteurs impliqués dans la lutte contre le sida, de mesurer les progrès réalisés durant l'année 2014 et d'appréhender les défis à relever.

Enfin, nous saluons les efforts faits par nos partenaires et acteurs au développement pour atteindre les objectifs audacieux qui ont été fixés en juin 2011 et pour que la réalisation de 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» devienne une réalité en république de Guinée.

**Secrétaire Exécutif du CNLS**

**Dr Abass DIAKITE**

## RESUME DES REALISATIONS

En 2014, le nombre des sites qui développent les offres de services en matière de **conseil et dépistage volontaire** passe de 101 à 112 sites (CDV). Le nombre de sites varie d'une région à une autre et la région de Conakry a le plus grand nombre de sites soit 33,66% suivie de celle de Faranah 16,66%. Dans ces différents sites, 37.234 personnes ont bénéficié d'un dépistage au VIH dont 20.595 femmes (55%). Parmi ces personnes testées, 7.260 sont positives, soit 19%.

Quant aux services de **prévention de la transmission mère-enfant**, le nombre de sites intégré est passé de 131 en 2013 à 262 en 2014. La proportion des centres de santé offrant la consultation prénatale (CPN) et la PTME qui disposent d'un personnel suffisant et formé en PTME, CPN, conseil-dépistage volontaire (CDV), en Planification Familiale pour les femmes séropositives et en dispensation d'ARV est de 62,4%.

Dans le domaine de **la coïnfection TB/VIH**, le dépistage du VIH est intégré dans 29 centres de dépistage et traitement de la tuberculose (CDT) sur 62. La plupart des services de prise en charge de la coïnfection TB/VIH sont concentrés à Conakry notamment au Centre de traitement ambulatoire (CTA) de Donka, à DREAM, à Ignace Deen et au Centre médico-communal (CMC) de Matam, ce qui limite l'accès aux services de la prise en charge TB/VIH.

**Dans le domaine de la prise en charge en ARV**, 57 sites sont fonctionnels en 2014, **32.040 PVVIH** sont sous TARV, soit 51,49 % de besoins nationaux couverts. Parmi elles, 30.847 sont des adultes (F= 21.057 et M= 9.790) et 1.193 enfants. Les enfants occupent 4% des PVVIH sous TARV en Guinée.

**Pour le suivi biologique des PVVIH**, on dénombre : (i) 43 appareils CD4 (dont 12 à Conakry, et 32 à l'intérieur du pays), (ii) 5 appareils à charge virale à Conakry et 2 appareils positionnés à l'intérieur du pays. Pour la mesure de CD4, deux types d'appareils sont disponibles : les appareils de faible débit (15-20 tests par jour) et ceux de haut débit (50-200 tests par jour). Les appareils à haut débit sont dans les hôpitaux nationaux et régionaux, alors que les autres sont placés en priorité dans les autres sites.

**Les médicaments et intrants** liés au VIH/Sida sont commandés via le VPP dans le cadre du Fonds mondial et le BND et d'autres sources (MSF-B et GIZ) et stockés à la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) (Fonds Mondial et BND) ou dans d'autres dépôts des partenaires. En ce qui concerne le stockage, la gestion et la distribution des produits de santé acquis sur la subvention Fonds Mondial et le BND, il existe un contrat avec la PCG.

**Les politiques et normes nationales** de prise en charge du VIH et de la tuberculose sont conformes aux directives de l'OMS. Il existe des guides nationaux normatifs pour la prévention et la prise charge des IST et du VIH/sida. Ces guides définissent, entre autres, les normes d'accréditation (structures, prestataires), les directives de mise sous ARV et de prise en charge des infections opportunistes, de suivi biologique, les algorithmes de dépistage, le contrôle de qualité, le conseil/ dépistage. Concernant les médicaments, pour être utilisés en Guinée, ils doivent avoir une autorisation du ministère de la Santé. Cependant, pour les autres produits, une autorisation de mise sur le marché n'est pas nécessaire, surtout si sa source est un pays à réglementation rigoureuse.

**En matière de financement du VIH/Sida** : En 2014, les dépenses totales exécutées dans le cadre de la lutte contre le sida ont été estimées à hauteur de **14 649 048 USD** soit **107 627 524 488 GNF**. Les dépenses effectuées proviennent de trois principales sources. Les fonds internationaux viennent en tête de liste 74% suivis des fonds publiques (financement de l'Etat) 22% et les fonds privés 4%. Ce résultat montre que le pays reste toujours dépendant des fonds internationaux. En 2014, on note une augmentation significative des dépenses relatives à lutte contre le VIH/Sida en Guinée malgré le contexte <sup>2</sup>

de la maladie à virus Ebola (MVE). La part contributive de l'Etat dans la riposte nationale est passée de 19 % en 2013 à 22 % et celle du privé de 0,02% à 4%. Pour le secteur privé, cette augmentation de plus de 3% est imputable à l'amélioration de l'accès aux données financières.

DRAFT

## 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>MASPFE</b>	: Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance
<b>MENRS</b>	: Ministère de l'Education 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

DRAFT

## TABLE DES MATIÈRES

<b>I</b>	<b>ANALYSE DE LA SITUATION</b>	<b>13</b>
I.1	CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE, DÉMOGRAPHIQUE, SANITAIRE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE	13
<b>II</b>	<b>DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE ET DE LA RIPOSTE AU VIH/SIDA EN GUINÉE</b>	<b>21</b>
II.1	SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH DANS LA POPULATION GÉNÉRALE	22
II.2	SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES	23
II.3	SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH CHEZ LES GROUPES SPÉCIFIQUES	24
II.4	MODES DE TRANSMISSION	25
II.5	NOUVELLES INFECTIONS VIH	26
II.6	IMPACT DU VIH	26
<b>III</b>	<b>RÉSULTATS DE LA RIPOSTE AU SIDA EN 2014</b>	<b>28</b>
III.1	ENGAGEMENT ET MOYENS D'ACTION NATIONAUX	36
III.2	PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH : Les nouvelles Infections sont réduites de 50% d'ici 2017	45
III.3	PREVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT	58
III.4	PRISE EN CHARGE DES PERSONNES INFECTÉES ET AFFECTÉES PAR LE VIH (PVVIH)	63
III.5	SOINS ET SOUTIEN	70
III.6	TRAITEMENT TB/VIH	71
III.7	GENRE ET VIH	72
<b>IV</b>	<b>DÉFIS DE LA RIPOSTE</b>	<b>73</b>
IV.1	PROGRES RÉALISÉS FACE AUX DÉFIS PRÉCÉDENTS	73
IV.2	DÉFIS ACTUELS ET ACTIONS MAJEURES	74
<b>V</b>	<b>SUIVI ET ÉVALUATION</b>	<b>78</b>
V.1	BREF APERÇU DU SYSTÈME NATIONAL DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	78
V.2	DÉFIS RENCONTRÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU SYSTÈME COMPLET ET ACTIONS MAJEURES	79
V.3	BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE ET DE DÉVELOPPEMENT DES MOYENS POUR LE S&E	79
<b>VI</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>81</b>
<b>VII</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>82</b>
VII.1	ANNEXE 1 : LISTE DE SITES OFFRANT LES SERVICES VIH PAR RÉGION	82
VII.2	ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE OFFRE SERVICE VIH	84

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE EBOLA DU AU 26/03/2015 PARMIS LA POPULATION GÉNÉRALE (SOURCE: RAPPORT COORDINATION EBOLA).....	10
TABLEAU 2 : SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE EBOLA DU AU 26/03/2015 PARMIS LE PERSONNEL DE SANTÉ (SOURCE: RAPPORT COORDINATION EBOLA).....	10
TABLEAU 3 : PROJECTION DE LA POPULATION GUINEENNE DE 2013 A 2017 (SOURCE : RGPH 2014) .....	14
TABLEAU 4: SÉLECTION D'INDICATEURS LIÉS AUX OMD POUR LA RÉPUBLIQUE DE GUINÉE (SOURCE: RAPPORTS PNUD).....	14
TABLEAU 5 : INDICATEURS DE DÉVELOPPEMENT (SOURCE : PND 2003/ 2012 ET ESPS 2014) .....	14
TABLEAU 6: RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES INFRASTRUCTURES PUBLIQUES DE SOINS. ....	17
TABLEAU 7 : TABLEAU IV: RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES SERVICES VIH/SIDA PAR TYPE DE STRUCTURES (PUBLIQUES, ASSOCIATIVES ET PRIVÉES).....	18
<b>TABLEAU 8 : DISTRIBUTION DES RH PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ PAR RÉGION ET PAR SOUS-SECTEUR .....</b>	<b>18</b>
TABLEAU 9 : RÉPARTITION DU PERSONNEL DE SANTÉ DU SECTEUR PUBLIC PAR RÉGION ET MILIEU DE RÉSIDENCE .....	18
TABLEAU 10 : PRINCIPAUX RÉSULTATS D'IMPACTS ET D'EFFETS DU CSN 2013 – 2017 .....	21
TABLEAU 11: ESTIMATIONS NOMBRE DE PVVIH, BESOINS EN TRAITEMENT ARV (TARV) INCIDENCE DU VIH ET DÉCÈS LIÉS AU SIDA DE 2014 A 2020 (SOURCE : SPECTRUM 2015) .....	23
TABLEAU 12 : PROPORTION DES FEMMES ENCEINTEES INFECTÉES PAR LE VIH DANS LES CENTRES DE SANTÉ QUI OFFRENT LA PTME DE 2011 A 2014 (SOURCES : DONNÉES PROGRAMMATIQUES PNPCSP) .....	23
TABLEAU 13 : TENDANCE DU NOMBRE DE FEMMES ENCEINTEES VIVANT AVEC LE VIH, DE L'INCIDENCE, DE DÉCÈS CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS LIÉS AU VIH/SIDA ET LES ORPHELINS DU VIH/SIDA DE 2015 A 2020 (SOURCE : SPECTRUM 2015).....	24
TABLEAU 14 : DISTRIBUTION DE LA PRÉVALENCE CHEZ LES PS, HSH, PRISONNIERS PAR ÂGE EN 2012 (SOURCE : ESCOMB 2012) .....	24
TABLEAU 15 : CARTOGRAPHIE DE LA RÉPARTITION DES POPULATIONS CLÉS EN GUINÉE (SOURCE : ENQUÊTES SUR L'ESTIMATION DE LA TAILLE DES PS ET HSH A CONAKRY ET À L'INTÉRIEUR DU PAYS DE 2011 – 2012).....	25
TABLEAU 16 : PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES GROUPES SPÉCIFIQUES (SOURCE : ESCOMB 2007 ET 2012) .....	25
TABLEAU 17 : PRÉVALENCE ET CONTRIBUTION DE GROUPES SPÉCIFIQUES AUX NOUVELLES INFECTIONS VIH (SOURCE : ÉTUDE MOT 2012) 25	
TABLEAU 18: ESTIMATIONS DES NOUVELLES INFECTIONS VIH DE 2015 A 2020 (SOURCE : SPECTRUM GUINÉE, 2015) .....	26
TABLEAU 19 : ESTIMATIONS DES DÉCÈS DUS AU SIDA DE 2015 A 2020, (SOURCE : SPECTRUM, GUINÉE, 2015).....	26
TABLEAU 20 : ESTIMATIONS DES NOMBRES D'ENFANTS RENDUS ORPHELINS PAR LE VIH SIDA DE 2015 A 2020 (SOURCE : SPECTRUM GUINÉE, 2015) .....	27
TABLEAU 21 : INDICATEURS TRACEURS DE LA RIPOSTE AU VIH/SIDA DE 2010 A 2014 (SOURCES : UNGASS, ESCOMB, EDS-MICS, GARPR, RAPPORTS ANNUELS). ....	29
TABLEAU 22: DÉPENSES EFFECTUÉES PAR AUTRES BAILLEURS (SOURCE: RAPPORT GARPR 2014) .....	44
TABLEAU 23 : PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES JEUNES DE 15 A 24 ANS (SOURCE : ENSS 2008, ESCOMB 2012 ET EDS-MICS 2012) ...	46
TABLEAU 24 : NOMBRE DE SITES DE CDV SELON LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE (SOURCE : RAPPORT ANNUEL 2014 DU PNPCSP).....	47
TABLEAU 25 : PRÉSERVATIF DISTRIBUÉS EN 2014 SELON LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE, GUINÉE (SOURCE: RAPPORTS PSI 2014, RAPPORT GIZ 2014 ET RAPPORTS PNPCSP 2014) .....	52
<b>TABLEAU 26 ÉVOLUTION DES DONNÉES PROGRAMMATIQUES DE LA PTME DE 2011-2014 (SOURCE : RAPPORTS ANNUELS PNPCSP ET SE- CNLS 2011-2014) .....</b>	<b>59</b>
TABLEAU 27: POURCENTAGE D'ENFANTS NÉS DE MÈRE VIH+ QUI ONT SUBI UN TEST VIROLOGIQUE (SOURCES: RAPPORTS PNPCSP ET RAPPORTS MSF/B).....	61
TABLEAU 28 : FIGURE RÉSULTATS DES ACTIVITÉS PTME PAR RÉGION EN 2014.....	61
TABLEAU 29 : RÉPARTITION DES COMPTEURS CD4 EN FONCTION DES RÉGIONS. ....	66
TABLEAU 30: DONNÉES D'INDICATEURS TRACEURS EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE 2013 A 2014 .....	67
TABLEAU 31 : RÉSULTATS DE LA GESTION DES ARV TRACEURS EN 2014 .....	68
TABLEAU 32 : DONNÉES D'INDICATEURS TRACEURS EN MATIÈRE DE SOINS ET SOUTIEN 2013 A 2014 .....	70
TABLEAU 33 : PROGRÈS RÉALISÉS DES DÉFIS EN MATIÈRE DE LA PRÉVENTION .....	73
TABLEAU 34 : PROGRÈS RÉALISÉS DES DÉFIS EN MATIÈRE DE LA PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PVVIH .....	73
TABLEAU 35 : PROGRÈS RÉALISÉS DES DÉFIS EN MATIÈRE DE COORDINATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES.....	74
TABLEAU 36 : TYPE DE SOUTIEN DES PRINCIPAUX PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT.....	76

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : CARTE ADMINISTRATIVE DE LA GUINEE .....	13
FIGURE 2: REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS EN FONCTION DU NIVEAU DE PYRAMIDE SANITAIRE .....	17
FIGURE 3: DISTRIBUTION DE LA DENSITE DE PPVIH DANS LE PAYS (SOURCE : ONUSIDA, 2014) .....	22
FIGURE 4: EVOLUTION GLOBALE DE L'INDICE COMPOSITE ENTRE 2010 ET 2014 (SOURCE : GARPR 2014) .....	36
FIGURE 5: EVOLUTION DE NCPI DE LA PARTIE (A): GOUVERNEMENT .....	37
FIGURE 6: EVOLUTION DE NCPI DE LA PARTIE (A): PARTENAIRES BI ET MULTI - LATERAUX .....	38
FIGURE 7: EVOLUTION DES DEPENSES DANS LA RIPOSTE AU VIH .....	39
FIGURE 8: PREVISIONS DU CADRE STRATEGIQUE NATIONALE ET DEPENSES VIH/SIDA .....	40
FIGURE 9: REPARTITION DES DEPENSES PAR SOURCE DE FINANCEMENT (SOURCE: RAPPORT GARPR 2015) .....	41
FIGURE 10: EVOLUTION DES DEPENSES ENTRE 2013 ET 2014 (SOURCE: RAPPORT GARPR 2015) .....	42
FIGURE 11: REPARTITION DES DEPENSES PAR BENEFICIAIRES (SOURCE: RAPPORT GARPR 2014) .....	42
FIGURE 12: REPARTITION DES DEPENSES PAR AXE STRATEGIQUE D'INTERVENTION (SOURCE: RAPPORT GARPR 2014) .....	43
FIGURE 13: REPARTITION DES DEPENSES EFFECTUEES PAR BAILLEUR .....	44
FIGURE 14: POURCENTAGE DE CDV CHEZ LES 15 A 49 ANS (SOURCE: RAPPORT GARPR 2013) .....	46
FIGURE 15: EVOLUTION DES SITES CDV DE 2010 A 2014 (SOURCE: RAPPORT PNPCSP 2014) .....	47
FIGURE 16: REPARTITION DES SITES CDV PAR REGION (SOURCE: RAPPORT PNPCSP 2014) .....	48
FIGURE 17: RESULTATS DE DEPISTAGE CHEZ LES ADULTES ET ENFANTS EN 2014 .....	49
FIGURE 18: REPARTITION DU NOMBRE DES PERSONNES DEPISTEEES PAR REGION .....	49
FIGURE 19: NOMBRE DE PERSONNES DEPISTEEES AU VIH SELON LE GENRE (SOURCE : RAPPORT PNPCSP 2014) .....	50
FIGURE 20: POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES ET DE JEUNES HOMMES AGES DE 15 A 24 ANS QUI ONT DES CONNAISSANCES SUR LES MODES DE PREVENTION ET DE LA TRANSMISSION DU VIH .....	51
FIGURE 21: TAUX D'UTILISATION DE PRESERVATIFS CHEZ LES ADULTES DE 15 A 49 ANS (SOURCE: EDS 2005 ET 2012) .....	51
FIGURE 22 : TENDANCE DE LA DISTRIBUTION DES PRESERVATIFS EN GUINEE DE 2008 A 2014 - .....	52
FIGURE 23: TENDANCE DE LA PREVALENCE DU VIH CHEZ LES PS ENTRE 2007 ET 2012 (SOURCE: ESCOMB 2007 ET 2012) .....	53
FIGURE 24: TENDANCE DU POURCENTAGE DE CDV CHEZ LES PS ENTRE 2007 ET 2012 (SOURCE : ESCOMB 2007 ET 2012) .....	54
FIGURE 25 : TENDANCE DU POURCENTAGE D'UTILISATION DU PRESERVATIF DES PS AVEC LEUR DERNIER CLIENT .....	54
FIGURE 26: TENDANCE DU POURCENTAGE DES PS ATTEINT(E)S PAR LES PROGRAMMES DE PREVENTION AU VIH .....	55
FIGURE 27: NIVEAU INDICATEUR TRACEUR ACTUELLE DES HSH VERSUS CIBLE DU CSN A HORIZON 2017 (SOURCE : CSN 2013 – 2017) ..	56
FIGURE 28: EVOLUTION DU NOMBRE DE SITES PTME DE 2004-2014 EN GUINEE CONAKRY .....	58
FIGURE 29 : EVOLUTION DE LA PREVALENCE DU VIH CHEZ LES ENFANTS INFECTES (SOURCE RAPPORT PNPCSP 2014) .....	60
FIGURE 30: POURCENTAGE DES FEMMES ENCEINTES VIH+ SOUS ANTIRETROVIRAUX POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A LEUR ENFANTS (SOURCE : RAPPORTS PNPCSP) .....	60
<b>FIGURE 31 : L'EVOLUTION DE LA FILE ACTIVE CHEZ LES ADULTES ET LES ENFANTS DE 2010 A 2014 (SOURCE : RAPPORT PNCSP ET SPECTRUM) .....</b>	<b>64</b>
FIGURE 32 : TENDANCE DE LA SURVIE DES ADULTES ET ENFANTS APRES 12 MOIS DE TRAITEMENT (SOURCE : RAPPORT GIZ ET PNPCSP) ...	64
FIGURE 33: EVOLUTION DU NOMBRE DE SITES PEC DE 2010 A 2014 .....	65
FIGURE 34: REPARTITION DU NOMBRE DE SITES PEC PAR REGION ADMINISTRATIVE EN 2014 (SOURCE : RAPPORT PNPCSP 2014) .....	65
FIGURE 35 : POURCENTAGE DES NOUVEAUX CAS ESTIMES DE TUBERCULOSE LIES AU VIH ET QUI ONT BENEFICIES D'UN TRAITEMENT A LA FOIS CONTRE LA TUBERCULOSE ET CONTRE LE VIH (SOURCES : RAPPORTS PNPCSP, PNLAT, OMS, UNGASS) .....	71
FIGURE 36 : FLUXOGRAMME DES DONNEES/INFORMATIONS .....	78

## CONTEXTE DU RAPPORT DE LA RIPOSTE AU SIDA 2014

Le présent rapport constitue une synthèse des progrès réalisés en Guinée en matière de riposte au VIH/sida entre 2013 et 2014 dans un contexte spécifique **d'épidémie d'Ebola**.

La Guinée déclare sa première **épidémie de maladie à virus Ebola** en mars 2014 après confirmation d'un cas. En dehors de la Guinée, le Liberia et la Sierra Léone sont les pays les plus touchés par l'épidémie en Afrique de l'ouest. Au-delà de ces trois pays, l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE) a atteint le Nigeria, le Sénégal, le Mali et hors du continent l'Europe et l'Amérique.

L'épidémie s'est rapidement propagée en Guinée, dans toutes les 8 régions administratives avec 27 préfectures sur 38 (71,1%) atteintes de mars à octobre 2014.

Les préfectures de Guéckedou et Macenta ont constitué l'épicentre en début d'épidémie. Les autres villes, dans lesquelles les cas sont dans la majorité importés, participent également à la propagation de l'épidémie.

Pour organiser la lutte, le Gouvernement a élaboré un plan et mis en place un mécanisme de gestion de la riposte. Ce mécanisme s'articule sur huit (8) axes stratégiques à savoir: i) le renforcement de la coordination; ii) le renforcement de la détection précoce des cas suspects et des contacts; iii) la réalisation d'investigations autour des cas suspects, iv) la prise en charge rapide et efficace de tous les cas suspects, v) la bonne gestion des corps des cas de fièvre hémorragique, vi) la promotion des comportements de prévention contre l'infection au virus, vii) le renforcement du plateau technique des laboratoires, viii) La gestion des déchets biomédicaux

Afin de renforcer la réponse à tous les niveaux pour une meilleure protection des populations non atteintes et la prise en charge des cas notifiés, le Gouvernement a décrété en septembre 2014 l'Etat d'urgence sanitaire.

Le tableau n°1 ci-dessous donne la situation des cas d'Ebola notifiés selon la classification épidémiologique, au 30 décembre 2014 au 26 mars 2015:

**Tableau 1 : Situation de l'épidémie Ebola du au 26/03/2015 parmi la population générale (source: Rapport coordination Ebola)**

Classification épidémiologique	Nombre total	Total Décédé	% Décès
Confirmé	3 054	1882	62%
Probable	411	411	100%
Suspect	17	0	0%
<b>Total</b>	<b>3 482</b>	<b>2 293</b>	

**Tableau 2 : Situation de l'épidémie Ebola du au 26/03/2015 parmi le personnel de santé (source: Rapport coordination Ebola)**

Classification épidémiologique	Nombre total	Total Décédé	% Décès
confirmé	186	93	50%
probable	15	15	100%
suspect	-	-	
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>108</b>	

Parmi le nombre de décès enregistrés, 5% (93/1882) sont issus du personnel de santé.

Eu égard à la propagation rapide de l'épidémie et aux conséquences économiques et sociales engendrées par la maladie à virus Ebola (MVE), la communauté internationale s'est mobilisée et a apporté aux pays les plus touchés une contribution financière et technique substantielle à la réponse nationale à Ebola.

L'Organisation des Nations Unies (ONU) a mis en place une mission internationale « UNMEER » pour la lutte contre Ebola avec cinq priorités à savoir : i) *stopper la transmission* ; ii) *traiter les cas* ; iii) *maintenir les services essentiels* ; iv) *préserver la stabilité* et v) *empêcher la propagation*. Pour contribuer à la lutte

contre la MVE et assurer le maintien des services VIH dans ce contexte, l'ONUSIDA a édicté des lignes directrices, en rapport avec les domaines prioritaires d'UNMEER.

Malgré les efforts déployés dans le pays, il faut noter que plusieurs facteurs limitent les performances de la riposte actuelle. L'épidémie s'est déclenchée dans la zone dite Mano river qui regroupe différentes régions de la Guinée, du Liberia et de la Sierra Leone. Cette zone est fragile à cause de plus de dix ans de guerres civiles et se caractérise par l'insuffisance généralisée de services sociaux de base (éducation, santé, alimentation etc.). La prévalence du VIH y est élevée par rapport à la moyenne nationale des trois pays. En Guinée, la prévalence nationale du VIH est de 1,7% contre 2,1% à Guéckédou et 1,9% à Macenta (Zone de Mano river). En plus, la faible performance de la réponse à l'épidémie pourrait s'expliquer entre autres par :

- La faiblesse du système de santé particulièrement en zone rurale et la vétusté avancée des infrastructures hospitalières.
- La faiblesse du budget affecté à la santé (2,5% du BND)
- Le faible effectif de personnel qualifié en maladie infectieuse et concentré uniquement à Conakry.
- La pléthore de personnel médical à Conakry et déficit chronique dans les préfectures.
- La disparition de la filière assistance sociale dans les écoles publiques de formation des techniciens supérieurs de santé
- Les stratégies verticales mises en place avec du personnel prélevé dans les services déjà dépourvus.
- L'absence d'un plan de communication adapté à la nature de l'épidémie et à la culture du pays.
- La multisectorialité non fondée sur une division effective et rationnelle du travail
- La faible appropriation de la riposte par les nationaux (La coordination met en œuvre et coordonne, les partenaires évoluent selon leurs programmes...)
- Les réticences communautaires aux mesures de prévention.

A ce jour, il n'existe pas d'étude sur l'impact de la MVE sur la riposte au sida, mais des constats soutenus par des témoignages des autorités, des parties prenantes de la riposte à Ebola, des prestataires de services de santé, des utilisateurs de services et autres populations font état des problèmes liés à l'offre et à l'utilisation de services de santé. Ces constats sont entre autres :

- La diminution des activités de certaines ONG nationales et internationales, voire le rapatriement du personnel expatrié ;
- Le décès des agents de santé ;
- La désertion du personnel de santé exposé aux risques de contamination ;
- La démobilisation du personnel dans la mise en œuvre de ses activités habituelles ;
- La réquisition du personnel en faveur de la riposte exclusive à la MVE ;
- La diminution des fonds alloués à d'autres programmes de santé dont le programme multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/sida.

Conséquences pour la population :

- Faible fréquentation des services de santé par la population ;
- Réticence des populations au respect des mesures de prévention et de protection ;
- Décès prématurés élevés suite à la non continuité des services pour les autres maladies dont le VIH, la tuberculose et le paludisme ainsi que la faible fréquentation des services dédiés au VIH et à la tuberculose ;
- Risque de développement de résistance aux maladies (TB, VIH) ;
- L'augmentation du nombre d'enfants rendus orphelins par Ebola et qui sont rejetés par leurs proches.

Il importe dans ces conditions de prendre des mesures urgentes pour d'une part assurer la continuité des prestations VIH/Sida et Tuberculose et l'utilisation des services par la population. D'autre part il est primordial de protéger les agents de santé de la MVE et d'assurer l'accès aux services VIH aux malades d'Ebola. En Novembre 2014, un plan d'urgence Ebola-Sida-TB pour 11 mois a été élaboré par l'Etat accompagnés de ses partenaires mais les financements ne sont pas encore mobilisés.

## I ANALYSE DE LA SITUATION

### I.1 CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE, DÉMOGRAPHIQUE, SANITAIRE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE

#### I.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 Sierra Leone 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 le Foutah Djallon;
- (3) la Haute Guinée;
- (4) la Guinée Forestière.

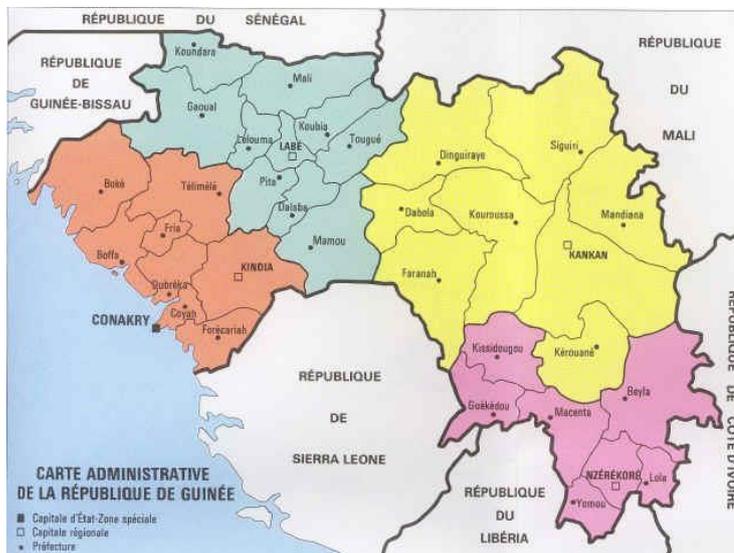


Figure 1 : Carte administrative de la Guinée

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 huit (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.

#### I.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'Evaluation de la Pauvreté en Guinée [ELEP, 2012] indique que 55,2% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 300 dollars US par an). La croissance économique est estimée à 3,9% en 2012 et l'inflation se situe à 12,8% contre 19% en 2011. Près de 68% des ménages ont accès à l'eau potable et seulement 19% disposent de l'électricité. Le chômage touche 10,5% de la population urbaine et 14% de la population de Conakry. Les réformes amorcées par le gouvernement ont permis l'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPTE) en 2012. Le tableau n°3 ci-dessous montre la projection de la population guinéenne de 2013 à 2017.

**Tableau 3 : Projection de la population guinéenne de 2013 à 2017 (source : RGPH 2014)**

Régions	Population 2013	Population 2014	Population 2015	Population 2016	Population 2017
Boké	1 144 731	1 081 445	1 105 237	1 129 552	1 154 402
Conakry	1 742 696	1 667 864	1 704 557	1 742 057	1 780 383
Faranah	839 523	942 733	963 473	984 670	1 006 332
Kankan	1 645 056	1 986 329	2 030 028	2 074 689	2 120 332
Kindia	862 565	1 559 185	1 593 487	1 628 544	1 664 372
Labé	961 904	995 717	1 017 623	1 040 010	1 062 891
Mamou	867 618	732 117	748 224	764 684	781 508
N'Zérékoré	2 635 907	1 663 582	1 700 181	1 737 585	1 775 812
<b>Total</b>	<b>10 700 000</b>	<b>10 628 972</b>	<b>10 862 810</b>	<b>11 101 791</b>	<b>11 346 032</b>

Selon le rapport sur l'Indice de Développement Humain (IDH), la Guinée se situe au 178ème rang sur 186 pays.

Le tableau n°4 montre le niveau d'indicateurs liés aux objectifs millénaires pour le en Guinée.

**Tableau 4: Sélection d'indicateurs liés aux OMD pour la République de Guinée (source: Rapports PNUD)**

N°	Indicateurs	Valeur	Sources	Année
1	Taux d'accroissement annuel moyen	0,025	Rapport IDH 2013, PNUD	2014
2	Population de moins de 15 ans	0,456	Institut National des Statistiques	2014
3	Taux d'alphabétisme des adultes de 15 ans et plus	0,34	Institut National des Statistiques	2012
4	PIB par habitant en US\$	990	Rapport IDH 2013, PNUD	2014
5	Classement selon l'Indice de Développement Humain (IDH)	178ème/186 pays (0,355)	Rapport IDH 2013, PNUD	2014
6	Taux de mortalité maternelle	710 /100 000 NV	PNDS	2012
7	Espérance de vie à la naissance	58,9 ans**	ESPS	2014

**Tableau 5 : Indicateurs de développement (source : PNDS 2003/ 2012 et ESPS 2014)**

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

### I.1.3 SYSTÈME DE SANTÉ ET AUTRES SERVICES SOCIAUX DE BASE

La stratégie du pays en matière de santé est définie dans le plan national de développement sanitaire (PNDS). Le PNDS actuellement en cours est en révision et concerne la période 2005-2014. Suite aux Etats généraux de la santé tenus en juin 2014, le prochain PNDS qui devrait couvrir la période 2015-2023, est en cours d'élaboration. Pour le cas spécifique du VIH, le cadre stratégique 2013-2017 complète et détaille les orientations stratégiques pour cette maladie.

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

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

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

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

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

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

### I.1.3.1 LE VERSANT GESTIONNAIRE

En matière de politique de santé, la Guinée a opté pour la stratégie de décentralisation en vue de l'accès universel des populations aux soins de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

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

Le niveau central est principalement chargé de la formulation de la politique sectorielle, de la planification, de l'élaboration des stratégies d'intervention, de la mobilisation des ressources et de la coordination de l'aide apportée au secteur, de la définition des normes et standards de qualité, du suivi et de l'évaluation, de la formation continue.

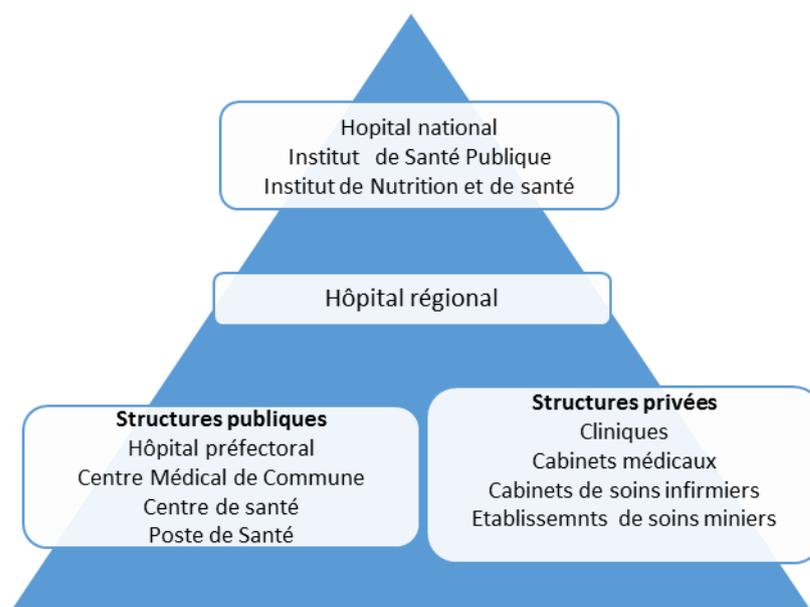
**Le niveau régional** correspond aux 07 régions sanitaires et la ville de Conakry, comprenant, chacune, une Direction Régionale de la Santé. Ce niveau est chargé de faire appliquer la politique nationale de santé, de coordonner les activités sanitaires des districts et d'assurer l'appui technique et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

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

### I.1.3.2 LE VERSANT PRESTATAIRES

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

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



**Figure 2: Répartition de l'offre de soins en fonction du niveau de pyramide sanitaire**

**Le sous-secteur public :** Composé de 925 postes de santé, 407 centres de santé, 05 Centres de Santé Améliorés, 26 hôpitaux préfectoraux, 8 Centres médicaux communaux, 7 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux nationaux. A ces structures sanitaires s'ajoutent, le Laboratoire National de Santé Publique, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et ses démembrements (CRTS, UHTS) puis les services rattachés au Ministère de la Santé (Services de santé scolaire et universitaire, la médecine de travail et la promotion de la santé). Le tableau n°6 ci-dessous donne la Répartition géographique des infrastructures publiques de soins.

**Tableau 6: Répartition géographique des infrastructures publiques de soins.**

REGIONS	PS	CS	CSA	HP/ CMC	HR	HN	TOTAL
Conakry	4	22	0	5	0	3	34
Kindia	153	55	0	5	1	0	214
Boké	108	42	2	4	1	0	157
Mamou	97	36	0	2	1	0	136
Labé	176	65	1	4	1	0	247
Faranah	96	43	0	3	1	0	143
Kankan	134	67	0	4	1	0	206
N'Nzérékoré	157	77	2	7	1	0	244
<b>Total</b>	<b>925</b>	<b>407</b>	<b>5</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1 381</b>

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

**Le sous-secteur privé :** est composé comme suit :

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

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

### I.1.3.3 SITUATION DES STRUCTURES DE SANTÉ DANS LE DOMAINE DU VIH

Les services de VIH (CDV : 115, PTME : 264, PEC : 55 et CDT : 58) sont intégrés dans les structures sanitaires publiques, privées et associatives. Ces structures sont réparties sur l'ensemble du territoire national, conformément au tableau n° 7 ci-dessous.

**Tableau 7 : Tableau IV: Répartition géographique des services VIH/sida par type de structures (publiques, associatives et privées)**

Régions	CDV	PTME	PEC	CDT
Conakry	33	29	22	17
Kindia	10	54	4	4
Boké	12	47	6	7
Mamou	11	6	3	5
Labé	12	50	2	6
Kankan	11	31	7	6
Faranah	13	14	5	6
N'Zérékoré	13	33	6	7
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>264</b>	<b>55</b>	<b>58</b>

### I.1.3.4 SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES (RH) DE LA SANTÉ

Le système de santé guinéen comptait en fin 2011 au total, 9.674 professionnels de santé répartis entre le secteur public (88%) et le secteur privé (12%)<sup>2</sup>(Tableau n°8). La répartition des professionnels de santé en fonction du milieu de résidence montre que 83% résident en milieu urbain et 17 % en milieu rural, ce qui contraste avec celle de la population qui est de 70 % en milieu rural et 30% en milieu urbain (Tableau IV).

**Tableau 8 : Distribution des RH professionnelles de la santé par région et par sous-secteur**

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

**Tableau 9 : Répartition du personnel de santé du secteur public par région et milieu de résidence**

Milieu de résidence	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'zérékoré	Pays	%	Population du pays
Rural	144		212	214	196	242	153	264	1425	17%	70%
Urbain	329	4184	379	424	618	326	228	558	7046	83%	30%

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

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

Total	473	4184	591	638	814	568	381	822	8471	100%	100%
Pourcentage	6%	49%	7%	8%	1%	7%	4%	10%	100%		

**Source : Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2011.**

#### **A. En matière d'informations sanitaires**

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

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

Au nombre des points forts on peut citer:

- (i) la volonté politique existe, traduite à travers la création du Bureau des Stratégies et du Développement (BSD) du ministère de la Santé, ainsi qu'un département planification suivi-évaluation et recherche au sein du SE/CNLS ;
- (ii) sur le plan institutionnel, l'existence des structures décentralisées chargées des statistiques,
- (iii) l'existence d'un groupe national de référence en suivi et évaluation comprenant trois commissions VIH, Paludisme et Tuberculose ;
- (iv) l'élaboration d'outils harmonisés de collecte et de rapportage des données pour le VIH et la définition des mécanismes de traitement et de validation des données à tous les niveaux
- (v) l'existence de bases de données nationales (RAMIS pour le SNIS, Fuchia et CRIS3 pour le VIH/sida),
- (vi) l'appui technique et financier des partenaires ;
- (vii) l'élaboration des guides et directives de monitoring des activités ;
- (viii) la réalisation d'enquêtes/recherches. Les études et enquêtes de base couramment réalisées dans le domaine du VIH sont : l'enquête de surveillance sentinelle (annuelle), l'enquête de surveillance comportementale et biologique (bisannuelle), la cartographie des populations-clés (bisannuelle), l'enquête SARA, DHS-MICS, RDQA, MESS et les revues programmatiques annuelles, le suivi des résistances aux ARV.

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

Les faiblesses liées à ce secteur se présentent comme suit :

- (i) insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines à tous les niveaux y compris au niveau central;
- (ii) insuffisance de moyens matériels et financiers ;
- (iii) absence d'intégration des sous-systèmes au SNIS (secteur paramédical : services santé de défense et de sécurité ; secteur privé, médecine traditionnelle et état civil) ;
- (iv) insuffisance d'intégration au SNIS des outils et des indicateurs VIH;

- (v) faiblesse de la qualité des données, due en grande partie à l'absence de l'application de la procédure de contrôle de la qualité ;
- (vi) faiblesse d'archivage des rapports mensuels d'activités et de supervision ;
- (vii) faible promptitude des données,
- (viii) non-respect du circuit des données ;
- (ix) faible utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (RAMIS n'offre pas de module d'aide à la prise de décision et pour le VIH, Fuchia et CRIS3 sont peu décentralisés) ;
- (x) faibles diffusion et utilisation de l'information sanitaire.

Pour accroître la performance du SNIS et limiter les contraintes dans la mise en œuvre du programme de lutte contre les maladies, notamment le VIH, il est prévu entre autres de :

- (i) renforcer le cadre institutionnel pour l'intégration des sous-systèmes d'information sanitaires;
- (ii) renforcer les compétences et la performance du personnel ;
- (iii) adopter une démarche assurance qualité dans la gestion de l'information ;
- (iv) assurer la mise en œuvre de l'agenda des études et enquêtes et ;
- (v) développer une base de données inclusive, robuste et décentralisée.

#### **I.1.4 LE SYSTÈME COMMUNAUTAIRE**

Le Ministère de la Santé a élaboré et adopté en 2012 la Politique Nationale de la Santé Communautaire. Les agents communautaires développent les activités telles que : sensibilisation, distribution de préservatifs, recherche des perdus de vue en PTME et en prise en charge, orientation vers les services spécifique, etc. Plan Guinée, AGBEF, USAID et PSI sont les principales structures qui œuvrent auprès des agents communautaires. Il existe une Association des Agents Communautaires de Guinée (AACG) qui compte 102 membres évoluant dans 08 préfectures (Gueckédou, Kissidougou, Macenta, Nzérékoré, Téliélé, Faranah, Labé, etc.).

Les principales contraintes rencontrées par le système communautaire sont :

- (i) le manque de stratégie nationale pour les interventions communautaires,
- (ii) le manque d'intégration et d'harmonisation des activités des agents communautaires des différentes organisations;
- (iii) l'absence de cadre de valorisation de bonnes pratiques communautaires ;
- (iv) l'insuffisance de mobilisation des ressources et, la faible intégration du suivi communautaire dans le SNIS (Politique Nationale de Santé Communautaire, p.19).

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

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

Le tableau n°10 ci-dessous rappelle les principaux résultats d'impact et d'effets du cadre stratégique national (CSN) 2013 – 2017.

**Tableau 10 : Principaux Résultats d'impacts et d'effets du CSN 2013 – 2017**

N°	Indicateurs
<b>1</b>	<b>Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2017</b>
1.1	Au moins 60% des populations clés adoptent un comportement à moindre risque face aux IST/MH (PS, HSH)
1.2	Au moins 50% des populations UDI ciblées adoptent un comportement à moindre risque face aux IST/MH
1.3	Au moins 60% des populations vulnérables adoptent un comportement à moindre risque
1.4	La proportion de la transmission du VIH est réduite de 90% parmi les enfants nés de mère séropositive
1.5	Au moins 80 % des structures sanitaires mettent en œuvre des mesures de précautions universelles pour la sécurité transfusionnelle et les accidents d'exposition au sang/MH
1.6	Au moins 80 % des jeunes de 10 à 24 ans adoptent un comportement à moindre risque lié aux IST/MH
<b>2</b>	<b>Dans le cadre de l'accès universel, la mortalité et la morbidité des PVVIH sont réduites d'au moins 50% d'ici 2017</b>
2.1	Au moins 90% des patients adultes et enfants diagnostiqués pour le VIH survivent 12 mois après le début du traitement
2.2	Au moins 80% des patients adultes et enfants maintiennent leur traitement 12 mois après initiation
2.3	Les capacités des structures de gestion et de contrôle de qualité des produits de santé y compris VIH/SIDA sont renforcées
2.4	La couverture pour l'accès universel au traitement est augmentée de 64% à 80%
2.5	Au moins 77% des patients sous ARV sont suivis 24 mois après le début du traitement
2.6	Au moins 85% des patients adultes et enfants infectés par le VIH bénéficient du diagnostic et traitement des IO y compris la TB
<b>3</b>	<b>La protection des droits humains des PVVIH et des populations clés est assurée d'ici 2017</b>
3.1	Le respect des droits sanitaires, éducationnels et sociaux est effectif chez au moins 80% des PVMH suivies
3.2	Le respect des droits sanitaires, éducationnels et sociaux est effectif chez au moins 60% des populations clés
3.3	Au moins 60% des PVVIH suivies bénéficient des interventions liées à la Santé/dignité (prévention pour réduire la discrimination et la propagation du VIH)
<b>4</b>	<b>D'ici 2017, la gouvernance, la coordination de la riposte nationale au sida est efficace et efficiente à tous les niveaux</b>
4.1	La gouvernance, la coordination, le leadership et le partenariat (public privé, communautaire) aux niveaux national, régional, local sont renforcés.
4.2	L'allocation budgétaire nationale est augmentée de 20% en 2012 et de 50% d'ici 2017
4.3	Les risques programmatiques et financiers sont gérés et minimisés
<b>5</b>	<b>D'ici 2017, la participation des organisations de la société civile (réseaux, associations /ONG, des PVVIH) et les populations clés à la gouvernance de la réponse nationale, est effective à tous les niveaux</b>
5.1	Les organisations communautaires y compris celles des PVMH et celles des populations clés sont renforcées et sont opérationnelles d'ici 2017

L'analyse faite ci-dessous permet d'apprécier le niveau d'atteinte de ces principaux résultats.

## II.1 SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

L'épidémie est de type généralisé avec une prévalence du VIH au sein de la population de 15-49 ans qui est relativement stable de 1,5% en 2005 à 1,7% en 2012 (EDS-MICS 2012). La prévalence dans la population générale présente de grandes disparités selon les régions administratives : Conakry :2,7%, Boké 1,6% , Kindia 1,0%, Mamou 1,7%, Labé 1,6%, Faranah 1,4%, Kankan 1,6% et 1,7%, le lieu de résidence (urbain : 2,7% et rural : 1,2%) ;l'âge (15-24 ans : 0,9%, avec 1,5% chez les 15-19 ans et 25-49 ans: 2,3%); et le sexe (Homme : 1,2% et Femme : 2,1%) .

La distribution du nombre de PVVIH est également variable dans le pays. Les prévalences régionales et les populations sous-nationales des PVVIH par préfectures selon l'étude réalisée par l'ONUSIDA en 2014 sur la base de l'EDS-MICS 2012 (Figure n°3 ci-dessous) illustre la distribution de la densité de PPVIH dans le pays. Les prévalences montrent une concentration de PVVIH au niveau des villes frontalières sur les principaux axes routiers au Sud et au Nord-Est. Les grandes villes du pays telles que Conakry, Nzérékoré, Labé (ainsi que ces préfectures proches), Mamou et Kankan regorgent un grand nombre de PVVIH comparées aux autres villes. Certaines sous-préfectures minières présentent une densité forte de PVVIH telles que Kamsar/Sangarédi dans Boké, Banankoro dans Kérouané et Koron dans Siguiri.

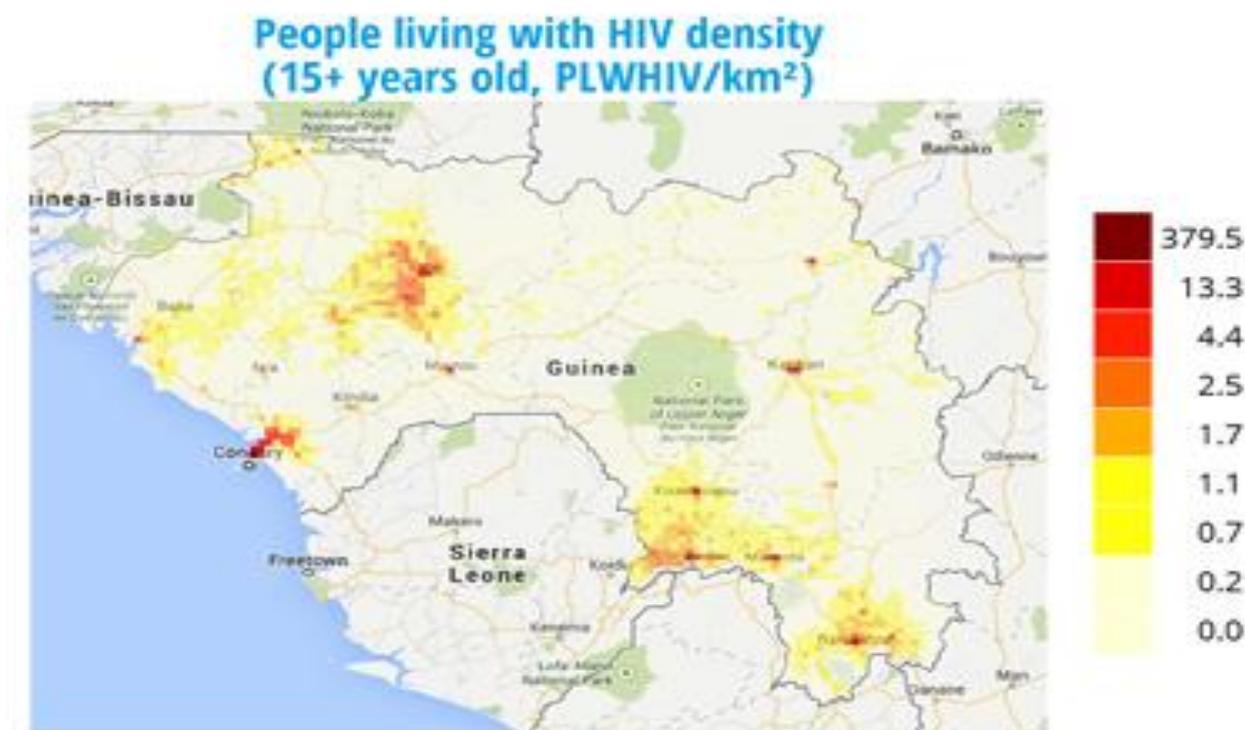


Figure 3: Distribution de la densité de PPVIH dans le pays (Source : ONUSIDA, 2014)

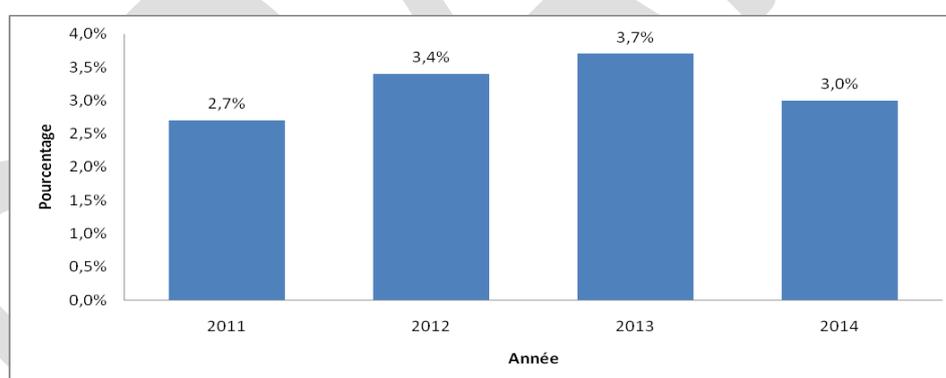
Selon les estimations Spectrum-Guinée 2015 (ONUSIDA/OMS/UNICEF), l'incidence serait en légère baisse les prochaines années. Toutefois le nombre de personnes vivant avec le VIH serait inversement en augmentation, conséquence directe de l'augmentation de l'espérance de vie des PVVIH grâce au traitement ARV et par ricochet la chute des décès liés au sida, voir tableau n°10 ci-dessous.

**Tableau 11: Estimations Nombre de PVVIH, besoins en traitement ARV (TARV) incidence du VIH et décès liés au sida de 2014 à 2020 (source : Spectrum 2015)**

Estimation Spectrum	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de PVVIH (adultes + enfants)	121 296	125 053	128 933	132 880	136 956	140 995
Nombre de femmes PVVIH	67 700	70 578	73 451	76 312	79 139	81 896
Nombre de PVVIH en besoins de TARV (adultes + enfants)	102 320	106 943	112 062	117 610	123 461	129 672
Incidence VIH (adultes)	0,11	0,1	0,1	0,09	0,08	0,08
Décès liés au sida (adultes + enfants)	455	399	367	338	309	283

## II.2 SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes est restée relativement stable entre 2001 (2,8%, ESSIDAGUI) et 2008 (2,5%, ENSS) et plus élevée que celle de la population générale. L'enquête nationale de surveillance sentinelle chez les femmes enceintes (ENSS) de 2015 permettra d'apprécier le niveau de l'épidémie chez les femmes enceintes. Toutefois, au regard de l'évolution de la prévalence entre 2011 et 2014 chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale (CPN) dans les centres de santé intégrés (offrant les services PTME) montre une tendance à la hausse de la proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH (2,7% en 2011, 3,4% en 2012, 3,7% en 2013 et 3,0% en 2014). La figure n°4 ci-dessous montre l'évolution de cette tendance.



**Tableau 12 : Proportion des femmes enceintes infectées par le VIH dans les centres de santé qui offrent la PTME de 2011 à 2014 (Sources : Données programmatiques PNPCSP)**

L'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH suivant le Spectrum 2015, indique par contre une diminution de l'effectif de 2015 à 2020.

D'après l'analyse du tableau n°11 ci-dessous, les estimations de Spectrum-Guinée 2015 montrent que :

- Le nombre des femmes enceintes infectées par le VIH est en tendance inverse de l'incidence des enfants infectés par le VIH ;
- L'espérance de vie des enfants VIH+ nés des mères VIH+ est de 83%, conséquence directe de des interventions liées à la prévention de la transmission mère-enfants du VIH.

**Tableau 13 : Tendances du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, de l'incidence, de décès chez les enfants de moins de 5 ans liés au VIH/sida et les orphelins du VIH/sida de 2015 à 2020 (source : Spectrum 2015).**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de Femmes enceintes infectées par le VIH (PTME)	6 516	6 803	7 016	7 223	7 427	7 625
Incidence de l'infection à VIH chez les enfants (en pour 1000)	7,93	7,41	6,94	6,36	5,99	5,57
Décès des enfants liés au VIH/sida	48 119	45 691	42 712	39 254	35 467	31 575
Nombre d'orphelins du VIH/sida	48 202	45 782	42 828	39 391	35 614	31 718

### II.3 SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH CHEZ LES GROUPES SPÉCIFIQUES

Les populations à plus de risques constituent des poches de sous épidémies concentrées en Guinée. En dépit de la baisse significative de la prévalence constatée chez les Professionnelles de sexe (PS) de 2001 (42%, ESSIDAGUI), de 2007 (34,4% : ESCOMB) et de 2012 (16,7% : ESCOMB), cette prévalence reste de loin supérieure à celle des femmes enceintes et de celle de la population. Chez les Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), à partir d'un échantillon couvrant trois villes du pays 56,6% étaient infectées par le VIH en 2012. Au niveau du milieu carcéral, on a trouvé une prévalence de 9,4% chez les détenus en 2012 (ESCOMB). Le tableau ci-dessous montre une variation de la prévalence chez les populations clés par tranche d'âge.

**Tableau 14 : Distribution de la prévalence chez les PS, HSH, Prisonniers par âge en 2012 (Source : ESCOMB 2012)**

Prévalence (%)	< 25 ans	>25 ans
Professionnelles de sexe (PS)	14,8	17,0
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)	59,9	53,4
Prisonniers	6,0	10,0

Par ailleurs, l'enquête d'estimation de la taille des populations clés de 2013 a montré une forte densité des populations clés au niveau des milieux urbains des grandes agglomérations à forte concentration d'activités socioéconomiques, y compris la zone spéciale de Conakry. La même observation est vraie au niveau des milieux ruraux où se trouvent des sites d'exploitation minière, industrielle et/ou artisanale (Kamsar, Sangarédi, Fria, Banankoro, Koron, Léro, Simandou...).

Il est à noter que l'enquête d'estimation de la taille des populations clés de 2013 n'a pas concerné la zone spéciale de Conakry. Le taux de croissance de 2,8% de la population a été appliqué aux populations clés de Conakry issues de l'enquête d'estimation de la taille des populations clés de 2011 (5 0688\* : 4 796 de 2011 + (4796 x 2,8%). Le tableau n°13 ci-dessous montre la cartographie de la répartition des populations clés par région administrative.

**Tableau 15 : Cartographie de la répartition des populations clés en Guinée (source : enquêtes sur l'estimation de la taille des PS et HSH à Conakry et à l'intérieur du pays de 2011 – 2012)**

Régions	PS	HSH
Conakry	5 068*	648*
Boké	179	42
Faranah	205	54
Kankan	156	62
Kindia	317	89
Labé	257	54
Mamou	174	39
N'Zérékoré	432	170
<b>Total</b>	<b>6 788</b>	<b>1 158</b>

Les Routiers, les forces de défense et de sécurité, les Miniers et les Pêcheurs sont considérées comme des sous populations à risque non négligeable, sont le plus souvent en contact avec les PS et présentent des prévalences presque trois (3) fois plus élevées que celle de la population générale. Le tableau ci-dessous présente l'évolution de l'infection à VIH chez ces sous-groupes de 2017 à 2012.

**Tableau 16 : Prévalence du VIH chez les groupes spécifiques (Source : ESCOMB 2007 et 2012)**

GROUPES	POPULATIONS CLES	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
	Routiers	5,5	5,4
	Miniers	5,2	5,9
Groupes Passerelles	Hommes en uniforme	6,5	5,6
	Pêcheurs	5,6	5,3
Autres groupes	Jeunes		2,5
	Patients tuberculeux		28,6

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

## II.4 MODES DE TRANSMISSION

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

**Tableau 17 : Prévalence et contribution de groupes spécifiques aux nouvelles infections VIH (Source : Etude MoT 2012)**

Groupes de population	Prévalence du VIH	Contribution aux nouvelles infections
Femmes enceintes	2,5% (ENSS 2008)	
Transmission verticale		19,9% (Étude MoT 2012)
HSH	56,6% (ESCOMB 2012)	10%-20% (Étude MoT 2012)
Professionnels du Sexe	16,7% (ESCOMB 2012)	6-7% (Étude MoT 2012)
Population carcérale	9,4% (ESCOMB 2012)	
Miniers	5,9% (ESCOMB 2012)	
IDU		<5% (Étude MoT 2012)

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

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

Le tableau n°15 ci-dessus met en évidence le rôle important de la transmission verticale du VIH dans la dynamique des nouvelles infections.

## II.5 NOUVELLES INFECTIONS VIH

Les estimations sur le VIH réalisées en 2015 au moyen du logiciel Spectrum avec l'appui de l'ONUSIDA a fourni les données présentées dans le tableau n°16 ci-dessous, concernant les nouvelles infections chez les adultes et les enfants.

**Tableau 18: Estimations des nouvelles infections VIH de 2015 à 2020 (Source : Spectrum Guinée, 2015)**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Adultes	2 335	2 259	2 170	2 072	1 969	1 863
Enfants	731	706	678	647	614	581
<b>Total</b>	<b>3 066</b>	<b>2 965</b>	<b>2 848</b>	<b>2 719</b>	<b>2 583</b>	<b>2 444</b>

Contrairement à l'année précédente (2013) qui a connu une stabilisation, les résultats de la modélisation actuelle montre une légère baisse des nouvelles infections entre 2015 et 2020, aussi bien chez les adultes que chez les enfants, pourvu que les acquis actuels soient maintenus et/ou renforcés.

## II.6 IMPACT DU VIH

### II.6.1 DÉCÈS LIÉS AU SIDA

Les résultats de la modélisation suggèrent une diminution des cas de décès entre 2015 et 2020 aussi bien chez les adultes que chez les enfants.

Toutefois, avec un méta-analyse de ces tendances, le taux moyen de diminution annuelle des décès chez les adultes (27%) est presque trois (3) fois supérieur à celui des enfants (10%). Cet écart peut être lié à la faiblesse de la couverture de la population en ARV surtout chez les enfants de moins de 15 ans (4%) (Source : Plan de passage à l'échelle PEC 2015 – 2017). Le tableau n°22 ci-dessous, montre l'estimation des décès dus au sida de 2015 à 2020.

**Tableau 19 : Estimations des décès dus au sida de 2015 à 2020, (Source : Spectrum, Guinée, 2015)**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Adultes	2 663	2 033	1 618	1 229	900	652
Enfants	450	424	368	342	302	266
<b>Total</b>	<b>3 113</b>	<b>2 457</b>	<b>1 986</b>	<b>1 571</b>	<b>1 202</b>	<b>918</b>

## II.6.2 ORPHELIN LIÉS AU SIDA

Les résultats de la modélisation tels que résumés dans le tableau n°23 ci-dessous, suggèrent aussi une diminution du nombre d'orphelins dus au sida entre 2015 et 2020.

**Tableau 20\_ : Estimations des nombre d'enfants rendus orphelins par le VIH sida de 2015 à 2020 (Source : Spectrum Guinée, 2015)**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Orphelins du SIDA	48 119	45 691	42 712	39 254	35 467	31 575

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

DRAFT

### III RÉSULTATS DE LA RIPOSTE AU SIDA EN 2014

Les résultats de la riposte de 2014, se déclinent conformément aux résultats d'impact, d'effets nationaux et des produits des interventions (voir tableau n°19 ci-dessous) des cibles du CSN 2013–2017.

Pour mieux appréhender les succès et les défis :

1. Les tendances des cinq dernières années sont dressées ;
2. Les résumés sous forme d'encadrés par principaux résultats du CSN sont montrés ;
3. Les actions en cours et prévues pour faire face aux défis sont montrées

Il ressort du tableau synthèse ci-dessous des indicateurs:

- rapportés avec des sources différentes de 2010 à 2014
- avec de données de couverture nationale et parcellaire de 2010 à 2014
- rapportés avec les mêmes sources de 2010 à 2014

Pour le besoin de ce rapport, les données d'une même source seront utilisées pour décrire les tendances sous forme des graphiques et des tableaux.

Tableau 21 : Indicateurs traceurs de la riposte au VIH/Sida de 2010 à 2014 (Sources : UNGASS, ESCOMB, EDS-MICS, GARPR, Rapports annuels).

CIBLES	INDICATEURS	UNGASS 2010			RAPPORT ANNUEL 2011			UNGASS 2012			GARPR 2013			GARPR 2014					
		N D	%	Source	N D	%	Source	N D	%	Source	N D	%	Source	N D	%	Source			
<b>Objectif 1: D'ici à 2015, réduire de 50% le taux de transmission du VIH par voie sexuelle</b>																			
Population générale	1.1		16,2%	ESCOMB 2007		16,2%	ESCOMB 2007	771 3111		24,8%	ESCOMB 2012	1281 5019		25,5%	EDS-MICS 2012	1281 5019		25,5%	EDS-MICS 2012
	1.2		25,0%	ESCOMB 2007		25,0%	ESCOMB 2007	251 2097		12,0%	ESCOMB 2012	1035 5019		20,6%	EDS-MICS 2012	1035 5019		20,6%	EDS-MICS 2012
	1.3		7,8%	EDS 3 2005		7,8%	EDS 3 2005	1002 12934		7,7%	EDS-MICS 2012	1002 12934		7,7%	EDS-MICS 2012	1002 12934		7,7%	EDS-MICS 2012

CIBLES	INDICATEURS		UNGASS 2010			RAPPORT ANNUEL 2011			UNGASS 2012			GARPR 2013			GARPR 2014		
			N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source
PROFESSEUR e(l)le(s) du cours		d'un partenaire au cours des 12 derniers mois															
	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*		30,9%	EDS 3 2005		30,9%	EDS 3 2005	277	27,9%	EDS-MICS 2012	277	27,9%	EDS-MICS 2012	277	27,9%	EDS-MICS 2012
									994			994			994		
	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.		1,5%	EDS 3 2005		1,5%	EDS 3 2005	596	4,8%	EDS-MICS 2012	596	4,8%	EDS-MICS 2012	596	4,8%	EDS-MICS 2012
									12495			12495			12495		
	1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*		3,4%	ENSS 2008		3,4%	ENSS 2008	65	2,5%	ESCOMB 2012	31	1,0%	EDS-MICS 2012	31	1,0%	EDS-MICS 2012
									2615			3260			3260		
	1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du		92,1%	ESCOMB 2007		92,1%	ESCOMB 2007	614	58,3%	ESCOMB 2012	614	58,3%	ESCOMB 2012	614	58,3%	ESCOMB 2012
									1054			1054			1054		

CIBLES	INDICATEURS		UNGASS 2010			RAPPORT ANNUEL 2011			UNGASS 2012			GARPR 2013			GARPR 2014		
			N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		VIH															
	1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client		99,8%	ESCOMB 2007		99,8%	ESCOMB 2007	814	77,2%	ESCOMB 2012	814	77,2%	ESCOMB 2012	814	77,2%	ESCOMB 2012
									1054			1054			1054		
	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		58,2%	ESCOMB 2007		58,2%	ESCOMB 2007	839	79,6%	ESCOMB 2012	839	79,6%	ESCOMB 2012	839	79,6%	ESCOMB 2012
									1054			1054			1054		
1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH		34,4%	ESCOMB 2007		34,4%	ESCOMB 2007	162	16,7%	ESCOMB 2012	162	16,7%	ESCOMB 2012	162	16,7%	ESCOMB 2012	
									969			969			969		
1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH							95	39,3%	ESCOMB 2012	95	39,3%	ESCOMB 2012	95	39,3%	ESCOMB 2012	
									242			242			242		
1.12	Pourcentage							61	25,2%	ESCOMB 2012	61	25,2%	ESCOMB	61	25,2%	ESCOMB	

CIBLES	INDICATEURS		UNGASS 2010			RAPPORT ANNUEL 2011			UNGASS 2012			GARPR 2013			GARPR 2014				
			N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source		
		d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme							242			242		2012	242		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						111			111			111			111		
								242	45,9%	ESCOMB 2012	242	45,9%	ESCOMB 2012	242	45,9%	ESCOMB 2012	242	45,9%	ESCOMB 2012
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH							137			137			137			137		
								242	56,6%	ESCOMB 2012	242	56,6%	ESCOMB 2012	242	56,6%	ESCOMB 2012	242	56,6%	ESCOMB 2012
<b>Objectif 3:D'ici à 2015, éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida**</b>																			
sensiblement le nombre de décès	3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à										3921			3961				
			17,0%	Rapport PNPCSP 2010	40,0%	Rapport PNPCSP 2011	43,6%	Rapport PNPCSP 2012	6306	62,2%	Rapport PNPCSP 2012	6387	62,0%	Rapport PNPCSP 2013					

CIBLES	INDICATEURS	UNGASS 2010			RAPPORT ANNUEL 2011			UNGASS 2012			GARPR 2013			GARPR 2014					
		N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source			
	leur enfant																		
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		48,5%	Rapport PNPCSP 2013				
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie			385		12,5%		8		0,4%	Rapport PNPCSP 2012	357		5,7%	Rapport MSF/B	434		7,0%	Rapport MSF/B
				3084				2275				6306				6157			
3.3	Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH nés de mères séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois			1188		25,0%	Spectrum	1347		29,9%	Spectrum	1407		22,3%	Spectrum 2012	312		4,9%	Spectrum 2013
				4747				4499				6306				6387			

**Objectif 4: D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes**

CIBLES	INDICATEURS	UNGASS 2010			RAPPORT ANNUEL 2011			UNGASS 2012			GARPR 2013			GARPR 2014			
		N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	
<b>vivant avec le VIH</b>																	
Traitement ARV	4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral*				2348			24828			27792			32040		
						39958	5,9%	Rapport PNPCSP 2011	41253	60,2%	Rapport PNPCSP 2012	121951	22,8%	Rapports PNPCSP 2013 /Spectrum	117959	27,2%	Rapports PNPCSP 2014 /Spectrum
Traitement ARV	4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale				553			855			656			20086		
						717	77,1%	Rapport GIZ	1182	72,3%	Rapport MSF/B 2012	875	75,0%	Rapport PNPCSP 2013	22652	88,7%	Rapport PNPCSP 2014
<b>Objectif 5: D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH</b>																	
Prise en charge TB/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				1059			832			1534			1353		
			6%	UNGASS 2010	5404	19,6%	Rapports PNPCSP/Statistiques OMS	5404	15,4%	Rapports PNPCSP/PNLAT 2012	5694	26,9%	Rapports PNPCSP/PNLAT 2013	5694	23,8%		
<b>Objectif 6: 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</b>																	

CIBLES	INDICATEURS		UNGASS 2010			RAPPORT ANNUEL 2011			UNGASS 2012			GARPR 2013			GARPR 2014		
			N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source
Dépenses liées au VIH/sida	6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida par catégorie et sources de financement	10 670	594	REDES/ NASA 2010	15 044	153	REDES/ NASA 2011	13 876	213	REDES/ NASA 2013	13,379,757		GARPR 2012	13,890,560		GARPR 2013
<b>Objectif 7: Éliminer les inégalités entre les sexes</b>																	
Genre et VIH	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)	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)	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)

### III.1 ENGAGEMENT ET MOYENS D'ACTION NATIONAUX

Depuis 2002, la Guinée s'est engagée dans une lutte globale focalisée sur l'approche multisectorielle qui elle-même privilégie l'intégration de la prévention, la prise en charge globale (médicale, nutritionnelle, scolaire, psychosociale, etc.) des PVVIH et des personnes affectées. Dans une dynamique incitative centrée sur les résultats, tous les acteurs (départements ministériels, société civile et secteur privé) ont été mobilisés, organisés et soutenus aussi bien techniquement que financièrement.

Le paysage sociopolitique guinéen a été marqué entre 2010 et 2014 par les effets du contexte économique mondial difficile, l'organisation des élections présidentielles en 2010 et les législatives en 2013. Cette situation caractérisée par des mouvements sociaux notamment des manifestations de rue, des meetings, des grèves et de l'insécurité, a significativement influencé le dispositif de développement national en général et de la riposte à l'épidémie de sida en particulier. En plus, la survenue de la première épidémie de la maladie à virus Ebola en 2014, a considérablement aggravé cette situation.

Malgré ces contraintes, le pays a enregistré quelques résultats encourageants.

#### III.1.1 INDICE COMPOSITE D'ENGAGEMENTS ET MOYENS D' ACTIONS NATIONAUX

L'indice composite (NCPI) mesure les progrès réalisés dans le développement et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de lois pour lutter contre le VIH selon des critères d'évaluation bien définie. Elle se focalise sur deux (2) parties (A et B). La Partie (A) évalue la perception en rapport avec le NCPI des représentants du gouvernement et la Partie (B) celles des représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et des organisations des Nations Unies.

La partie (A) a été évaluée à travers six (6) domaines d'intervention : i) Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida, ii) soutien politique et leadership, iii) Droit de l'homme, iv) Prévention, iv) Traitement, soins et accompagnement et vi) Suivi et évaluation.

La partie (B) a été évaluée à travers cinq (5) domaines d'intervention : i) Participation de la société civile, ii) Soutien politique et leadership, iii) Droit de l'homme, iv) Prévention, v) Traitement, soins et accompagnement. Le tableau ci-dessous montre la synthèse de l'indice composite des politiques nationales de 2010 à 2014.

La figure ci-dessous montre l'évolution globale de l'indice composite des deux (2) parties entre 2010 et 2014.

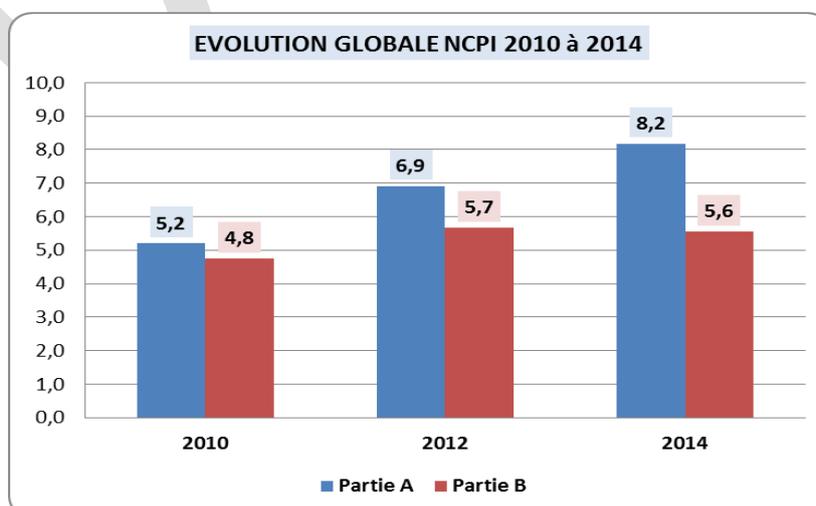


Figure 4: Evolution globale de l'indice composite entre 2010 et 2014 (Source : GARPR 2014)

L'analyse de la figure montre une nette progression de NCPI au niveau de la partie (A) de 2010 à 2014 (5,2 à 8,2), soit une augmentation de 3 points. Quant à la partie (B), elle est plus au moins stagnante avec une légère augmentation en 2012 (0,9 point).

Cette différence observée sur l'évolution de ces deux (2) variantes de NCPI pourrait s'expliquer d'une part par l'engagement progressif perçu par les acteurs nationaux de la part du gouvernement dans la riposte au VIH. Du coup, la tendance à la surestimation pourrait influencer les cotations d'une autoévaluation de la part des acteurs nationaux. La stagnation de la perception des acteurs non nationaux (partenaires bi, multilatéraux), ne saurait être suffisante pour déduire un ralentissement des engagements durant la période. Toutefois, il ressort de ce contraste une perception positive globale de tous les acteurs selon laquelle la riposte au VIH est parmi les priorités des autorités avec nécessité de renforcer certains domaines des engagements. Les figures ci-dessous montrent les progrès et défis par domaines et par variante de NCPI (type de répondants). Pour la partie (A) Gouvernement:

- Une nette progression a été enregistrée à tous les niveaux des domaines évalués excepté le « Droit de l'homme » qui a connu baisse significative (de 8,0 à 4,4) ;
- Une progression remarquable a été aussi observée au niveau des domaines « Soutien politique et leadership » (5,0 à 9,5) et « Prévention » (5,0 à 9,5).

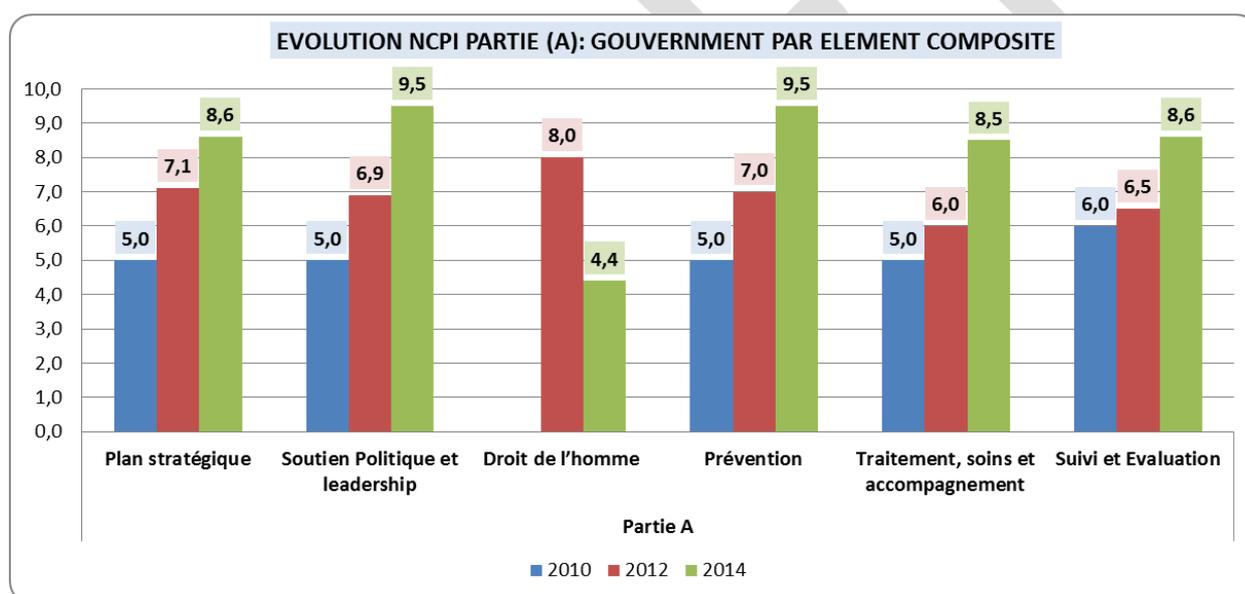
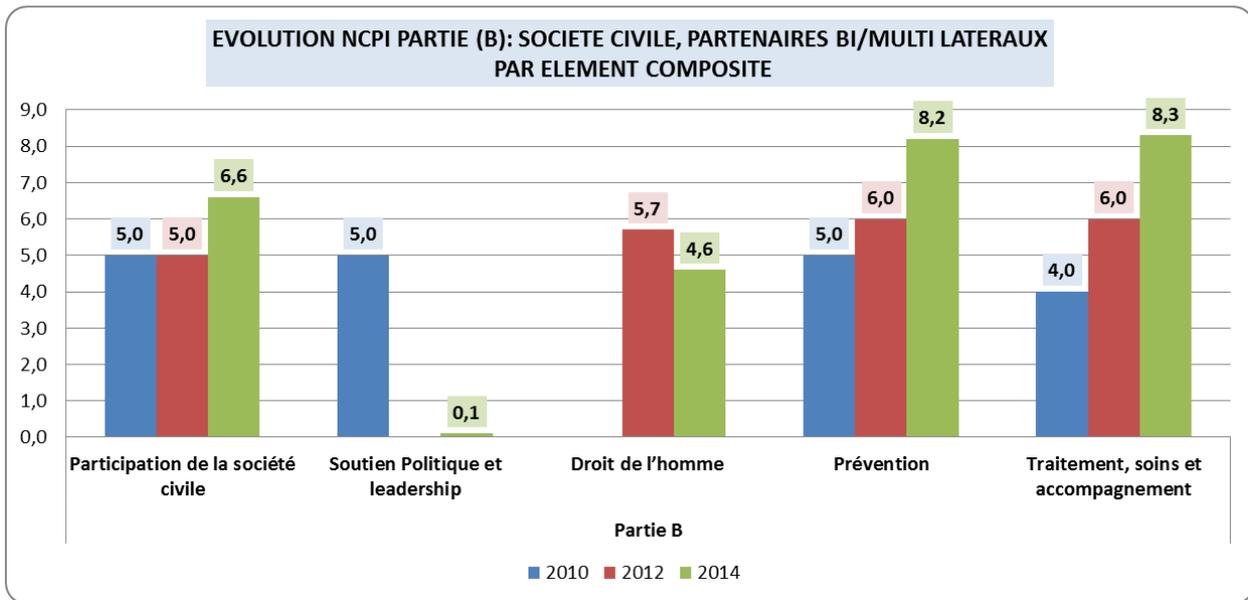


Figure 5: Evolution de NCPI de la partie (A): Gouvernement

Pour la partie (B) : Partenaire bi et multi – latéraux

- Une progression moyenne est observée au niveau de deux (2) domaines : i) « Participation de la société civile » (5,0 à 6,0), ii) « Prévention » (5,0 à 8,2) et iii) « Traitement, soins et accompagnement » (4,0 à 8,3) ;
- Une baisse est également observée au niveau de domaines « Soutien politique et leadership » (5,0 à 0,1) et « Droit de l'homme » (5,7 à 4,6). Cette baisse peut s'expliquer par une crise institutionnelle de la société civile qui a caractérisée l'année 2011.



**Figure 6: Evolution de NCPI de la partie (A): Partenaires bi et multi - latéraux**

Dans les deux cas, les résultats obtenus dans le domaine de « Droit de l'homme) sont identique avec une baisse. La survenue en 2014, de la première épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) a certainement retenue plus d'attention que le VIH/sida comparativement aux années précédentes sans MVE.

Au titre des actions en cours et des actions prévues :

- Organisation de retraite de travail conjoint du SE/CNLS et des partenaires de la riposte VIH/sida, sur les questions de coordination (Rapports de progrès annuel), d'alignement (des plans opérationnels annuels) sur le plan opérationnel annuel intégré de la riposte et autres questions de défis pour préparer l'assemblée générale annuelle du comité national de lutte contre le sida
- Responsabilisation des Réseaux et ONG, Associations de PVVIH dans toutes les interventions liées au VIH à travers la mise en œuvre de projets (financement national, financement à travers les partenaires internationaux)
- Nomination des PVVIH dans les instances de coordination de la riposte à tous les niveaux (central et régional)
- Décentralisation du Secrétariat exécutif à travers les coordinations multisectoriel régionales (4/7 installées)
- Accompagnement des PVVIH pour le respect de leur droit à travers la vulgarisation de l'ordonnance, interpellation du Ministère de droit de l'homme et du haut-commissariat des nations unies aux droits humains
- L'alimentation et l'augmentation de ligne du budget VIH/sida par l'Etat

### III.1.2 DEPENSES NATIONALES DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH

Au cours des cinq (5) dernières années (2010 à 2014), la dépense totale de la riposte varie entre **75 238 357 015 GNF** à **107 627 524 488 GNF**, soit une augmentation de **32 389 167 473 GNF**. L'augmentation moyenne est de **6 477 833 495 GNF** par année.

Comparativement aux autres années, celles de 2011 (105 309 071 000 GNF) et 2014 (107 627 524 488 GNF) en particulier ont connu une hausse de dépense à la riposte. La figure ci-dessous montre l'évolution des dépenses de 2010 à 2014.

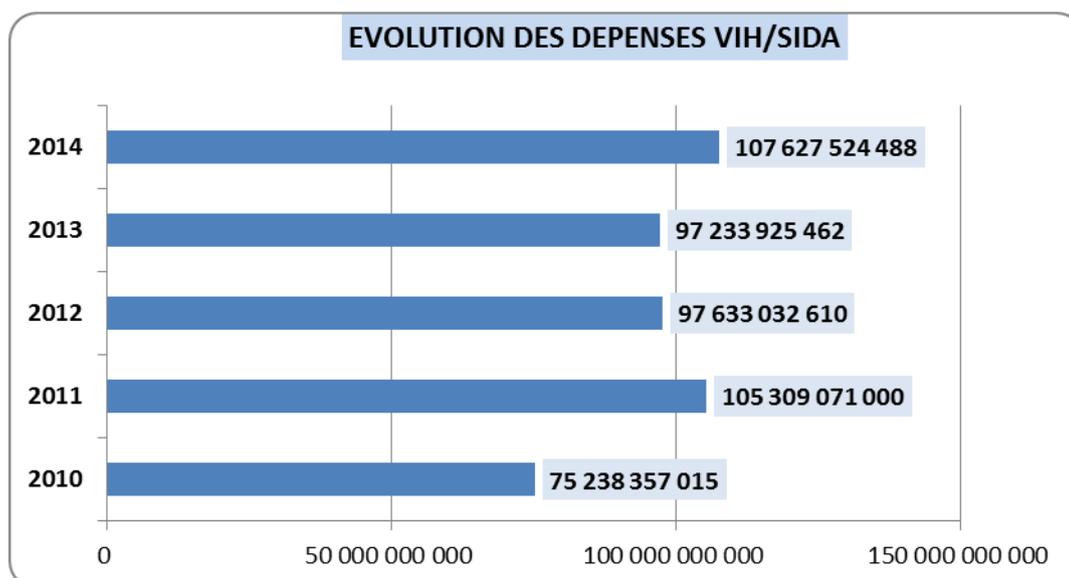


Figure 7: Evolution des dépenses dans la riposte au VIH (sources REDES/NASA, 2009-2010, 2012, 2013, 2014)

#### III.1.2.1 PREVISIONS DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL VIH/SIDA VERSUS DEPENSES REALISEES

Le processus de la planification stratégique en matière de riposte au VIH/Sida a connu l'élaboration de trois (3) cadres stratégiques nationaux (CSN) successifs (2003 – 2007, 2008 – 2012 et 2013 – 2017).

La période d'analyse de l'évolution des prévisions et des dépenses liées au VIH/Sida 2010 – 2014 du présent rapport portera sur les trois (3) dernières années du CSN 2008 – 2012 et les deux (2) premières années du CSN 2013 – 2017.

La figure ci-dessous montre l'évolution des prévisions du cadre stratégique et des dépenses VIH/Sida de 2010 à 2014.

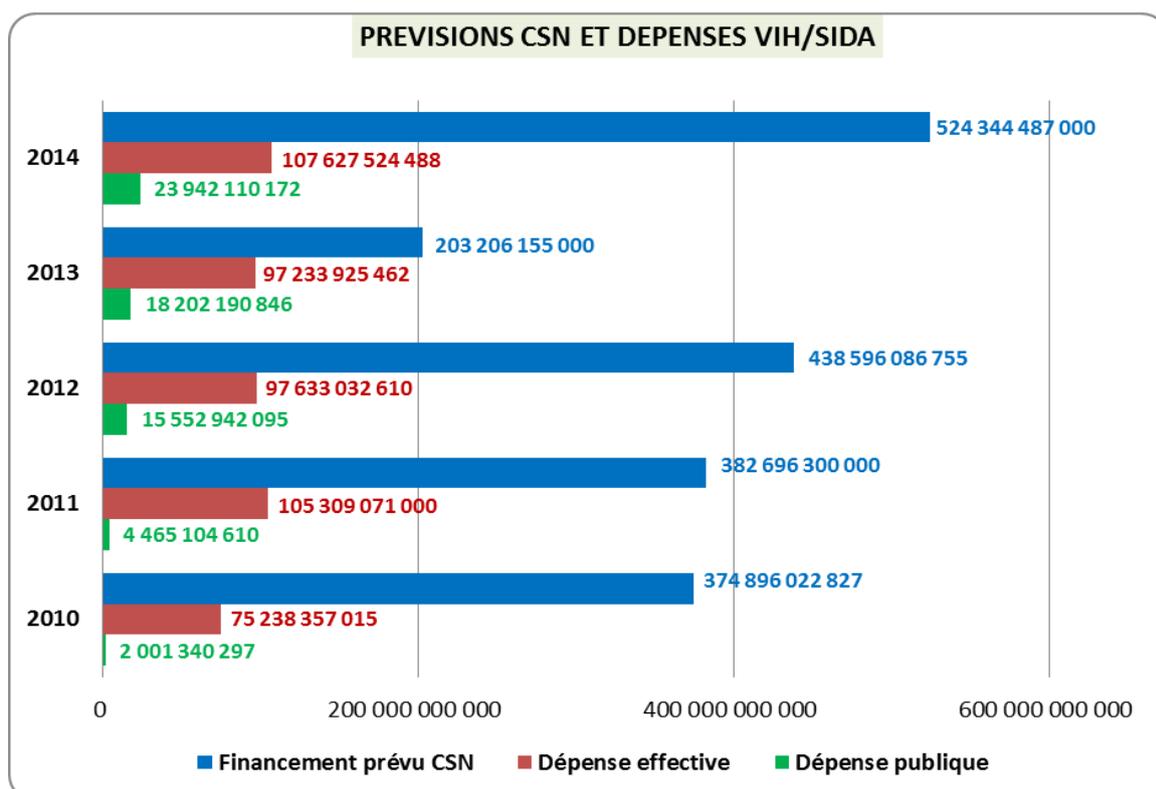


Figure 8: Prévisions de cadres stratégiques nationaux et dépenses VIH/Sida (sources REDES/NASA 2014, CSN2003-2008 et CSN2013-2017)

Les prévisions totales des années 2010, 2011 et 2012 s'élèvent à **1 196 188 409 582 GNF**, soit 81% de montant total (**1 485 319 830 500 GNF**) du CSN 2008 – 2012. Quant au CSN 2013 – 2017, les deux (2) premières années représentent 11% du montant total de **3 226 671 938 000 GNF**. Ainsi, la prévision totale des cinq (5) années 2010 à 2014 est de **1 559 963 730 582 GNF** avec une moyenne annuelle de 7% du CSN 2008 – 2012 et 61% pour celui de 2013 – 2017.

Les prévisions du CSN 2008 – 2012 varient entre 374 896 022 827 GNF et 438 596 086 755 GNF, soit une augmentation totale de 63 700 063 928 GNF. L'augmentation moyenne des prévisions de 2010 à 2012 s'élève à 398 729 469 861 GNF par an, soit 33%. Celles de 2010 à 2011 et de 2011 à 2012 sont respectivement de 7 800 277 173 GNF (2%) et de 7800277173 GNF (13%).

Quant aux prévisions du CSN 2013 – 2017, elles varient entre **203 206 155 000 GNF** et **524 344 487 000 GNF**, soit une augmentation de **321 138 332 000 GNF**.

La figure ci-dessus montre également une progression significative des dépenses de l'Etat en matière de riposte au VIH/Sida durant les cinq (5) dernières années (2 001 340 297 à 23 942 110 172 GNF). Cette augmentation pourrait s'expliquer par les efforts considérables de l'Etat dans le financement de la riposte à travers 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.

### III.1.2.2 ANALYSE DES DEPENSES DE 2014

#### III.1.2.2.1 DÉPENSES NATIONALES ET INTERNATIONALES CONSACRÉES À LA RIPOSTE AU SIDA PAR CATÉGORIE ET SOURCES DE FINANCEMENT

En 2014, les dépenses totales exécutées dans le cadre de la lutte contre le sida ont été estimées à **107 627 524 488 GNF**, soit **14 649 048 USD**. Les dépenses effectuées proviennent de trois principales sources (privées, internationales et publiques). Les fonds internationaux viennent en tête avec 74%, suivis des fonds publics/domestiques (financement de l'Etat) 22% et puis les fonds privés 4% comme montré dans la figure ci-dessous. Ce résultat montre que le pays reste toujours dépendant des fonds internationaux.

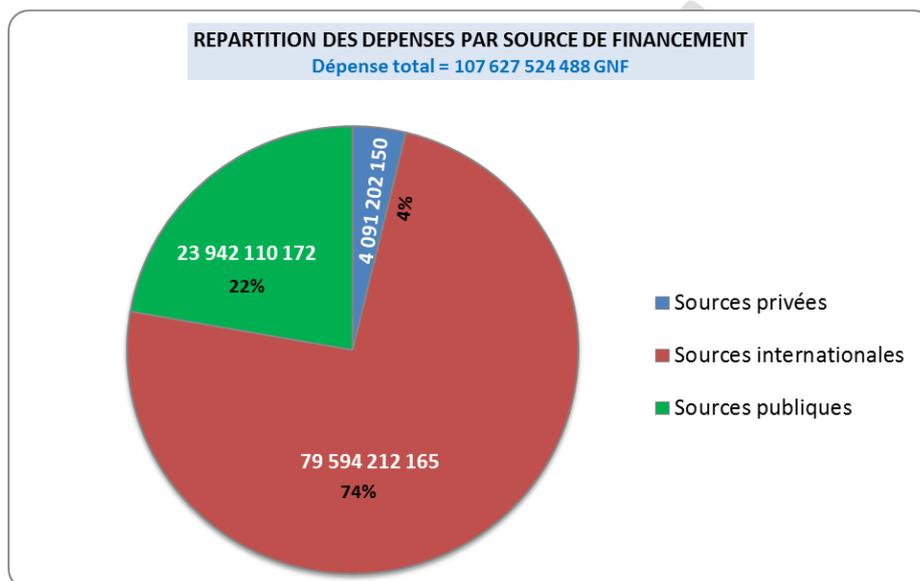


Figure 9: Répartition des dépenses par source de financement (source REDES/NASA 2014)

Concernant l'évolution des dépenses entre 2013 et 2014, on note une augmentation significative des dépenses relatives à la lutte contre le VIH/Sida en Guinée malgré le contexte de la MVE. Toutefois, Le financement international a baissé, tandis que la part de l'Etat est passée de 19 % en 2013 à 22 % et celle du privé de 0,02% à 4%. Pour le secteur privé, cette augmentation de plus de 3% est imputable à l'amélioration de l'accès aux données financières. La figure ci-dessous montre l'évolution des dépenses par source de financement.

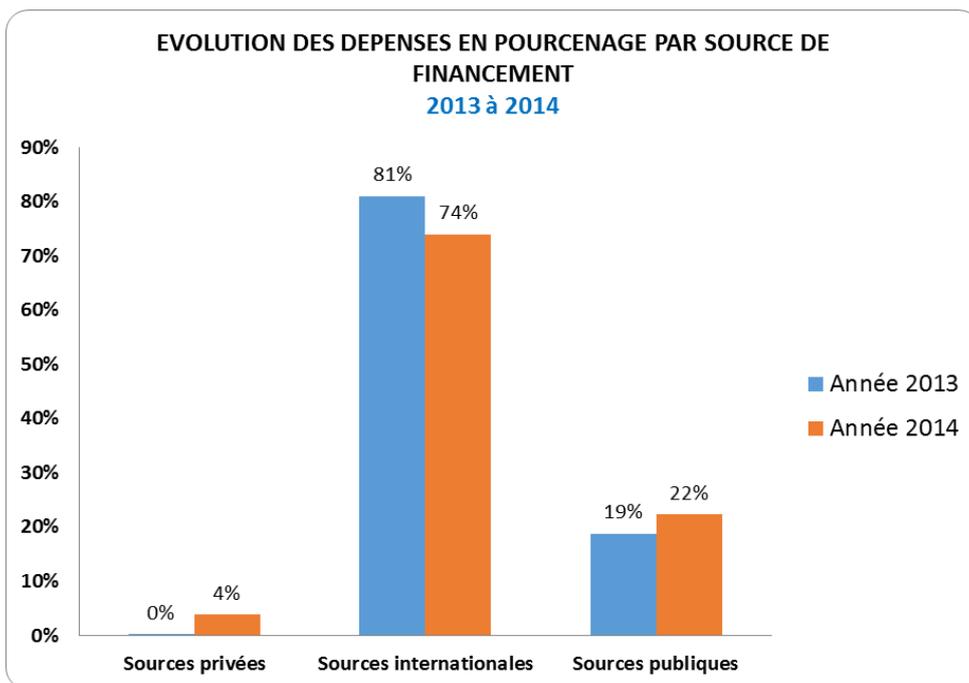


Figure 10: Evolution des dépenses entre 2013 et 2014 (source REDES/NASA 2014)

### III.1.2.2.2 DÉPENSES TOTALES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA PAR POPULATION BÉNÉFICIAIRE

La majeure partie des dépenses effectuées en 2014 ont été en faveur des personnes infectées par le VIH/Sida (70%) suivies des acteurs de la riposte (14%), de la population générale (6%), des femmes enceintes séropositives (3%) et du corps médical (4,38%). La figure ci-dessous montre la répartition des dépenses par populations bénéficiaires.

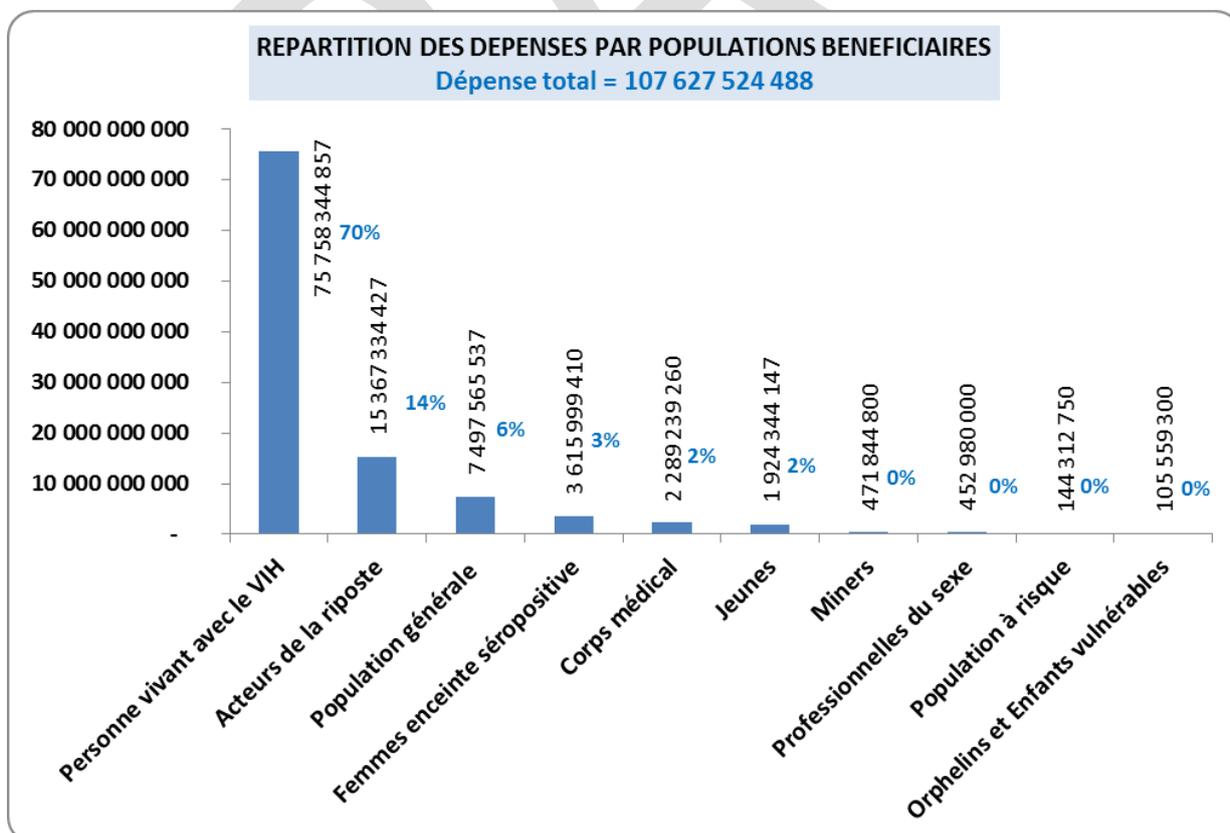


Figure 11: Répartition des dépenses par bénéficiaires (source REDES/NASA 2014)

### III.1.2.2.3 DÉPENSES TOTALES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA PAR DOMAINES D'INTERVENTION

Au cours de l'année 2014, les fonds alloués à la riposte en Guinée ont été majoritairement dépensé dans les axes stratégiques de la « Gouvernance et pérennité » à hauteur de 86,5%, suivi de la « Prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle » de 5%, de la « Synergie avec les secteurs de développement » de 4,8% et de « l'Accès universel au traitement » de 3,3%. La figure montre la répartition des dépenses par axes stratégique d'intervention.

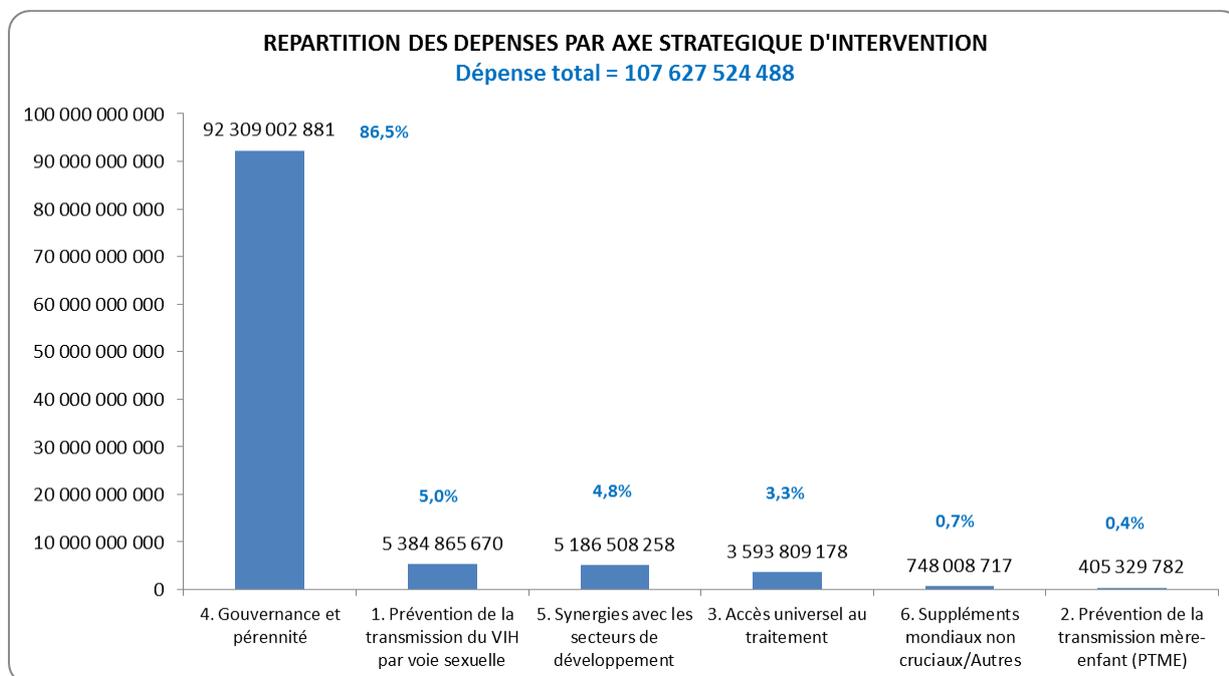


Figure 12: Répartition des dépenses par axe stratégique d'intervention (source REDES/NASA 2014)

### III.1.2.2.4 DÉPENSES TOTALES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA PAR PARTENAIRES

Au cours de l'année 2014, les dépenses allouées à la riposte au VIH/Sida en Guinée proviennent de plusieurs acteurs et partenaires au développement. En terme de contribution, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme vient en tête avec 39,4%, suivi par l'Etat 22% et puis MSF/B 9,8%. La figure montre les dépenses effectuées par les différentes partenaires en 2014.

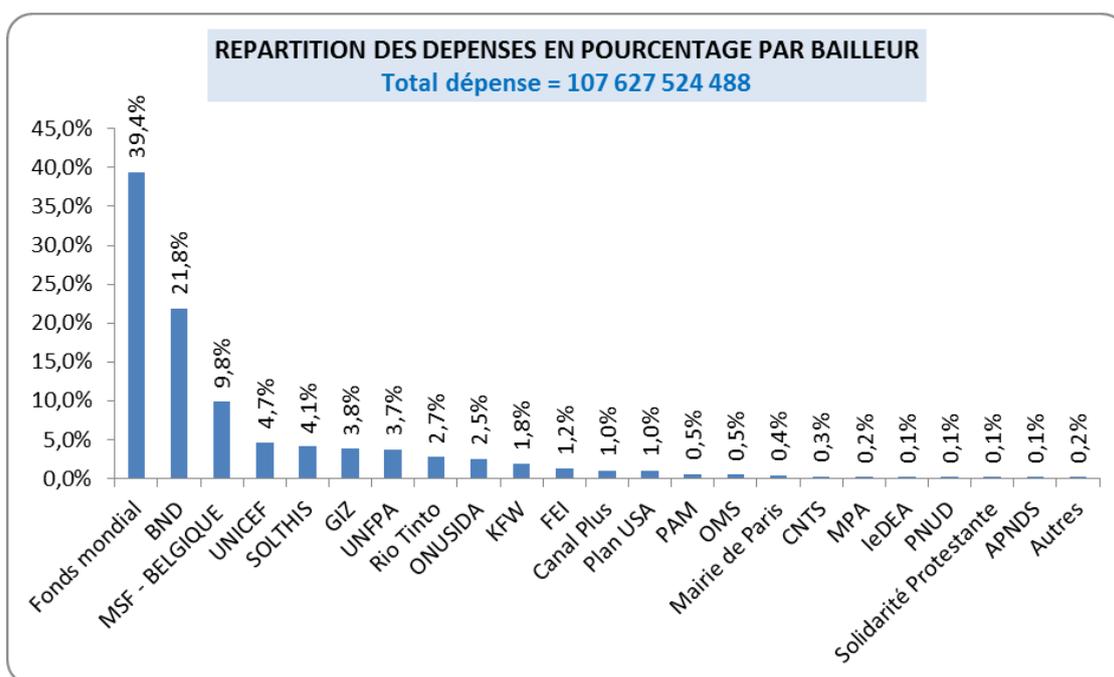


Figure 13: Répartition des dépenses effectuées par bailleur (source REDES/NASA 2014)

Le tableau ci-dessous montre la contribution à la dépense totale de 2014 des autres bailleurs (0,2%).

Tableau 22: Dépenses effectuées par autres bailleurs

BAILLEURS	GNF	USD	%
ASFEGMASSI	51 238 000	6 974	0%
CICR-Genève (Suisse)	43 269 900	5 889	0%
Action Damien	40 363 754	5 494	0%
LONAGUI	20 000 000	2 722	0%
FMG	7 000 000	953	0%
GSP	3 200 000	436	0%
Total général	165 071 654	22 468	0,2%

Au titre des actions en cours et des actions prévues :

- Engagement écrit et verbal des autorités de l'Etat à rester engagé pour accroître la part de financement de l'Etat à chaque année
- Amélioration de la gouvernance à travers le renforcement de capacité des organes de gestion de fonds nationaux et internationaux par la formation, équipement en outils de travail, assistance technique
- Préparation de la signature et de la mise en œuvre de la subvention de soixante million de dollars US mobilisée auprès du fonds mondial pour la composante VIH pour la période de 2015-2017.
- Plaidoyer auprès du secteur privé guinéen (Minier et autres) pour le financement du VIH/sida
- Mobilisation de financement innovant à travers diverses taxes pour le financement du VIH/sida

### III.2 PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH : Les nouvelles Infections sont réduites de 50% d'ici 2017

Les programmes de prévention mis en œuvre au cours des cinq (5) dernières années 2010-2014, ont ciblé les groupes de populations ci-dessous conformément au cadre stratégique national. Il s'agit :

- La population générale ;
- Les populations clés (PS, HSH etc.) ;
- 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.

Pour toucher ces populations suscitées, des interventions spécifiques ont été mis en œuvre en leur faveur. Les principaux résultats de tendances obtenues par cible sont décrits ci-dessous :

#### III.2.1 POPULATION GÉNÉRALE

La population générale est essentiellement composée d'adultes âgés de 15 à 49 ans et plus, les enfants et les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Le tableau ci-dessous montre la tendance évolutive des indicateurs relatifs à cette cible de 2010 à 2014.

CIBLES	INDICATEURS	UNGASS 2010			RAPPORT ANNUEL 2011			UNGASS 2012			GARPR 2013			GARPR 2014				
		N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source		
<b>Objectif 1: D'ici à 2015, réduire de 50% le taux de transmission du VIH par voie sexuelle</b>																		
Population générale	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*			16,2%	ESCOMB 2007		16,2%	ESCOMB 2007	771	24,8%	ESCOMB 2012	1281	25,5%	EDS-MICS 2012	1281	25,5%	EDS-MICS 2012
									3111			5019			5019			
	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			25,0%	ESCOMB 2007		25,0%	ESCOMB 2007	251	12,0%	ESCOMB 2012	1035	20,6%	EDS-MICS 2012	1035	20,6%	EDS-MICS 2012
									2097			5019			5019			
	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			7,8%	EDS 3 2005		7,8%	EDS 3 2005	1002	7,7%	EDS-MICS 2012	1002	7,7%	EDS-MICS 2012	1002	7,7%	EDS-MICS 2012
									12934			12934			12934			
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*			30,9%	EDS 3 2005		30,9%	EDS 3 2005	277	27,9%	EDS-MICS 2012	277	27,9%	EDS-MICS 2012	277	27,9%	EDS-MICS 2012	
								994			994			994				
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.			1,5%	EDS 3 2005		1,5%	EDS 3 2005	596	4,8%	EDS-MICS 2012	596	4,8%	EDS-MICS 2012	596	4,8%	EDS-MICS 2012	
								12495			12495			12495				
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*			3,4%	ENSS 2008		3,4%	ENSS 2008	65	2,5%	ESCOMB 2012	31	1,0%	EDS-MICS 2012	31	1,0%	EDS-MICS 2012	
								2615			3260			3260				

### III.2.1.1 POURCENTAGE DES JEUNES ÂGÉS DE 15 À 24 ANS QUI VIVENT AVEC LE VIH

Le tableau n°23 ci-dessous montre l'évolution de la prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans fournie par trois (3) différentes sources : i) enquête ENSS 2008, ii) ESCOMB 2012 et iii) EDS-MICS 2012.

Tableau 23 : Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans (Source : ENSS 2008, ESCOMB 2012 et EDS-MICS 2012)

2008			2012			2013		
N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source
D			D			D		
	3,4%	ENSS 2008	65	2,5%	ESCOMB 2012	31	1,0%	EDS-MICS 2012
			2 615			3 260		

En observant les données issues de ces trois (3) sources, une analyse de tendance n'est pas possible. Toutefois, en approchant les deux (2) valeurs d'ENSS-2008 (jeunes filles de 15 – 24 ans) et ESCOMB-2012 (jeunes filles et garçons de 15 – 24 ans), à celle de l'EDS-MICS-2012 (jeunes filles de 15 – 24 ans), une baisse de tendance de la prévalence est constatée (3,4 à 1%).

### III.2.1.2 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.

Selon les deux (2) études d'EDS de 2005 et 2012 comme indiqué dans la figure n°14, le taux de dépistage chez les 15 à 49 ans passe de 1,5 à 4,8%, soit une progression de 3,3%. Malgré cet effort très significatif, la cible de 40% fixée à l'horizon 2017 reste très loin d'être atteinte.

Toutefois, avec les efforts soutenus pour la mise en œuvre du plan de passage à l'échelle des services VIH/Sida 2015 - 2017, l'espoir est permis de réduire de façon significatif cet écart.

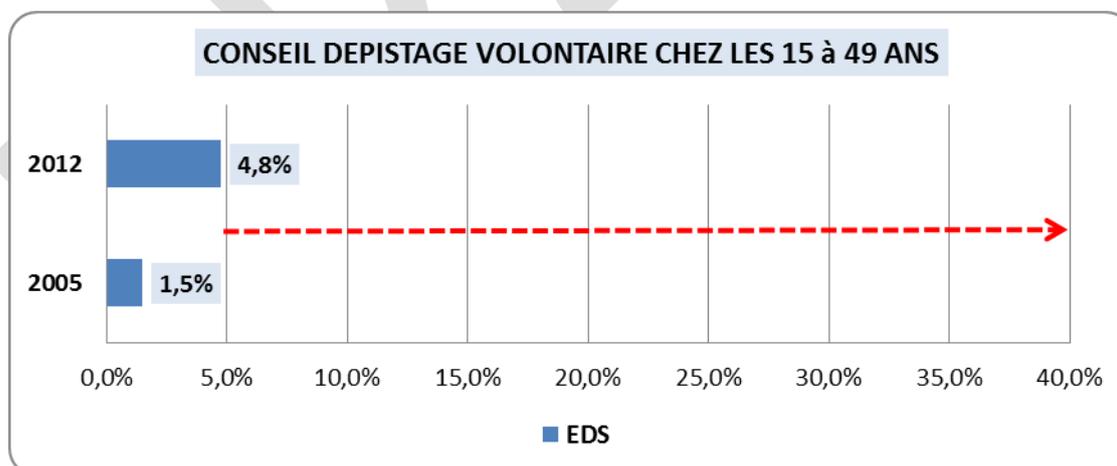


Figure 14: Pourcentage de CDV chez les 15 à 49 ans (Source: Rapport GARPR 2013)

De 2010 à 2014, le nombre de sites offrant les services de dépistage volontaire anonyme et gratuit (CDV) comme indiqué dans la figure n°15 ci-dessous est passé de 74 à 112, soit un taux de couverture national de 24,6% (112/455).

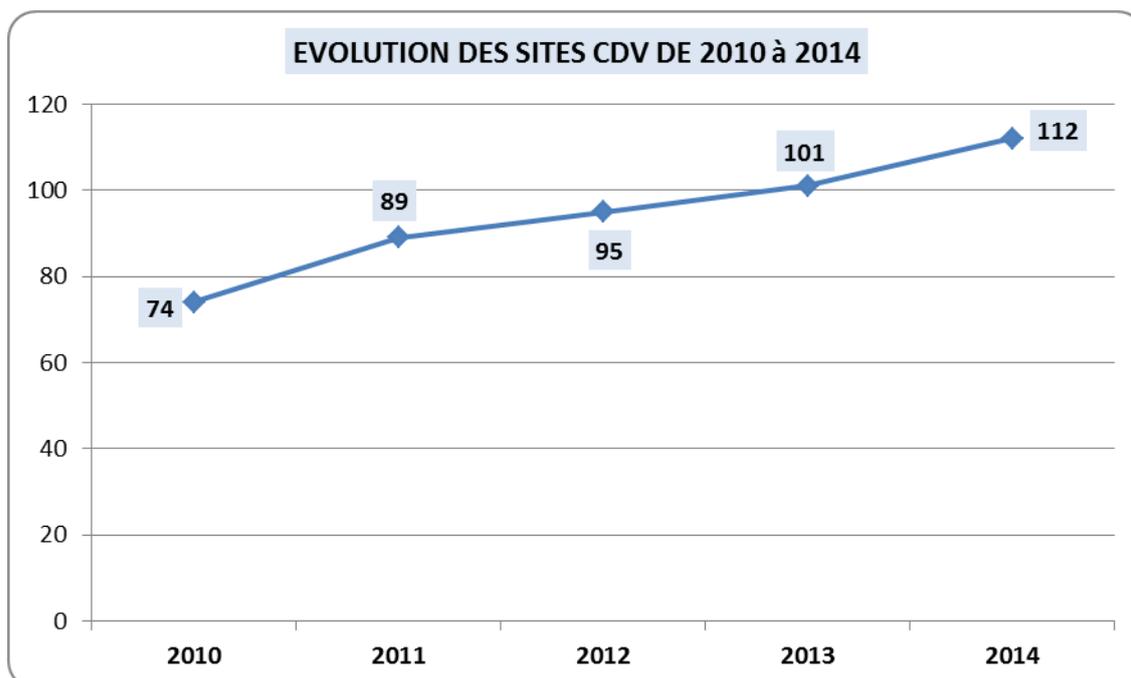


Figure 15: Evolution des sites CDV de 2010 à 2014 (Source: Rapport PNPCSP 2014)

Ces sites fonctionnels répartis par acteur, sont présentés dans le tableau n°27 comme suit:

Tableau 24 : Nombre de sites de CDV selon les acteurs de mise en œuvre (Source : Rapport annuel 2014 du PNPCSP)

N°	ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE	NOMBRE DE SITES CDV
1	PNPCSP (Fonds Mondial)	81
2	MSF Belgique	6
3	Centre DREAM	1
4	GIZ	6
5	Fraternité Médicale Guinée (FMG)	11
6	Chambre des Mines de Guinée (CMG)	7
<b>TOTAL</b>		<b>112</b>

Force est de constater que, les efforts sont de moins en moins fournis dans le cadre du dépistage au VIH. Les partenaires impliqués s'investissent moins dans les activités de sensibilisation, de formation et dans la motivation du personnel relevant de leurs zones d'appui.

En termes de répartition des sites par région, le nombre varie d'une région à une autre. La région de Conakry a le plus grand nombre de Site (34), suivis de Boké (12) et de Labé (12). La figure n°16 ci-dessous montre la répartition des sites par région.

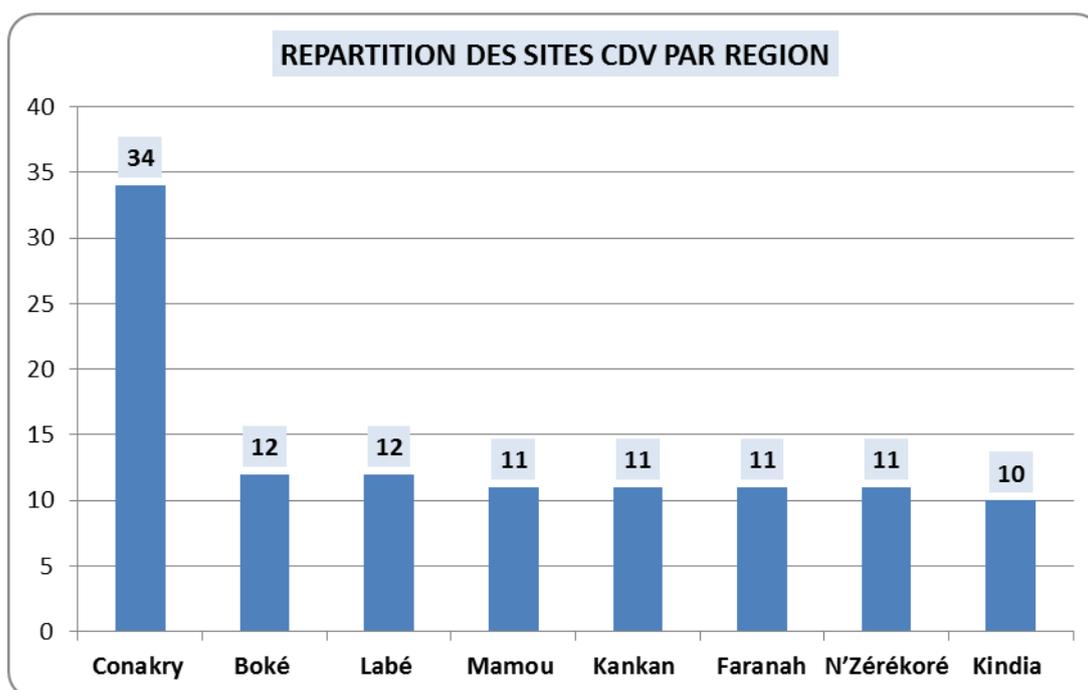


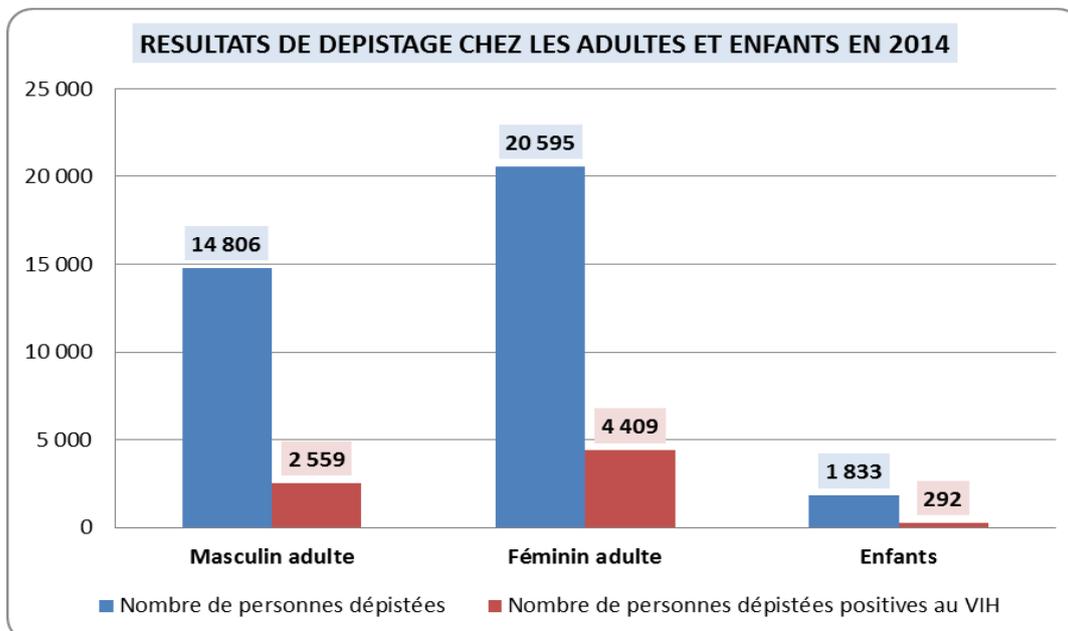
Figure 16: Répartition des sites CDV par région (Source: Rapport PNPCSP 2014)

Entre 2013 et 2014, le nombre des personnes dépistées a chuté de 145 406 à 37 234, soit une baisse de 108 172 personnes (74%). Cette baisse du nombre de personnes dépistées pourrait s'expliquer par deux raisons :

1. La survenue de l'épidémie à virus Ebola durant toute l'année 2014 a réduit considérablement la fréquentation des services de santé<sup>3</sup> par la population ;
2. Le relâchement des activités de CCC/IEC depuis quelques années, a entraîné une diminution considérable du nombre de dépistage volontaire au VIH. On assiste de plus en plus à un dépistage à visée diagnostique.

Au cours de l'année 2014, **37 234** personnes ont bénéficié d'un dépistage au VIH dans les différents sites de CDV dont, 35 401 adultes et 1 833 enfants. Le nombre de personnes testées positives est de 7 260, soit 19% (7 260/37 234). Cette séropositivité intègre les résultats du CDV et du conseil dépistage à l'initiative du soignant (CDIS) comme le montre la figure n°17 ci-dessous. On note également que le taux de séropositivité du VIH est plus élevé chez les femmes (4 409/20 598, soit 21%), suivi des hommes (2 559/14 806, soit 17%) et des enfants (292/1 833, soit 16%).

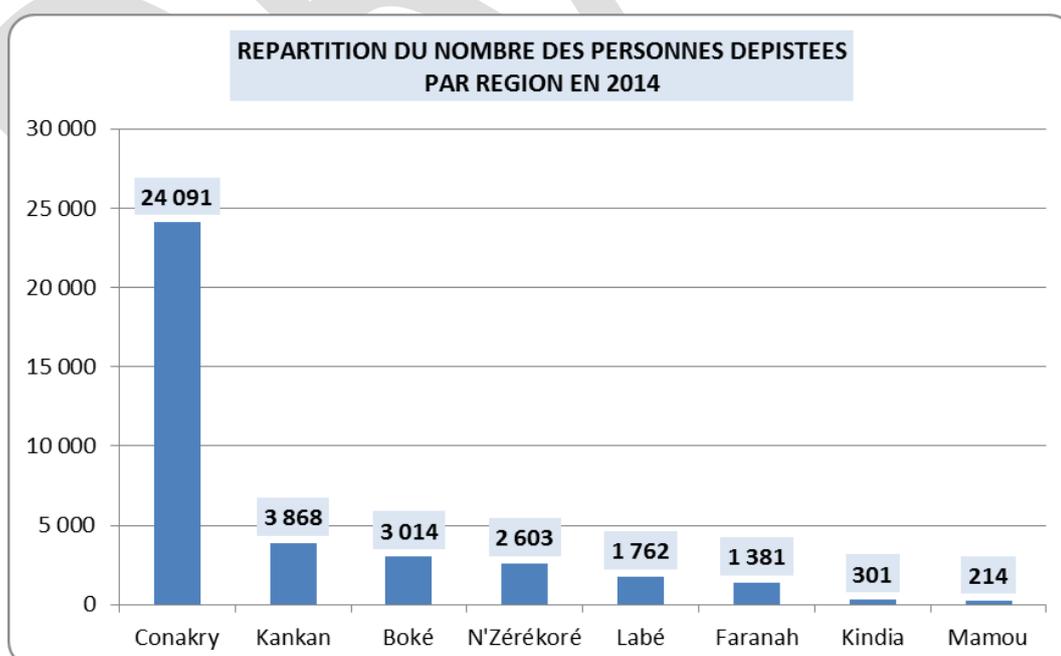
<sup>3</sup> Impact of the Ebola epidemic on HIV Care in Macenta Forest Guinea 2014



**Figure 17: Résultats de dépistage chez les adultes et enfants en 2014**

La figure n°18 ci-dessous montre la répartition du nombre de personnes dépistées par région. On note que la distribution du nombre de ces personnes dépistées varie d'une région à une autre. La région de Conakry à elle seule totalise cinq (5) fois la moyenne régionale qui est de 4 654. Il faut souligner que les régions de Mamou et Kindia regroupant 21 sites (10 et 11 respectivement) n'ont dépisté que 515 personnes sur le total de 37 234, soit un taux de 1,4% au cours de l'année 2014. En exprimant ces personnes dépistées sans les données de la région spéciale de Conakry, le taux est de 3,9% (515/13 143).

Selon la projection de RGPH 2013 sur la population générale, en comparant le nombre des personnes dépistées dans les régions de Kindia et Mamou en termes de couverture de la population, il ressort qu'une personne sur chaque 5 000 est dépistée à Kindia et une personne sur chaque 3 000 est dépistée à Mamou. Cette observation montre malgré que la région de Mamou qui est classée dernière par rapport au nombre de personnes dépistées, fournit plus d'efforts que celle de Kindia.



**Figure 18: Répartition du nombre des personnes dépistées par région**

Le nombre des personnes dépistées est en majeure partie des femmes (20 595/37234), soit 55% comme le montre la figure n°19 ci-dessous. Les hommes viennent en deuxième position avec 40%, suivi des enfants 5%. Elle montre également que, parmi le nombre des personnes dépistées, le taux de séropositivité est plus élevé chez les femmes (21%) par rapport aux hommes et aux enfants. Le taux est plus ou moins le même chez les hommes et les enfants (17% contre 16%).

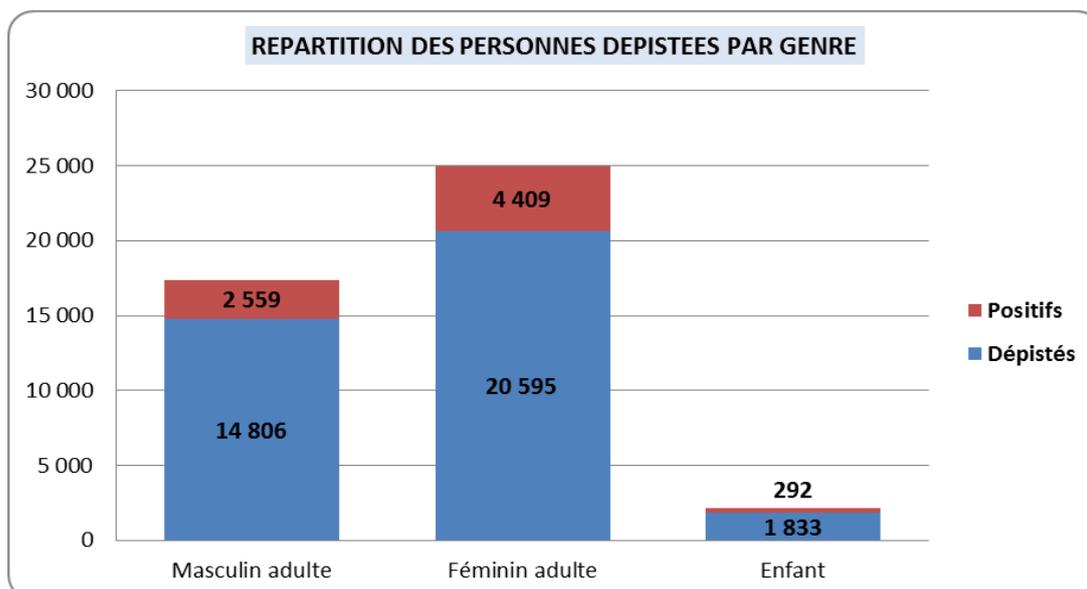


Figure 19: Nombre de personnes dépistées au VIH selon le genre (Source : Rapport PNPCSP 2014)

### III.2.1.3 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.

Cet indicateur est analysé sur la base des données obtenues à travers les enquêtes EDS 2005-2012 et ESCOMB 2007-2012. Dans le but d'harmoniser l'analyse de l'évolution de la tendance de taux de connaissance des jeunes entre ces enquêtes, les données d'EDS 2005 sont utilisées comme données de base pour l'année 2007.

Les enquêtes EDS et ESCOMB réalisées en 2005, 2007 et 2012 ont abouti aux résultats présentés dans la figure n°20 ci-dessous. Ces résultats montrent que, le taux de connaissance des jeunes femmes et hommes par rapport aux moyens de prévention de la transmission du VIH via la voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission est en tendance évolutive de 16,2 (EDS) et 18,6% (ESCOMB) en 2007 à 24,8 (EDS) et 25,5% (ESCOMB) en 2012. On peut noter qu'il existe une corrélation directe entre les résultats des deux (2) enquêtes pendant les deux (2) périodes en termes d'évolution.

Toutefois, si une analyse d'écart est faite, les résultats de ces deux (2) études en 2007 (2,4%) est supérieur à celui de 2012 (0,7%). Ce constat peut confirmer qu'en maintenant ou en renforçant les acquis, les résultats des futures enquêtes pourraient corroborer et s'approcher du vrai taux de connaissance des jeunes.

Les résultats obtenus des deux (2) études en 2012, ne sont pas très loin de la cible de l'horizon 2017 qui est de 35% comme montré dans la figure ci-dessous.

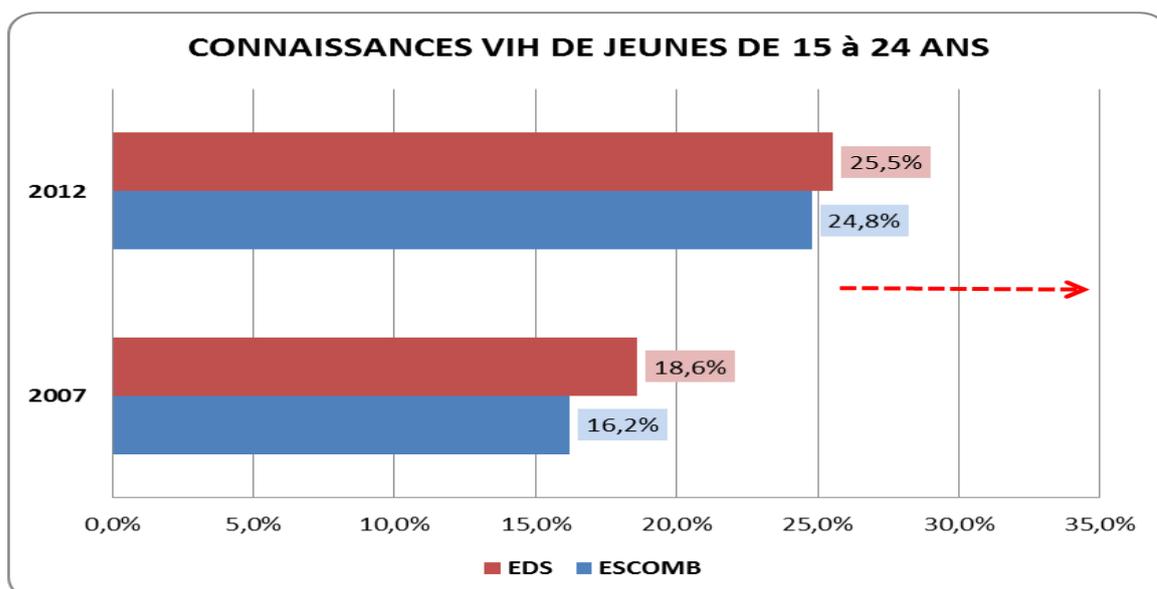


Figure 20: Pourcentage de Jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont des connaissances sur les modes de prévention et de la transmission du VIH.

### III.2.1.4 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.

L'utilisation correcte du préservatif lors des rapports sexuels protège efficacement contre le passage du VIH d'un individu à un autre. C'est une importante mesure, particulièrement pour des personnes ayant des partenaires sexuels multiples.

Le 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 est en légère baisse de 30,9% à 27,9% selon les deux (2) enquêtes EDS organisés respectivement en 2005 et 2012, soit une diminution de 3%.

Le résultat obtenu en 2012 est largement au-dessous de la cible de 90% fixée par CSN à l'horizon 2017. Dans le but d'atteindre cette cible, les parties prenantes impliquées dans la riposte au VIH/Sida doivent fournir de gros efforts dans la mise en œuvre des programmes de prévention vers la population générale. La figure n°21 ci-dessous montre le pourcentage d'utilisation de préservatifs chez les adultes de 15 à 49 ans.

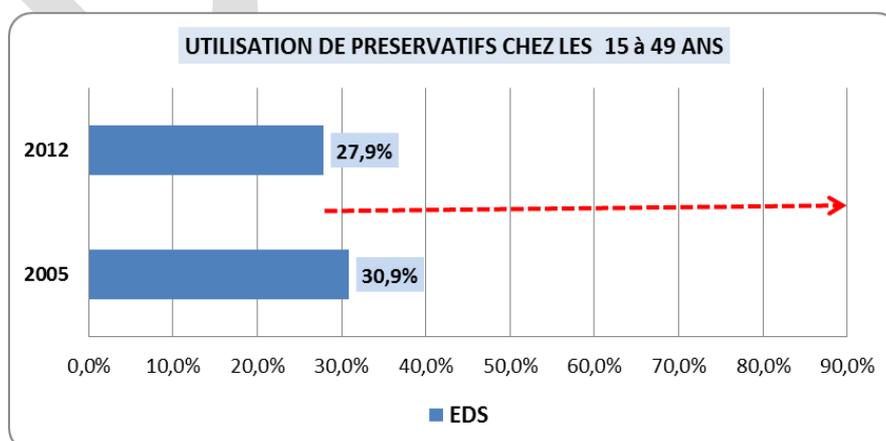


Figure 21: Taux d'utilisation de préservatifs chez les adultes de 15 à 49 ans (Source: EDS 2005 et 2012)

Au cours de la période 2010 - 2014, les acteurs de la riposte ont réalisé un certain nombre d'actions qui contribuent à un changement de comportement. Il s'agit notamment de:

- La production et diffusion des émissions radio en français et dans les langues nationales ;
- La production et diffusion des spots radio ;
- L'organisation des campagnes de sensibilisation à l'intention des groupements des femmes, des jeunes scolarisés et non scolarisés, des travailleurs des entreprises et départements ministériels ;
- L'organisation des conférences débats dans les écoles ;
- La distribution de préservatifs.

La figure n°22 ci-dessous montre la tendance de la distribution des préservatifs de 2010 à 2014. L'analyse de cette tendance indique une distribution en dents de scie avec pic en 2012 (13 164 273). Les années 2011 et 2013 ont enregistré une baisse du nombre de préservatifs distribués (9 166 272 et 9 187 518). Entre 2011 et 2012, elle a connu une nette progression de 9 166 272 à 13 164 273 et proportionnellement chuté en 2013.

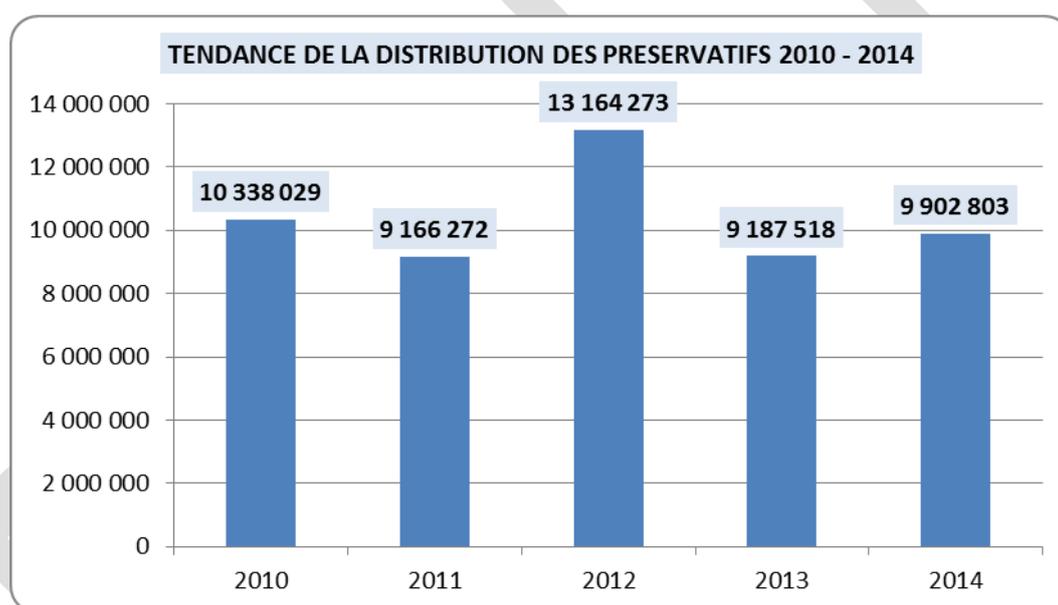


Figure 22 : Tendance de la distribution des préservatifs en Guinée de 2008 à 2014 -

Spécifiquement en 2014, **9 902 803** préservatifs ont été distribués dont 9 886 181 condoms (84%) et 16 622 fémedoms (0,2%) comme indiqué dans le tableau n°28 ci-dessous. Il ressort que PSI a distribué plus de préservatifs en 2014 (90,86%), suivie par la GIZ (8%) et l'UNPFA (7%).

Tableau 25 : Préservatif distribués en 2014 selon les acteurs de mise en œuvre, Guinée (source: Rapports PSI 2014, Rapport GIZ 2014 et Rapports PNPCSP 2014)

STRUCTURES	PRESERVATIFS	PRESERVATIFS FEMININS	TOTAL DISTRIBUE	%
PSI	8 347 940		8 347 940	84%
UNPFA	720 000	10 000	730 000	7%
FM/GIZ-IS (AGBEF et FMG)	757 256	6 622	763 878	8%
Structures de santé et autres partenaires	60 985		60 985	1%
<b>TOTAL</b>	<b>9 886 181</b>	<b>16 622</b>	<b>9 902 803</b>	<b>100%</b>

### III.2.2 POPULATIONS CLÉS

Les populations clés comprennent, entre autres, les professionnelles du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les utilisateurs de drogues injectables et les populations carcérales. Ces populations clés ont été reconnues comme des groupes particulièrement vulnérables qui sont plus à risque de contracter le VIH.

#### III.2.2.1 PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE

Les professionnels du sexe incluent les femmes, les hommes et les transgenres adultes (18 ans et plus) qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, régulièrement ou occasionnellement.

Les efforts fournis dans la mise en œuvre des programmes de prévention et de prise en charge qui visent les PS durant les cinq (5) dernières années sont appréciés dans ce rapport à travers les indicateurs traceurs identifiés ci-dessous :

1. *Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH*
2. *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 ;*
3. *Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client ;*
4. *Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH ;*

##### III.2.2.1.1 POURCENTAGE DE PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE QUI VIVENT AVEC LE VIH

La figure n°23 ci-dessous montre la tendance de la prévalence du VIH chez les PS. Cette prévalence a régressé de façon significative de plus de la moitié (34,4% à 16,7%) entre les résultats de l'ESCOMB 2007 et 2012. En maintenant et/ou renforçant ces acquis dans les programmes en faveur cette cible, l'atteinte de 14,20% à l'horizon 2017 du CSN est possible.

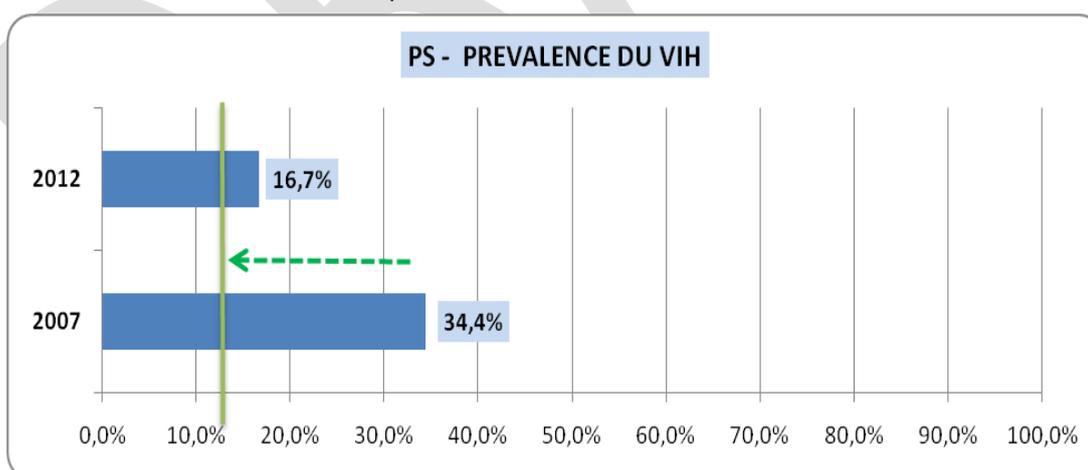


Figure 23: Tendance de la prévalence du VIH chez les PS entre 2007 et 2012 (Source: ESCOMB 2007 et 2012)

### III.2.2.1.2 POURCENTAGE DE PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE QUI ONT SUBI UN TEST VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET QUI EN CONNAISSENT LE RESULTAT ;

La figure n°23 ci-dessous montre la tendance du pourcentage de CDV chez les PS entre 2007 et 2012. Ce pourcentage est en nette progression de 58,2% à 79,6% soit un taux d'augmentations de 21,4%. Cette progression pourrait être attribuée aux efforts conjugués des partenaires et acteurs impliqués dans la riposte au Sida à travers les activités de CCC/IEC, durant ces dernières années. Sur cet élan, l'écart de 18,4% entre le pourcentage actuel et la cible de 95% fixée à l'horizon 2017 du CSN peut être couvert.

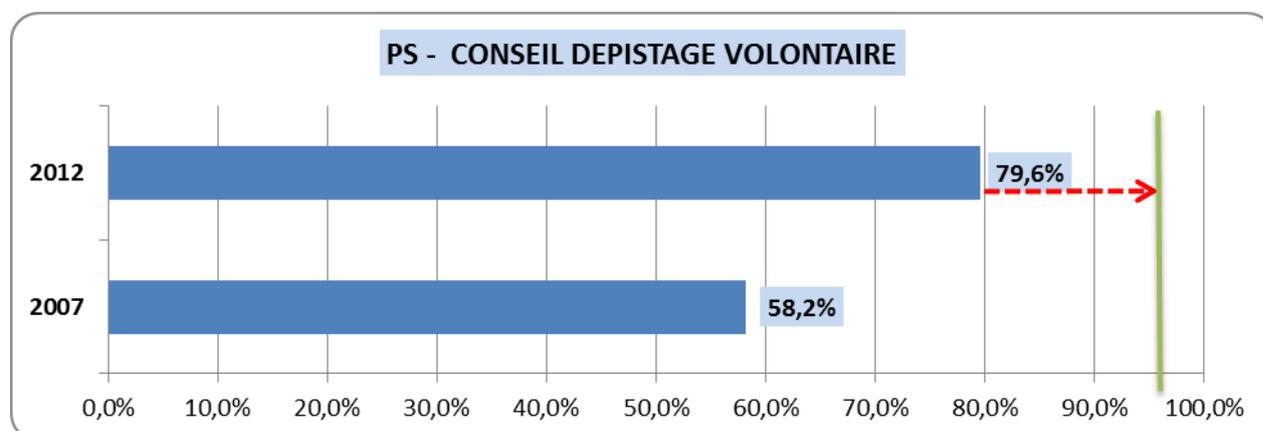


Figure 24: Tendance du pourcentage de CDV chez les PS entre 2007 et 2012 (Source : ESCOMB 2007 et 2012)

### III.2.2.1.3 POURCENTAGE DE PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE QUI INDIQUENT AVOIR UTILISÉ UN PRÉSERVATIF AVEC LEUR DERNIER CLIENT

Les deux (2) enquêtes d'ESCOMB 2007 et 2012 montrent une baisse importante du taux d'utilisation des préservatifs par les PS qui est passé 99,8% en 2007 à 65,0% en 2012, soit une diminution de 38,8% (cf. à la figure n°25 ci-dessous). Pour inverser cette tendance, dans le but d'atteindre les 85% fixées à l'horizon 2017 du CSN, les intervenants de la riposte doivent fournir des efforts considérables dans la mise en œuvre des programmes de prévention envers cette population.

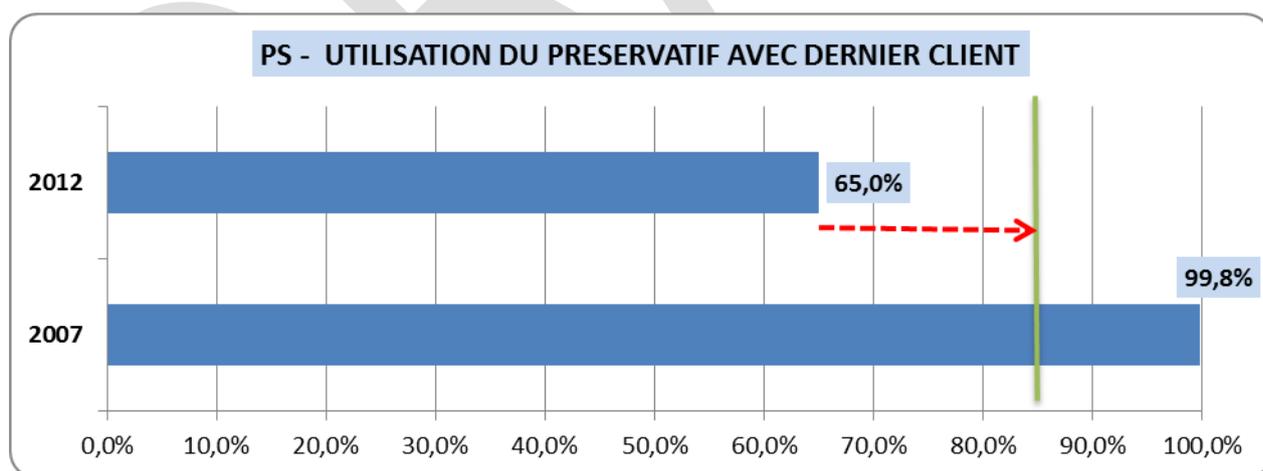


Figure 25 : Tendance du pourcentage d'utilisation du préservatif des PS avec leur dernier client

#### III.2.2.1.4 POURCENTAGE DE PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE ATTEINT(E)S PAR LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH

La figure n°26 ci-dessous sur le pourcentage des PS touchées par les programmes de prévention montre une diminution de 92,1% à 58,3% selon les résultats de l'ESCOMB 2007 et 2012, soit une différence de 33,8%. Les efforts doivent être maintenus et les actions renforcées pour atteindre la cible de 64% fixée à l'horizon 2017.

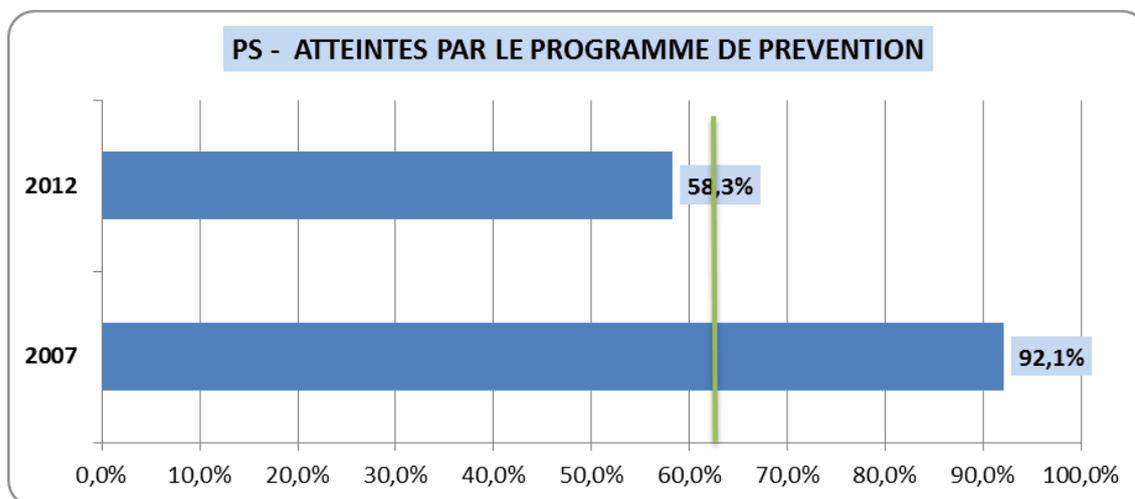


Figure 26: Tendence du pourcentage des PS atteint(e)s par les programmes de prévention au VIH

### III.2.2.2 HOMMES DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES (HSH)

Le terme Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) fait référence à tous les hommes engagés dans des relations sexuelles et/ou sentimentales avec d'autres hommes.

Comme dans le cas des PS, des efforts ont été également fournis dans la mise en œuvre des programmes visant les HSH durant les cinq (5) dernières années. Les résultats de ces efforts sont appréciés dans ce rapport à travers les niveaux d'indicateurs traceurs identifiés ci-dessous issue de l'ESCOMB 2012. Notons que cette cible n'a pas fait objet de l'ESCOMB 2007.

- *Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH.*
- *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 ;*
- *Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme ;*
- *Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH ;*

La figure n°27 ci-dessous montre les résultats des indicateurs traceurs d'ESCOMB 2012 comparés à la cible du CSN 2013 – 2017.

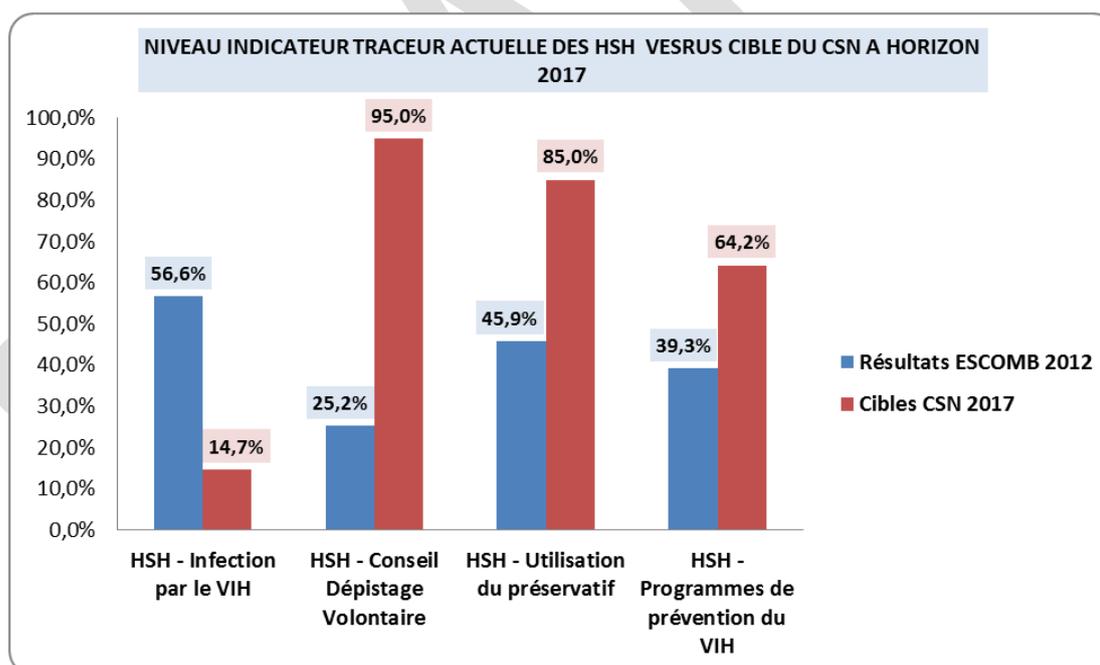


Figure 27: Niveau indicateur traceur actuelle des HSH versus cible du CSN à horizon 2017 (Source : CSN 2013 – 2017)

#### III.2.2.2.1 POURCENTAGE DE HSH QUI VIVENT AVEC LE VIH

Comme indiqué dans la figure ci-dessus, la prévalence actuelle du VIH chez les HSH est triple de la cible de 14.7% du CSN à l'horizon 2017.

#### III.2.2.2.2 POURCENTAGE DE HSH QUI ONT SUBI UN TEST VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET QUI EN CONNAISSENT LE RÉSULTAT

Dans le cadre de conseil et dépistage volontaire du VIH, l'observation faite au niveau de la prévalence reste valable pour cet indicateur. L'écart entre le résultat actuel et la cible du CSN est presque triple.

#### III.2.2.2.3 POURCENTAGE DE HSH QUI INDIQUENT AVOIR UTILISÉ UN PRÉSERVATIF AVEC LEUR DERNIER CLIENT

Concernant l'utilisation des préservatifs, le résultat actuel de 45,9% de cet indicateur reste faible par rapport à la cible de 85% fixée dans le CSN 2013 – 2017.

#### III.2.2.2.4 POURCENTAGE DE HSH ATTEINTS PAR LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH

Le niveau d'atteint par les programmes de prévention du VIH est connu à travers la réponse aux questions relatives à la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs et l'existence des services CDV pour le test de de dépistage au VIH.

Comme indiqué dans la figure n°27, 39,3% des HSH ont été atteints par les programmes de préventions en 2012 par rapport à la cible de 64,2%.

*L'atteinte des cibles fixées de ces indicateurs dans le cadre stratégique nationale de lutte contre le Sida 2013 – 2017 nécessite des actions en termes de :*

- *Redynamisation et extension des services adaptés (SA) ;*
- *Disponibilité et accessibilité des préservatifs de qualité en quantité et ;*
- *Sensibilisation sur les paquets des services de prévention.*

### III.3 PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT

Initié en 2003, le programme de prévention de la transmission mère enfant (PTME) a démarré en 2004 en Guinée avec 5 sites pilotes dans la ville de Conakry et 2 à Forécariah. En regardant la tendance de l'évolution des cinq (5) dernières années (2010 à 2012) comme indiqué dans la figure n°27 ci-dessous, le nombre des sites offrant les services PTME est progressif avec un nombre moyen de 36 sites par an. En 2014, la situation de la couverture géographique des formations sanitaires (FS) offrant la PTME demeurait toujours faible (30% soit 262/872) malgré les efforts fournis par l'Etat et les partenaires techniques et financiers. Entre 2010 et 2012, la progression du nombre des sites est plus ou moins stable tandis que, entre 2012 et 2014, elle est significative. De 2013 à 2014, le nombre de sites a doublé avec l'appui de l'UNICEF qui a facilité l'intégration de la SMNI/PTME dans 130 Centres de Santé et appuyé la formation des prestataires de 155 sites PTME des régions de Boké, Kindia et Labé sur l'option B+. Avec JHPIEGHO, la formation sur l'option B+ a concerné 64 sites des régions de Faranah, Nzérékoré et Kankan.

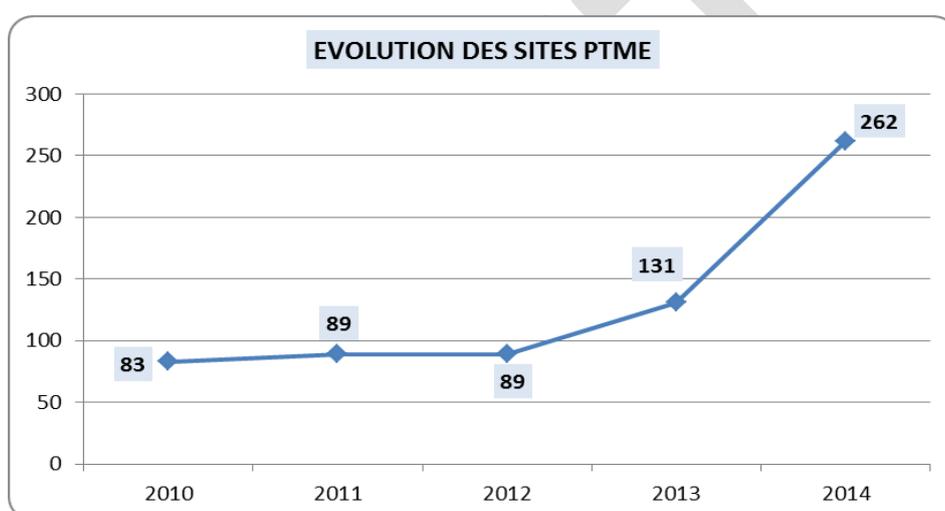


Figure 28: Evolution du nombre de sites PTME de 2004-2014 en Guinée Conakry.

Au regard de ce Tableau n°26 ci-dessous, la différence entre les indicateurs clés de la PTME en période pré (2013) et per Ebola (2014) semble peu significative hormis le dépistage des femmes enceintes. Toutefois, en croisant l'accroissement de la couverture géographique des sites PTME avec ces données entre 2013 et 2014, il se pourrait que la fréquentation a quelque peu régressé. Aussi sur la période examinée, les rapports sur l'épidémie Ebola ne renseignent pas de cas d'Ebola chez les PVVIH. Toutefois l'ONG SOLTHIS met en œuvre un projet de huit (8) mois sur la continuité des services VIH, TB et paludisme en contexte Ebola à compter de Décembre 2014 (financement par Initiative 5%). Les résultats seront pris en compte pour réajuster les stratégies du présent plan si nécessaire en termes de renforcement du système de santé pour la continuité de l'utilisation des services intégrés de SMNI/PTME.

**Tableau 26 Evolution des données programmatiques de la PTME de 2011-2014 (Source : Rapports annuels PNPCSP et SE- CNLS 2011-2014)**

INDICATEUR	2011	2012	2013 AVANT MVE	2014 PERIODE MVE
Femmes ayant fait la CPN1 dans le pays (85% de Taux CPN1)			447 525	471 847
Femmes enceintes conseillées et Testées	69 495	85 080	63 329	75 584
Femmes enceintes séropositives	2 162	2 740	2 391	2 010
Femmes enceintes ayant reçu les ARV	1 921	1 577	3 921	3 961
Nouveaux nés de mères VIH+ ayant reçus les ARV		1 658	1 093	1 214
Nourrissons exposés testés par PCR	511		357	434
Enfants testés par le VIH à 18 mois				330

En vue de rapporter les performances obtenues dans le domaine de la PTME durant les cinq (5) derniers années (2010 à 2014), un certain nombre d'indicateurs traceurs ont été identifiés pour traduire les résultats obtenus dans les différents sites. Ces indicateurs traceurs choisis sont cités ci-dessous :

1. *Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant ;*
2. *Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour elles-mêmes ou leurs enfants en période d'allaitement ;*
3. *Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie ;*
4. *Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH nés de mères séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois.*

### **III.3.1 POURCENTAGE ESTIMÉ D'ENFANTS INFECTÉS PAR LE VIH NÉS DE MÈRES SÉROPOSITIVES AU VIH AYANT ACCOUCHE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**

Cet indicateur est calculé sur la base des données programmatiques fournies par le Programme national de lutte contre le Sida (PNPCSP). La figure n°28 ci-dessous montre la tendance du pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH nés de mère séropositives au VIH ayant accouchée au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage varie entre 29,9% (2012) à 4,9% (2014). Entre 2011 et 2012, la tendance est progressive (25,0% à 29,9%) avec un taux d'augmentation de 4,9%. Contrairement, de 2012 à 2014, elle a régressée significativement avec un taux de 25%, soit un taux moyen de 12,5% par an.

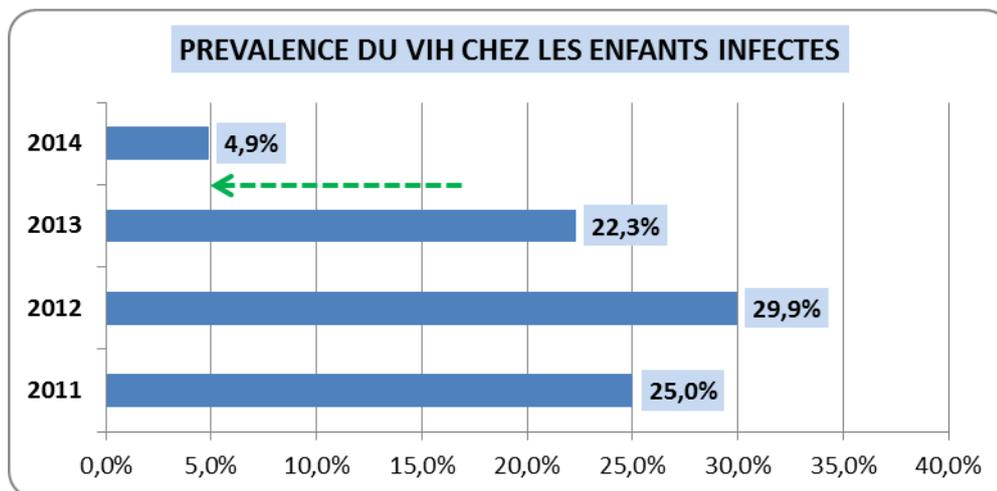


Figure 29 : Evolution de la prévalence du VIH chez les enfants infectés (Source Rapport PNPCSP 2014)

### III.3.2 POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES AU VIH QUI REÇOIVENT DES ANTIRÉTROVIRAUX POUR RÉDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION À LEUR ENFANT

Idem aux autres indicateurs de la PTME, les résultats de cet indicateur proviennent des données programmatiques fournies par le PNPCSP.

Comme observé dans la figure n°28 ci-dessous, l'évolution du pourcentage de femmes enceinte VIH+ qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant est en tendance progressive de manière globale. Entre 2010 et 2013, elle est très significative (17,0% à 62,2%) avec un taux moyen d'augmentation de 15% par an. La progression est plus ou moins stable entre 2013 et 2014 (62,2% et 62,0%). En gardant ce taux de progression, l'atteinte de la cible de 70% à l'horizon 2017 sera possible.

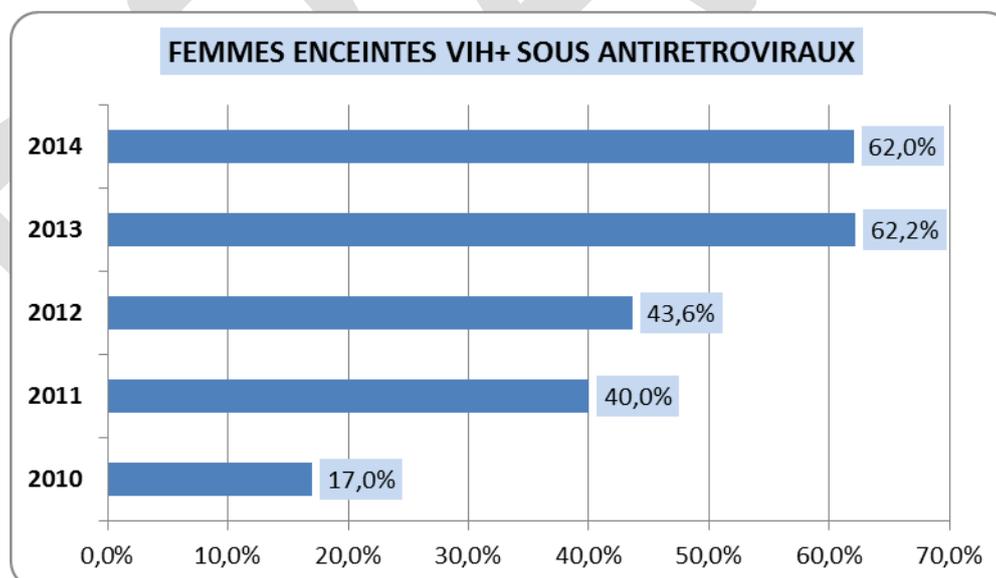


Figure 30: Pourcentage des femmes enceintes VIH+ sous antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfants (Source : Rapports PNPCSP)

### III.3.3 POURCENTAGE D'ENFANTS NÉS DE MÈRE SÉROPOSITIVE AU VIH QUI ONT SUBI UN TEST VIROLOGIQUE POUR LE VIH AU COURS DE LEURS DEUX PREMIERS MOIS DE VIE

Le tableau n°27 ci-dessous montre l'évolution du pourcentage d'enfants nés de mère VIH+ qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux (2) premiers mois de vie de 2011 à 2014. Les résultats de cet indicateur sont issus des données programmatiques des deux (2) sources différentes (PNPCSP et le MSF/B).

En analysant ces données, la tendance se situe entre 12,5% (2011) et 0,4% (2012). Elle a connu une baisse significative de 2011 à 2012 avec un taux de 12,1%. Contrairement à celle-là, une progression est observée entre 2012 et 2014 (0,4 à 7%). Il est à noter que cette progression est très significative dans la mesure où la moyenne (6 232) des dénominateurs des années 2013 et 2014 est deux (2) fois supérieur à celle de 2012 (3 084).

Tableau 27: Pourcentage d'enfants nés de mère VIH+ qui ont subi un test virologique (Sources: Rapports PNPCSP et Rapports MSF/B)

2011			2012			2013			2014		
N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source
D			D			D			D		
385	12,5%	Rapport PNPCSP 2011	8	0,4%	Rapport PNPCSP 2012	357	5,7%	Rapport MSF/B	434	7,0%	Rapport MSF/B
3084			2275			6306			6157		

### III.3.4 POURCENTAGE DE FEMMES VIVANT AVEC LE VIH QUI REÇOIVENT DES ANTIRÉTROVIRAUX POUR ELLES-MÊMES OU LEURS ENFANTS EN PÉRIODE D'ALLAITEMENT

#### III.3.5 Activités PTME réalisées en 2014

En 2014, les intervenants de la riposte au VIH/Sida ont réalisées quelques activités essentielles dans le domaine de la PTME comme indiqué la Tableau n°28 ci-dessous.

Tableau 28 : Figure Résultats des activités PTME par région en 2014

REGIONS	1 CPN	FEMMES ENCEINTES TESTEES	FEMMES ENCEINTES TESTEES SEROPOSITIVES	FEMMES AYANT REÇU PROPHYLAXIE ARV	ENFANTS AYANT REÇU AZT ET NVP
Boké	25 979	16 859	349	667	320
Conakry	35 178	29 846	1 195	2 263	688
Faranah	5 230	2 141	47	94	25
Kankan	18 613	4 918	88	206	58
Kindia	15 344	10 107	208	412	59
Labé	14 730	7 632	62	71	32
Mamou	2 978	1 642	39	108	10
N'Zérékoré	19 021	2 439	22	140	22
<b>Total</b>	<b>137 073</b>	<b>75 584</b>	<b>2 010</b>	<b>3 961</b>	<b>1 214</b>

Comme le tableau ci-dessus le montre, 137 073 femmes enceintes ont été reçues en première Consultation Périnatale sur lesquelles 75 584 ont été testées au VIH, soit 55,14%. Ce résultat est en deçà des objectifs fixés, probablement lié à la survenue de la maladie hémorragique à virus Ebola en Guinée au courant de cette année.

Sur les 75 584 femmes enceintes ont bénéficié du dépistage VIH dans les sites de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, 64 139 parmi elles ont reçu leurs résultats soit 85% de post counseling. 2 010 ont été testées séropositives au VIH (3,13%) et 3 961 ont bénéficié d'un traitement prophylactique aux ARV pour réduire le risque de transmettre le VIH à leurs enfants. Cette différence (3 961/2 010) s'explique par le fait que certaines femmes enceintes séropositives testées en 2013 ont poursuivi leur traitement en 2014.

L'un des objectifs de l'accès universel est de donner à un grand nombre de femmes séropositives un traitement ARV. Au cours de l'année 2014, 3 961 femmes enceintes ont bénéficié de la prophylaxie ARV. Selon les estimations Spectrum Guinée 2015, 5 995 femmes enceintes séropositives ont accouché au cours des 12 derniers mois. Se basant sur ces estimations, le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant est de 66,07% (3 911/5 995).

### III.4 PRISE EN CHARGE DES PERSONNES INFECTÉES ET AFFECTÉES PAR LE VIH (PVVIH)

La mise en œuvre des programmes de prise en charge en 2014 s'est faite conformément au cadre stratégique nationale en vigueur. Les populations ciblées étaient essentiellement :

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

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

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

#### III.4.1 RESULTATS D'IMPACT ET D'EFFETS DE LA PEC

Dans le domaine de la prise en charge des PVVIH, les indicateurs traceurs d'impact et d'effets cités ci-dessous ont été identifiés et analysés sur les cinq (5) dernières années pour évaluer leur tendance :

- *Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral*
- *Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale*

##### III.4.1.1 POURCENTAGE D'ADULTES ET D'ENFANTS RECEVANT ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

2010			2011			2012			2013			2014		
N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source
D			D			D			D			D		
20430		Rapport PNP CSP 2010	23448		Rapport PNP CSP 2011	26666		Rapport PNP CSP 2012	27792		Rapports PNP CSP 2013 /Spectrum	32040		Rapports PNP CSP 2014 /Spectrum
35027	58,3%		40248	58,3%		41253	64,6%		121951	22,8%		117959	27,2%	

Le numérateur de cet indicateur provient des données programmatiques PNP CSP de 2010 à 2014 et le dénominateur de celles de Spectrum.

Comme indiqué sur la figure n° 31 ci-dessous, la file active évolue de manière progressive de 20 430 en 2010 à 32 040 en 2014 soit 11 610 d'augmentation. La moyenne d'augmentation est de 2 903 par an. Le nombre actuel de la file active est inférieur à la moitié de la cible de 84 000 fixée à l'horizon 2017 du CSN.

Dans le but d'atteinte de cette cible, il faudrait assurer :

- *Renforcement du dépistage à travers l'extension de la couverture de sites CDV sur le plan national.*
- *Renforcement des prestataires dans le domaine du conseil et du dépistage volontaire ; et rendre disponible les consommables, les réactifs et les ARV en quantité et qualité.*
- *Renforcement des sensibilisations sur l'utilisation des services CDV.*

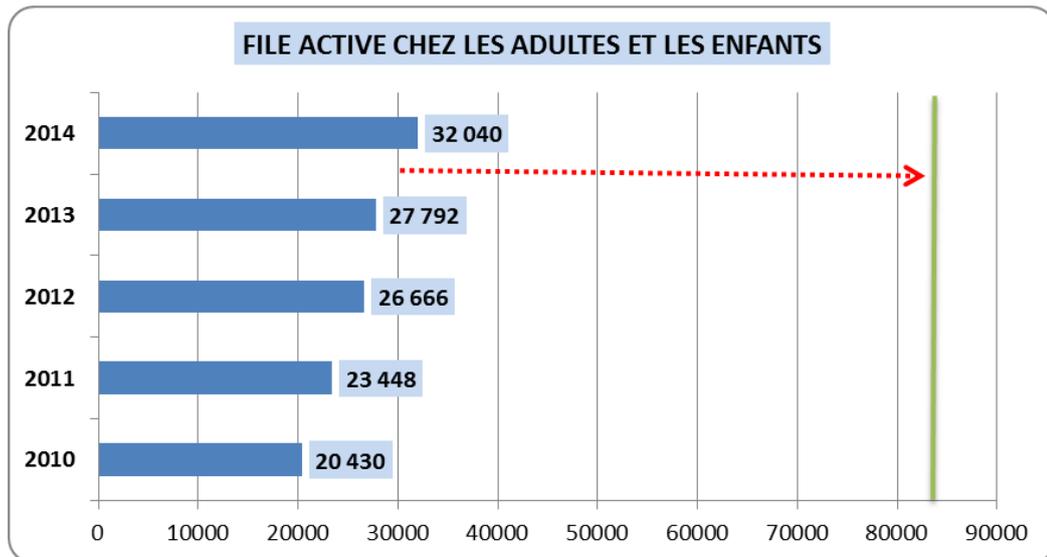


Figure 31 : l'évolution de la file active chez les adultes et les enfants de 2010 à 2014 (source : rapport PNCSP et Spectrum)

### III.4.1.2 POURCENTAGE D'ADULTES ET D'ENFANTS SÉROPOSITIFS AU VIH ET ENCORE SOUS TRAITEMENT 12 MOIS APRÈS LE DÉBUT DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

2011			2012			2013			2014		
N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source
D			D			D			D		
553	<b>77,1%</b>	Rapport GIZ	855	<b>72,3%</b>	Rapport MSF/B 2012	656	<b>75,0%</b>	Rapport PNPCSP 2013	20 086	<b>88,7%</b>	Rapport PNPCSP 2014
717			1 182			875			22 652		

La tendance de la survie des patients suit une courbe relativement croissante de 77,1% à 88,7% de 2011 à 2014 avec de légères dépressions en 2012 et 2013. La figure ci-dessous montre cette tendance. Cet acquis est assez considérable mais dans l'objectif d'atteindre les 100% de survie, les efforts fournis sont à consolider et des actions notamment la recherche active des patients, la disponibilité des intrants sont à renforcer.

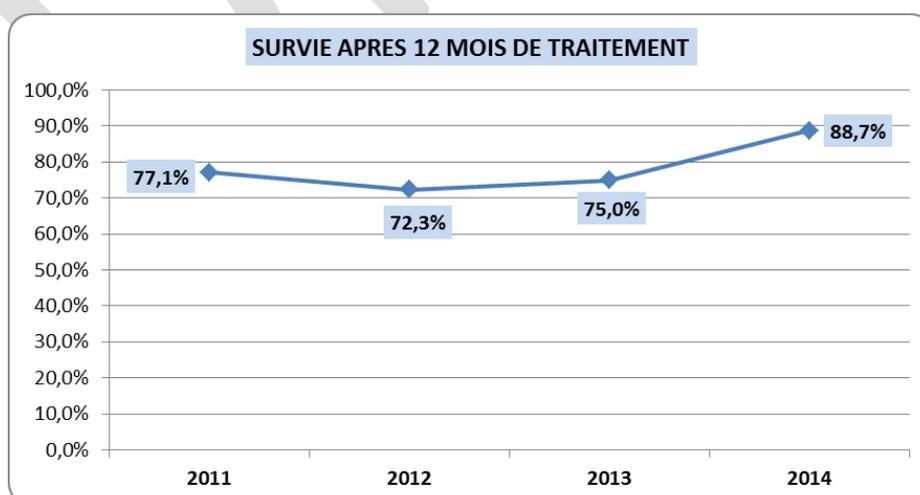


Figure 32 : tendance de la survie des adultes et enfants après 12 mois de traitement (source : Rapport GIZ et PNPCSP)

### III.4.2 RESULTATS PROGRAMMATIQUES PEC

#### III.4.2.1 COUVERTURE DE SITES PEC

La figure n°33 ci-dessous montre une progression du nombre de sites PEC de 2010 (11) à 2014 (57). Cette progression est très significative entre 2010 et 2011. Le nombre de sites est resté stable entre 2011 et 2012, et entre 2013 et 2014.

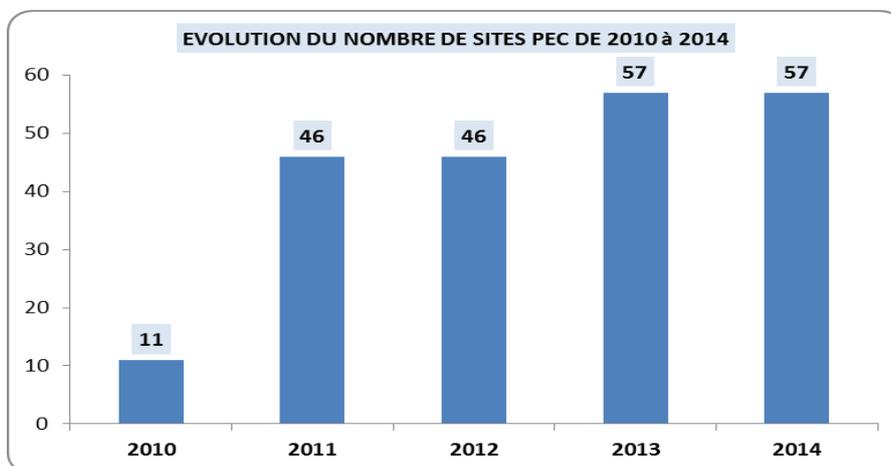


Figure 33: Evolution du nombre de sites PEC de 2010 à 2014

La figure n°34 ci-dessous montre la répartition du nombre de sites PEC par région administrative en 2014. On dénombre en 2014, un total de 57 sites dont 48 sites publics et 9 privés, confessionnels et associatifs.

La répartition de ces sites varie d'une région à une autre et le nombre moyen de sites par région est de 6. Le plus grand nombre de sites PEC se trouve dans la ville de Conakry **22/57**, soit 39% suivie de Boké (14,04%).

La figure n°34, illustre le résultat des efforts continus du gouvernement et ses partenaires dans la mise en place, l'organisation et la décentralisation à l'échelle nationale du programme de prise en charge des PVVIH.

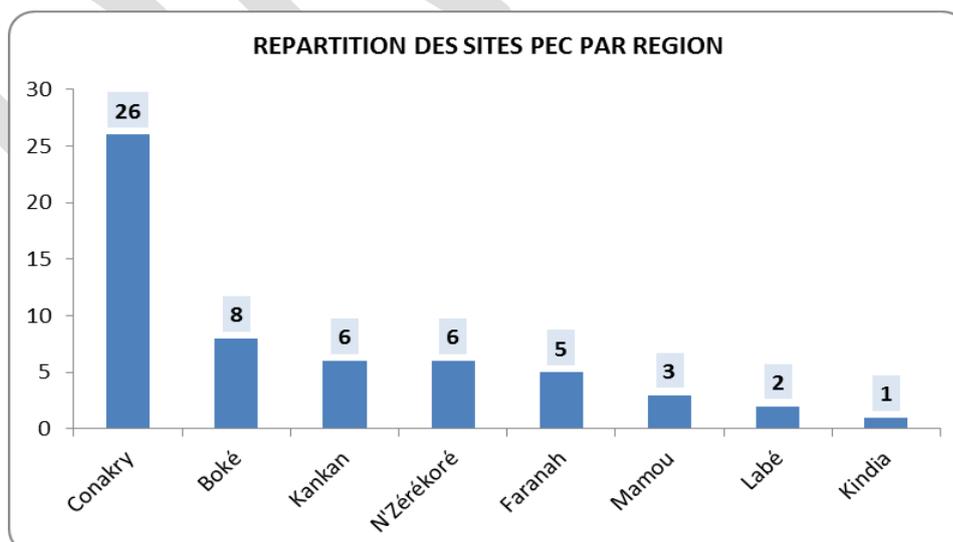


Figure 34: Répartition du nombre de sites PEC par région administrative en 2014 (Source : Rapport PNPCSP 2014)

### III.4.2.2 COUVERTURE SUIVI BIOLOGIQUE PVVH

Le suivi biologique, un volet important d'une prise en charge de qualité des PVVIH a aussi fait l'objet d'efforts importants de la part du gouvernement guinéen et des partenaires impliqués.

Au courant de cette année, les activités de suivi biologique (CD4 et Charge Virale) ont connues un regain d'intérêt. En plus de l'obtention et de l'installation de 20 compteurs CD4 portables (type PIMA) et de deux appareils de Charge Virale, le programme a obtenu une quantité importante de réactifs pour ces deux examens importants.

Il faut noter en plus de la construction, de l'équipement et de la mise en fonction de deux laboratoires de Biologie Moléculaires obtenus dans le cadre du Projet OPP ERA sur financement de l'UNITAID avec une mise en œuvre pilotée par l'ONG Française SOLTHIS.

Dans ce domaine, les résultats suivants ont été obtenus : Nombre de CD4 : **5 824**, Nombre de Charge Virale : **6 038**

Ces résultats prennent en compte aussi bien les travaux réalisés dans les différents sites publics, mais aussi ceux effectués au niveau des sites de MSF-Belgique et de DREAM

- *La PCR n'est pas encore effective sur l'ensemble du territoire : quatre appareils PCR sont installés courant 1er trimestre 2015, mais ils ne sont pas encore opérationnels par manque de réactifs adaptés ; Pour l'unité de PCR au laboratoire national de référence se pose le problème de la stabilité de la source d'énergie avec la rupture fréquente d'électricité (ce qui menace la durée de vie des équipements).*
- *Il n'y a pas d'équipement de PCR dans les labos de 06 régions du pays : en effet à la date 30/03/2015 quatre appareil de Charge Virale et PCR sont installés dans les régions de Kankan et Conakry (Matam, Hôpital Donka « OPP ERA », Labo national de référence)*

Le tableau n°29 montre la répartition des compteurs CD4 par région.

**Tableau 29 : Répartition des compteurs CD4 en fonction des régions.**

N°	REGIONS	NOMBRE	TYPE D'APPAREILS	COMMENTAIRE
1	Conakry	23	14 Pima, 07 Fascount et 02 Partec	Les 14 appareils Pima sont tous fonctionnels ainsi que les 02 appareils Partec et sur les 07 appareils Fascount 04 sont fonctionnels, les 02 autres ne sont pas fonctionnels.
2	Boké	5	04 Pima et 01 Fascount	04 Pima fonctionnels et 01 Fascount fonctionnel.
3	Kindia	2	02 Pima	02 Fonctionnels
4	Mamou	2	01 Humann Count et 01 Sysmex	Fonctionnels
5	Kankan	5	05 Pima	Fonctionnels
6	Faranah	5	03 Humann Count et 02 Sysmex	Fonctionnels
7	Labé	2	01 Humann Count et 01 Sysmex	Fonctionnel
8	N'Zérékoré	4	03 Pima et 01 Fascount	Fonctionnels
<b>Total</b>		<b>48</b>		

En ce qui concerne les appareils de Charge Virale, le pays dispose de six (06) à cette date, dont 05 appareils à Conakry et 01 en région (Kankan).

Sur 8271 Charges Virales réalisées en 2014 chez des patients de plus de 12 mois de traitement antirétroviral dans deux sites de PEC (CTA Donka et Matam), 6581 avaient une suppression de charge virale soit 79,56%<sup>4</sup>.

Sur les 32 040 patients sous traitement ARV au niveau national, 41 soit 2,62% sont pris en charge par le secteur privé lucratif. Ceci pourrait justifier la mise en place des soins VIH/sida au niveau dans ce secteur.

Le tableau n°30 ci-dessous présente quelques principaux résultats de la prise en charge médicale des PVVIH entre 2013 et 2014.

**Tableau 30: Données d'indicateurs traceurs en matière de prise en charge 2013 à 2014**

INDICATEUR	2013		2014	
	VALEUR	SOURCE(S)	VALEUR	SOURCE(S)
<b>Nombre de sites de Prise en Charge</b>	46	Rapport PNPCSP	57	Rapport PNPCSP
<b>Nombre de personnes infectées par le VIH</b>	121 951	Spectrum 2013	125 609	Spectrum 2015
<b>Besoins en ARV</b>	57845	Spectrum 2013	62 218	Spectrum 2015
<b>Nombre et pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral*</b>	27792	Rapport PNPCSP	32 040	Rapports PNPCSP et 2014
<b>Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale</b>	75% (656/875)	Rapport PNPCSP	75% (656/875)	Données de sites
<b>Nombre de nouveaux cas de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH</b>	-	-	531	Rapport PNPCSP

<sup>4</sup> Rapport d'activités des CTA Donka et de Matam.

### III.4.2.3 APPROVISIONNEMENT EN REACTIFS ET ARV

Le programme a connu un approvisionnement régulier en intrant VIH au cours de cette année 2014, ce qui a manifestement augmenté le nombre de nouvelles inclusions aux ARV. Les principales sources d'approvisionnement ont été :

- Le Gouvernement Guinéen à travers le BND
- Le Fonds Mondial dans le cadre de la subvention du Round10
- L'UNICEF, dans le cadre de la mise en œuvre de la PTME
- MSF-Belgique et GIZ pour approvisionnement des sites de leur ressort

Au regard de la gestion des stocks, le pays n'a pas connu de rupture au niveau central. Le tableau n°31 montre la situation de stock des ARV traceurs en 2014.

Tableau 31 : Résultats de la gestion des ARV traceurs en 2014

PRODUIT TRACEURS VIH	STOCK 31/12/ 2013	ENTREE 2014	SORTIES 2014	STOCK 31/12/ 2014
Zidovudine Lamivudine-NVP cp	235 542	145 293	120 442	260 393
Zidovudine-lamivudine cp	36 732	26 820	29 339	34 213
Zidovudine-lamivudine-nevirapine baby cp	35 105	13 277	13 725	34 657
Tenofovir/Entricitabine/Efavirenz cp	55 175	469 333	382 444	142 064
Efavirenz cp	36 637	21 449	52 568	5 518
Névirapine cp	0	2 426	2 426	0
Névirapine sp	0	3 312	735	2 577
Tenofovir/Entricitabine cp	5 677	2 426	2 103	6 000

Ce tableau montre qu'il y a une bonne disponibilité en AZT/3TC/NVP et TDF/3TC/EFV ou TDF/FTC/EFV; ces deux molécules étant actuellement les plus utilisées. Il faut signaler en outre la tendance à la généralisation de l'ATRIPLA en vue de répondre aux nouvelles normes de l'OMS dans le cadre de la prise en charge aux ARV des PVVIH.

#### III.4.2.4 OBSTACLES ET DÉFIS DE LA PEC :

En dépit des progrès réalisés ces dernières années en matière de la PEC, on peut noter que des insuffisances persistent et des défis restent à relever :

**Au titre des insuffisances identifiées, on peut citer :**

- *Faiblesse de la décentralisation de la coordination des interventions, qui ne facilite pas la convergence des parties prenantes sur le terrain.*
- *Absence de plan et de stratégie de passage à l'échelle de la prise en charge.*
- *Faiblesse de la couverture en diagnostic VIH (seulement 6% de la population connaissent leur statut VIH).*
- *Faiblesse de la couverture de la population de PVVIH en ARV, surtout les enfants de moins de 15 ans en ARV (seulement 5% du total en 2013).*
- *Faiblesse de l'intégration de la prise en charge dans le secteur privé/associatif, parapublic.*
- *Faiblesse dans la répartition des structures publiques intégrées en prise en charge.*
- *Faible capacité en équipement (Automate de biochimie, d'hématologie, d'immunologie CD4, CV etc....) pour le diagnostic des IO et suivi des PVVIH.*
- *Absence d'un plan de maintenance des équipements biomédicaux.*
- *Insuffisance de ressources humaines nationales formées à la prise en charge et instabilité du personnel formé aggravé par l'émergence de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en 2014 ;*
- *Insuffisance de psychologues, et d'assistants sociaux dans les structures de soins,*
- *Absence de dispositif juridique en faveur des PS et HSH.*
- *Forte dépendance extérieure du financement du VIH/sida (part du gouvernement 18% et extérieur 80% et privé 2%)*
- *Faiblesse de la chaîne d'approvisionnement des réactifs, médicament (ARV, IO, IST)*
- *Faiblesse du Reporting, informatisation, utilisation des NTIC et intégration du VIH dans le SNIS.*

**Au titre des défis pour accélérer l'augmentation de la couverture de la population à la prise en charge, on peut citer entre autres :**

- *Coordination des interventions au niveau décentralisé et répartition équitable entre les zones en fonction du poids et de la gravité de la maladie.*
- *Implication du secteur paramédical, Privé/associatif pour donner plus de possibilité à tous les niveaux.*
- *Plan de passage à l'échelle décrivant les stratégies opérationnelles.*
- *Renforcement de la centrale d'achat et de ses locaux décentralisés.*
- *Formation de personnel adéquat (médical, social et psychologue) pour la prise en charge globale à tous les niveaux.*
- *Appropriation du financement par l'Etat.*
- *Intégration du VIH au SNIS, Informatisation et utilisation des NTIC dans la gestion des données.*
- *Renforcement du plateau technique à tous les niveaux de la prise en charge.*

### III.5 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. Le tableau n°32 montre les indicateurs traceurs en matière de soins et soutien entre 2013 et 2014.

Tableau 32 : Données d'indicateurs traceurs en matière de soins et soutien 2013 à 2014

INDICATEUR		2013		2014	
		Valeur	Source	Valeur	Source
Nombre de personnes ayant bénéficié d'une prise en charge socio-économique	Appui scolaire	ND	-	-	Rapport PNPCSP
	Appui alimentaire	16 000	PAM	16 000	
	Activités génératrices de revenu	ND	-	-	
Nombre d'assistants psycho-sociaux actifs dans les centres de prise en charge des PVVIH		41	SE/CNLS	41	SE/CNLS
Existence d'un dispositif d'accompagnement juridique des PVVIH pour la lutte contre la discrimination et la stigmatisation		Oui	Rapport CNLS	Oui	

### III.6 TRAITEMENT TB/VIH

Dans le domaine de la **coïnfection TB/VIH**, le dépistage du VIH est intégré dans 29 centres de dépistage et traitement de la tuberculose (CDT) sur 62. La plupart des services de prise en charge de la coïnfection TB/VIH sont concentrés à Conakry notamment au Centre de traitement ambulatoire (CTA) de Donka, à DREAM, à Ignace Deen et au Centre médico-communal (CMC) de Matam, ce qui limite l'accès aux services de la prise en charge TB/VIH.

#### III.6.1 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

2010			2011			2012			2013			2014		
N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source	N	%	Source
D			D			D			D			D		
324	6,0%	UNGASS 2010	1059	19,6%	Rapports PNPCSP/St atistiques OMS	832	15,4%	Rapports PNPCSP/PNLAT 2012	1534	26,9%	Rapports PNPCSP/PNLAT 2013	1353	23,8%	Rapports PNPCSP/PNLAT 2014
5404			5404			5404			5694			5694		

Le tableau n° ci-dessus montre l'évolution du pourcentage de nouveaux cas estimés de TB liés au VIH qui ont bénéficiés d'un traitement pour les deux (2) maladies. L'analyse de tendance pour cet indicateur n'est pas possible du fait que les sources et les dénominateurs sont différents. L'analyse faite ci-dessous est basée sur les numérateurs (le nombre des cas enregistrés).

La figure n°33 ci-dessous montre la distribution du nombre de nouveaux cas estimés de tuberculose liés au VIH et qui ont bénéficiés d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH de 2010 à 2014. Cette distribution n'est pas homogène. Le plus grand nombre de cas a été enregistré en 2013 (1534) contre 324 en 2010. Entre 2013 et 2014, on observe une baisse significative de 181 cas. Pour atteindre la cible de 2 350 fixée en 2017 du CSN, il faudrait tripler les efforts fournis.

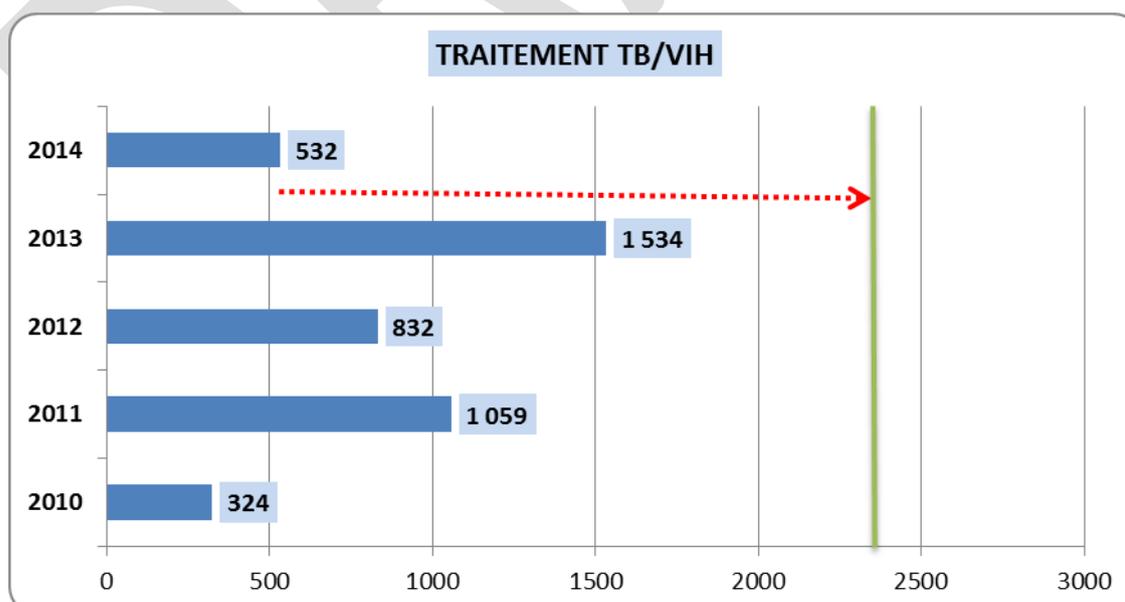


Figure 35 : Pourcentage des nouveaux cas estimés de tuberculose liés au VIH et qui ont bénéficiés d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH (sources : rapports PNPCSP, PNLAT, OMS, UNGASS)

### III.7 GENRE ET VIH

III.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.

DRAFT

## IV DEFIS DE LA RIPOSTE

### IV.1 PROGRES REALISES FACE AUX DEFIS PRECEDENTS

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.

#### IV.1.1 EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

Le tableau n°33 ci-dessous résume les progrès réalisés des défis en matière de la prévention.

Tableau 33 : Progress réalisés des défis en matière de la prévention

DEFIS	PROGRES REALISES ENTRE 2013 ET 2014
Renforcer la prévention par le développement des activités auprès des groupes de population les plus à risque	Prise en compte des besoins HSH en matière de prévention de proximité : distribution de préservatifs et de gel lubrifiants, formation des pairs éducateurs.
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 131 en 2013 à 262 en 2014
Améliorer la couverture nationale en service de CDV.	Le nombre de centres offrant le conseil et dépistage volontaire du VIH est passé de 101 sites en 2013 à 112 en 2014.

#### IV.1.2 EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PVVIH

Le tableau n°34 ci-dessous résume les progrès réalisés des défis en matière de prise en charge et d'accompagnement des PVVIH.

Tableau 34 : Progress réalisés des défis en matière de la prise en charge et d'accompagnement des PVVIH

DEFIS	PROGRES REALISES ENTRE 2012 ET 2014
Faible accès à la thérapie ARV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2012 : 26 666 personnes sous ARV</li> <li>• 2013 : 27 792 personnes sous ARV</li> <li>• 2014 : 32 040 personnes sous ARV</li> </ul>
L'amélioration du suivi biologique des PVVIH (appareils CD4, charge virale...)	<p>Courant 2014, les activités de suivi biologique (CD4 et Charge Virale) ont connues un regain d'intérêt. En plus de l'obtention et de l'installation de 20 compteurs CD4 portables (type PIMA) et de deux appareils de Charge Virale, une quantité importante de réactifs a été obtenue pour ces deux examens importants. La construction, l'équipement et de la mise en fonction de deux laboratoires de Biologie Moléculaires obtenus dans le cadre du Projet OPP ERA sur financement de l'UNITAID avec une mise en œuvre pilotée par l'ONG Française SOLTHIS.</p> <p>Dans ce domaine, les résultats suivants ont été obtenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de CD4 : 5 824</li> <li>• Nombre de Charge Virale : 6038</li> </ul>
L'amélioration de la prise en charge nutritionnelle et alimentaire des PVVIH	En 2014 : <b>16000 ménages</b> affectés par le VIH ont bénéficié d'un appui alimentaire avec l'appui du PAM ;

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 51 (en 2013) à <b>57 en (2014)</b> .
---	---

La prise en charge et l'accompagnement des PVVIH entre 2013 et 2014 se sont largement améliorés. Certainement, grâce à l'augmentation du budget de l'Etat qui a entre autre servi à l'achat des antirétroviraux.

#### IV.1.3 EN MATIÈRE DE COORDINATION ET DE MOBILISATION DES RESSOURCES

Le tableau n°x ci-dessous résume les progrès réalisés des défis en matière de coordination et mobilisation des ressources.

**Tableau 35 : Progrès réalisés des défis en matière de coordination et mobilisation des ressources**

DEFIS	PROGRES REALISES ENTRE 2012 ET 2013
Faible mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le sida	<p>En 2013, <b>93 233 925 462 GNF</b> ont été dépensés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sources publiques (Gouvernement) : <b>17 457 942 734 GNF</b></li> <li>• Sources privées : <b>19 176 284 GNF</b></li> <li>• Sources internationales : <b>75 756 806 444 GNF</b></li> </ul> <p>En 2014, <b>107 627 524 488 GNF</b> ont été dépensés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sources publiques (Gouvernement) : <b>23 942 110 172 GNF</b></li> <li>• Sources privées : <b>4 091 202 150 GNF</b></li> <li>• Sources internationales : <b>79 594 212 165 GNF</b></li> </ul> <p>Le montant de la ligne budgétaire sur le VIH dans la loi de finances est passé d'environ 19% en 2013 à <b>22% en 2014</b></p>
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 4 en 2013 à <b>5 en 2014</b> . Il reste encore 3 autres coordinations régionales à mettre en place.

#### IV.2 DÉFIS ACTUELS ET ACTIONS MAJEURES

Les principaux défis identifiés en 2014 et les actions majeures sont résumés par domaines ci-dessous.

##### IV.2.1 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

#### **IV.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.

#### **IV.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.
- 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.

**Tableau 36 : Type de soutien des principaux partenaires au développement**

PARTENAIRE	DOMAINES D'INTERVENTION ET PRINCIPALES ACTIONS
SNU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui technique et 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 inter-pays 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 engagement dans la riposte du VIH en Guinée (plus haut dans ce document).

Dans le cadre du partenariat, un certain nombre d'efforts ont été fournis :

- Le renforcement des capacités institutionnelles du CNLS comme seule structure de coordination de la riposte à l'épidémie L'appui au Secrétariat Exécutif du CNLS en tant que Co-Réциpiendaire Principal des subventions Round 10 de la composante VIH du Fonds Mondial pour renforcement de la riposte nationale,
- L'appui au Ministère de la santé et de l'hygiène public à travers le PNPCSP et le PNLAT en tant que Réциpiendaires Principaux des subventions Round 10 de la composante RSS et Round 9 de la tuberculose du Fonds Mondial pour renforcement de la riposte nationale,
- La mobilisation de ressources financières en faveur de la riposte nationale,

- Le soutien effectif au système national de suivi et évaluation notamment l'opérationnalisation du Groupe National de Référence de Suivi évaluation ;
- L'accélération du processus vers l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui notamment par la décentralisation des activités;

DRAFT

## V SUIVI ET ÉVALUATION

### V.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 efficace 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 :

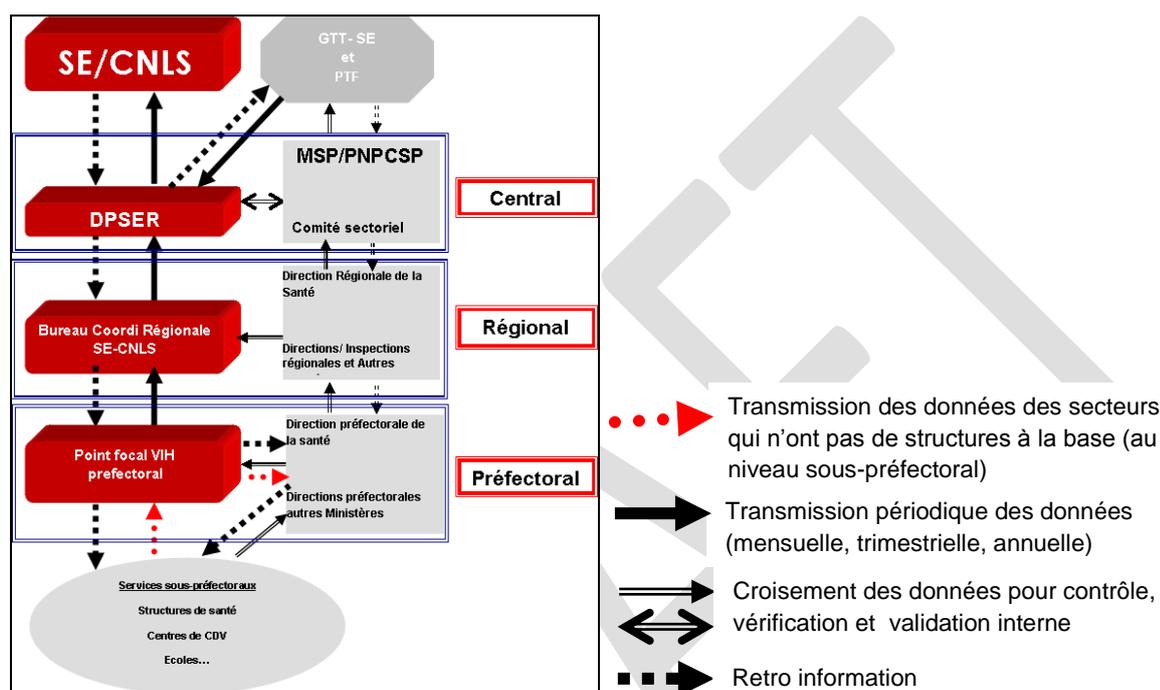


Figure 36 : Fluxogramme des données/informations

- **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.

## **V.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.

## **V.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.

DRAFT

## VI CONCLUSION

La rédaction participative de ce rapport a impliqué toutes les parties prenantes de la riposte nationale au VIH et a permis de faire un bilan des activités et des résultats atteints par cibles. L'analyse des différents déterminants a également permis d'identifier les forces, les défis sur les quels le pays fondera les prochaines interventions dans l'intention d'atteindre les objectifs à l'horizon 2015.

L'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien reste encore faible. La prise en charge médicale a été confrontée à la faible couverture des sites même s'il y a eu une hausse de la tendance pour l'année 2014 qui s'expliquerait par une augmentation sensible de la mobilisation interne des ressources par l'Etat.

DRAFT

## VII ANNEXES

### VII.1 ANNEXE 1 : LISTE DE SITES OFFRANT LES SERVICE VIH PAR REGION

TYPES ET NOMBRE DE STRUCTURES	CDV	PTME	PEC	CDT
<b>REGION DE CONAKRY</b>				
PS* (04)	0	0	0	0
CS (22)	18	18	6	10
CSA (00)	0	0	0	0
CMC (0)	5	5	5	2
HN (03)	0	2	2	2
INSE (01)	1	0	1	1
Dream	1	1	1	0
Asfegmassi	1	0	1	0
CAT Matam	1	1	1	1
CAT Carrière	1	0	1	1
Dispensaire Cp Samory	1	0	1	0
Centre Mère-Enfant	1	0	1	0
Dispensaire CBK	1	1	1	0
Cabinet médical UGANC	1	1	1	0
Cabinet médical Sonfonio	1	0	0	0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>17</b>
<b>REGION DE KINDIA</b>				
<i>Types et nombre de structures</i>	<i>CDV</i>	<i>PTME</i>	<i>PEC</i>	<i>CDT</i>
PS* (153)	0	0	0	0
CS (55)	5	51	0	2
CSA (00)	0	0	0	0
HP (04)	4	2	3	2
HR (01)	1	1	1	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>54</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>REGION DE BOKE</b>				
TYPES ET NOMBRE DE STRUCTURES	CDV	PTME	PEC	CDT
PS* (108)	0	0	0	0
CS (42)	3	41	0	2
CSA (02)	1	1	1	1
HP (04)	4	3	2	3
HR (01)	1	1	1	0
H Minier Friguia	1	1	1	1
CBG	2	0	1	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>47</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Région de Mamou</b>				
<i>Types et nombre de structures</i>	<i>CDV</i>	<i>PTME</i>	<i>PEC</i>	<i>CDT</i>
PS* (97)	0	0	0	0

CS (36)	8	6	1	5
CSA	0	0	0	0
HP (02)	2	0	1	0
HR	1	0	1	0
Total	11	6	3	5
<b>Région de Labé</b>				
<i>Types et nombre de structures</i>	<i>CDV</i>	<i>PTME</i>	<i>PEC</i>	<i>CDT</i>
PS* (176)	0	0	0	0
CS (65)	7	50	0	3
CSA	0	0	0	0
HP (04)	4	0	1	3
HR	1	0	1	0
Total	12	50	2	6
<b>Région de Kankan</b>				
<i>Types et nombre de structures</i>	<i>CDV</i>	<i>PTME</i>	<i>PEC</i>	<i>CDT</i>
PS* (134)	0	0	0	0
CS (67)	5	28	0	3
CSA	0	0	0	0
HP (04)	4	1	5	2
HR	1	1	1	0
HP SAG	1	1	1	1
Total	11	31	7	6
<b>Région de Faranah</b>				
<i>Types et nombre de structures</i>	<i>CDV</i>	<i>PTME</i>	<i>PEC</i>	<i>CDT</i>
PS* (96)	0	0	0	0
CS (43)	8	9	0	4
CSA	0	0	0	0
HP (03)	3	3	3	2
HR	1	1	1	0
Lero	1	1	1	0
Total	13	14	5	6
<b>Région de N'Zérékoré</b>				
<i>Types et nombre de structures</i>	<i>CDV</i>	<i>PTME</i>	<i>PEC</i>	<i>CDT</i>
PS (157)	0	0	0	0
CS (77)	6	31	0	2
CSA (02)	1	ND	ND	ND
HP	3	0	3	3
CMC	1	1	1	1
HR	1	1	1	0
MPA	1	0	1	1
Total	13	33	6	7
<b>Total Général</b>	<b>115</b>	<b>264</b>	<b>55</b>	<b>58</b>

## VII.2 ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE OFFRE SERVICE VIH

