****



**MINISTERE DE LA SANTE ASSOCIATION GUINENNE**

**DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE POUR LE BIEN ETRE FAMILIALE**

**FAMILIALE ET DE NUTRITION**

**Rapport de l’analyse situationnelle de l’intégration du VIH et de la santé de reproduction/santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents en Guinée**

**Consultant : Dr SAKOUVOGUI Alphonse Vohou**

**Tél : +224 621 251 115 mail : vsakou2013@gmail.com**

**Conakry, juillet 2017**



****

**TABLE DES MATIERES**

[ABREVIATION 3](#_Toc494032766)

[LES GRAPHIQUES 5](#_Toc494032767)

[SCHEMAS 5](#_Toc494032768)

[TABLEAUX 6](#_Toc494032769)

[RESUME 7](#_Toc494032770)

[Introduction 13](#_Toc494032771)

[1. Contexte 14](#_Toc494032772)

[2. Objectif 17](#_Toc494032773)

[2.1. Objectif général 17](#_Toc494032774)

[2.2. Objectifs spécifiques 17](#_Toc494032775)

[3. Méthodologie 17](#_Toc494032776)

[3.1. Type d’étude 17](#_Toc494032777)

[3.2. Populations clés de l’étude 17](#_Toc494032778)

[3.3. Echantillonnage 18](#_Toc494032779)

[3.4. Collecte des données 19](#_Toc494032780)

[3.5. Analyse des données 22](#_Toc494032781)

[3.6. Contraintes et difficultés 22](#_Toc494032782)

[3.7. Considération éthique 23](#_Toc494032783)

[3.8. Limite de l’étude 23](#_Toc494032784)

[4. Résultat 23](#_Toc494032785)

[4.1. Evaluation nationale des progrès relatifs à l’intégration de SRMNIA et VIH 23](#_Toc494032786)

[4.1.1. Progrès au niveau politique 23](#_Toc494032787)

[4.1.2. Au niveau du système de santé 34](#_Toc494032788)

[4.2. Principales lacunes et goulots d’étranglement 37](#_Toc494032789)

[4.2.1. Lacunes et goulots d’étranglement d’ordre institutionnel 37](#_Toc494032790)

[4.2.2. Lacune liée à la coordination 38](#_Toc494032791)

[4.2.3. Lacunes et goulots d’étranglement d’ordre stratégique 38](#_Toc494032792)

[4.2.4. Lacunes d’ordre opérationnel 39](#_Toc494032793)

[4.2.5. Opportunités 41](#_Toc494032794)

[4.3. Analyse des parties prenantes 42](#_Toc494032795)

[4.3.1. Identification des parties prenantes 43](#_Toc494032796)

[4.3.2. Opinion des parties prenantes sur l’intégration SRMNIA/VIH 44](#_Toc494032797)

[4.3.3. Catégorisation des parties prenantes 46](#_Toc494032798)

[4.3.4. Engagements des parties prenantes 51](#_Toc494032799)

[4.4. Evaluation des établissements de santé 52](#_Toc494032800)

[4.4.1. Disponibilité des services de SRMNIA et VIH fournis 52](#_Toc494032801)

[4.4.2. Les prestataires de services SRMNIA et VIH 53](#_Toc494032802)

[4.4.3. Les jours ouvrables des services de SRMNIA et VIH 58](#_Toc494032803)

[4.4.4. Les établissements sanitaires 59](#_Toc494032804)

[4.4.5. Les clients des services SRMNIA et VIH 60](#_Toc494032805)

[4.5. Evaluation de la communauté 65](#_Toc494032806)

[4.5.1. Perception des communautés 65](#_Toc494032807)

[4.5.2. Disponibilité et accès aux services pour les différentes populations clés et les personnes vivant avec le VIH 68](#_Toc494032808)

[4.5.3. Rôle des organisations communautaires dans le soutien de la fourniture des services SMNIA et du VIH 69](#_Toc494032809)

[4.5.4. Obstacles à la mise à l'échelle des liens SMNIA et VIH au niveau communautaire 70](#_Toc494032810)

[4.6. Plan d’action opérationnel 71](#_Toc494032811)

[5. Recommandations 71](#_Toc494032812)

[6. Conclusion 73](#_Toc494032813)

[7. Annexe 74](#_Toc494032814)

# **ABREVIATION**

|  |  |
| --- | --- |
| AGBEF | : Association Guinéenne pour le Bien Etre Familial |
| AJFDG | : Association des Jeunes Filles Dévouées de Guinée |
| AM | : Association Membre |
| ARV | : Antirétroviraux |
| ASC | : Agent de Santé Communautaire |
| ATS | : Agent Technicien de Santé |
| BACKUP | : Building Alliances, Creating Knowledge and Updating Partners |
| CARMMA | : Campagne pour l’Accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique |
| CCC | : Communication pour le changement de comportement |
| CCS | : Chef de Centre de Santé |
| CDI | : Consommateurs de Drogue Injectable |
| CDV | : Conseil Dépistage Volontaire |
| CECOJE | : Centre d’Ecoute de Conseil et d’Orientation des jeunes |
| CHU | : Centre hospitalo-Universitaire |
| CDIP | : Conseil de Dépistage du VIH à l’Initiative du Prestataire |
| CMC | : Centre Médical Communal |
| CNLS | : Comité National de Lutte contre le SIDA |
| CPC | : Consultation Primaire Curative |
| CPN | : Consultation Prénatale |
| CPoN | : Consultation Post Natale |
| CRS | : Catholic Relief Service |
| CS | : Centre de Santé |
| DBS | : Dried Blood Spots |
| DCS | : Direction Communale de la Santé |
| DIU | : Dispositif Intra Utérin |
| DNEHS | : Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et des Soins |
| DNPL | : Direction Nationale des Pharmacies et Laboratoires |
| DNPSC | : Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire |
| DNSFN | : Direction Nationale de la Santé Familiale et de Nutrition |
| DPM | : Direction de la Pharmacie et des Médicaments |
| DPS | : Direction Préfectorale de la Santé |
| DREAM | : Drug Resource Enhancement Against AIDS and Malnutrition |
| DRS | : Direction Régionale de la Santé |
| DSRP | : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté |
| DSVCO | : Direction de la Santé de la Ville de Conakry |
| EDS | : Enquête Démographique et de Santé |
| e-TME | : Elimination de la Transmission Mère-Enfant |
| FDR | : Feuille de Route |
| FMG | : Fraternité Médicale Guinée |
| FS | : Formation Sanitaire |
| GIZ | : Agence de coopération Allemande pour le Développement |
| GNP+ | : Global Network of People living with VIH |
| HC3 | : Health Communication Capacity Collaborative |
| HHA | : Harmonisation pour la santé en Afrique |
| HSH | : Homme ayant des rapports Sexuels avec Homme |
| ICN | : Instance de Coordination Nationale |
| ICW | : International Community of Women living with HIV |
| IHP+ | : International Health Partenariat |
| INRAP | : Institut National de Recherche et Action Pédagogique |
| INSE | : Institut de Nutrition et Santé de l’Enfant |
| IO | : Infection Opportuniste |
| IPPF | : Fédération Internationale pour la Planification Familiale |
| IST | : Infection Sexuellement Transmissible |
| LNME | : Liste Nationale des Médicaments Essentiels |
| ME | : Médicaments Essentiels |
| MEG | : Médicaments Essentiels Générique |
| MGF | : Mutilation Génitale Féminine |
| MS | : Ministère de la Santé |
| MSHP | : Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique |
| OCB | : Organisation Communautaire de Base |
| ODD | : Objectifs du Développement Durable |
| OEV | : Orphelins et Enfants Vulnérables |
| OMD | : Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| ONU | : Organisation des Nations Unies |
| ONUSIDA | : Programme des Nations Unis pour la Coordination des actions de lutte contre le Sida |
| OSC | : Organisation de la Société Civile |
| PCG | : Pharmacie Centrale de Guinée |
| PCMNE | : Prise en Charge intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l’Enfant |
| PEC | : Prise en charge |
| PEV | : Programme Elargi de Vaccination |
| PEV/SSP/ME | : Programme élargi de vaccination/Soins de santé primaires/Médicaments essentiels |
| PF | : Planification Familiale |
| PNDS | : Plan National de Développement Sanitaire |
| PNLP | : Programme National de Lutte contre le Paludisme |
| PNMSR/MSHP | : Programme National de la Maternité Sans Risque |
| PNPCSP | : Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention |
| PPN | : Politique Pharmaceutique Nationale |
| PROSMI | : Protection Santé Maternelle et Infantile |
| PS | : Professionnel de Sexe |
| PSDA | : Plan Stratégique de Développement des Adolescents et Jeune |
| PTME | : Prévention de la Transmission de la Mère à l’Enfant |
| PVVIH | : Personne Vivant avec le Virus Immunodéficience Humaine |
| REFIG | : Réseau des associations des Femmes Infectées et Affectées par le VIH |
| REGAP+ | : Réseau Guinéen des Associations des Personnes vivant avec le VIH |
| RTG | : Radiodiffusion Télévision de Guinée |
| SAA | : Soins Après Avortement |
| SE/CNLS | : Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le SIDA |
| SIDA | : Syndrome de l’Immunodéficience Acquise |
| SMNI | : Santé maternelle, néonatale et infantile |
| SOLTHIS | : Solidarité Thérapeutique et Initiatives contre le Sida |
| SONUB | : Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence de Base |
| SR | : Santé de la Reproduction |
| SRMNIA | : Santé de la Reproduction, Santé Maternelle, Néonatale, Infantile et santé des Adolescents et des Jeunes |
| SSR | : Santé Sexuelle et de la Reproduction |
| TAR | : Traitement Antirétroviral |
| VIH | : Virus de l’Immunodéficience Humaine |
| UA | : Union Africaine |
| UNFPA | : United Nations Population Fund |

# **LES GRAPHIQUES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Graphique 1** | Répartition de la fourniture des services de SRMNIA et VIH dans les 35 structures sanitaires visitées |
| **Graphique 2** | Disposition de directives écrites sur les orientations pour les services non offerts |
| **Graphique 3** | Répartition des différents prestataires en fonction des compétences liées au SRMNIA et VIH |
| **Graphique 4** | Répartition des prestataires en fonction des langues parlées |
| **Graphique 5** | Répartition des prestataires selon leur en CPN |
| **Graphique 6** | Répartition des prestataires en fonction de leur compétence en PTME |
| **Graphique 7** | Répartition des prestataires selon leur compétence en dépistage rapide VIH |
| **Graphique 8** | Répartition des prestataires en fonction des contraintes pour offrir les services de SRMNIA et VIH |
| **Graphique 9** | Répartition des prestataires en fonction des effets probable liés à l’intégration des services de SRMNIA et VIH |
| **Graphique 10** | Heures d'ouverture des services |
| **Graphique 11** | Répartition des services les plus fréquentés par les clients |
| **Graphique 12** | Durée des clients dans les structures de soins |
| **Graphique 13** | Répartition des clients en fonction des raisons de choix des établissements de santé |
| **Graphique 14** | Répartition des clients en fonction des services reçus dans les établissements sanitaires |
| **Graphique 15** | Répartition des clients en fonction des raisons des services non reçus |
| **Graphique 16** | Répartition des clients en fonction de leurs avis par rapport à l'offre des services de SRMNIA et VIH dans le même établissement ou des établissements différents |
| **Graphique 17** | Répartition des clients en fonction des motifs d’avoir les services SRMNIA et VIH dans le même établissement |
| **Graphique 18** | Répartition des clients selon les sentiments de satisfaction des services SRMNIA et VIH dans les structures sanitaires |

# **SCHEMAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Schéma 1** | Progrès réalisé dans le domaine de SRMNIA et SR au niveau national |
| **Schéma 2** | Avantages et inconvénients des services de SRMNIA et VIH séparés |
| **Schéma 3** | Avantages et inconvénients des services de SRMNIA et VIH intégrés |
| **Schéma 4** | les goulots d’étranglement et lacunes liés à l’intégration SRMNIA et VIH |
| **Schéma 5** | Répartition des parties prenantes selon leur niveau d’implication les services de SRMNIA et VIH |
| **Schéma 6** | Répartition des parties prenantes selon leur Pouvoir et leur intérêt |
| **Schéma 7** | Répartition des parties prenantes selon leur influence et leur intérêt |
| **Schéma 8** | Perception des communautés sur les avantages et désavantage sur SRMNIA et VIH dans le même service |
| **Schéma 9** | Perception des communautés sur un prestataire pour SRMNIA et VIH |
| **Schéma 10** | Perception des communautés sur plusieurs prestataires pour SRMNIA et VIH |
| **Schéma 11** | Perception des communautés sur la disponibilité des services SRMNIA et VIH |
| **Schéma 12** | Perception des communautés sur la contribution pour les services SRMNIA et |

# **TABLEAUX**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tableau 1** | Structures sanitaires pour l’évaluation de l’intégration SRMNIA et VIH |
| **Tableau 2** | Nombre de clients à interviewer par structure |
| **Tableau 3** | Nombre de prestataires à interviewer par service et par structure |
| **Tableau 4** | Liste des enquêteurs |
| **Tableau 5** | Chronogramme des activités |
| **Tableau 6** | Nombre de parties prenantes par rapport la SRMNIA et VIH |
| **Tableau 7** | Engagement des parties prenantes |
| **Tableau 8** | Actions correctrices des goulots d’étranglement et lacunes |

***REMERCIEMENT***

*L’élaboration de ce rapport d’analyse situationnelle de l’intégration des services de santé de la reproduction, santé maternelle, néonatale, infantile et santé des adolescents/jeunes et services de de lutte contre le VIH en Guinée est le fruit de collaboration d’institutions diverses (GIZ, IPPF, AGBEF, DNSFN, FMG, Arc-en-ciel), et des contributions d’un grand nombre de personnes ressources à différents niveaux. Que tous reçoivent nos sincères remerciements*

# **RESUME**

Malgré les progrès perceptibles, le rythme d’amélioration des indicateurs de la santé de reproduction et de VIH est insuffisant et leurs valeurs respectives restent encore nettement en-deçà des cibles visées, des objectifs de la FDR et de l’OMD-4 et 5.

L’importance des liens entre la Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR) et le VIH est maintenant largement reconnue. Les infections à VIH sont le plus souvent transmises par la voie sexuelle ou associées à la grossesse, à l’accouchement et à l’allaitement. Le risque de transmission et d’acquisition du VIH peut être accru en raison de la présence de certaines Infections Sexuellement Transmissibles.

L’intégration de la SR et du VIH/Sida accroît l’accès des populations à une panoplie d’informations et de services influant sur les résultats de la lutte contre le VIH. Cette intégration est indispensable pour optimiser les interventions et gérer au mieux les ressources disponibles.

Afin de mieux cerner au niveau national ce qui fonctionne bien actuellement ainsi que d'identifier les lacunes dans l'intégration de la Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et du VIH, que la GIZ à travers l’IPPF basé à Nairobi et AGBEF en Guinée en appui au Ministère de la Santé a commandité l’analyse situationnelle de l’intégration de la SRMNIA et VIH.

La méthodologie de cette évaluation est inspirée de l’outil d’évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH (Guide générique), préparé et publié par l’IPPF, l’UNFPA, l’OMS, l’ONUSIDA en 2009. La démarche de cet outil associe la collecte de données qualitatives et quantitatives.

Cette évaluation a été réalisée par un comité national d’évaluation et une équipe de consultants (un consultant national et associé, 8 enquêteurs). La méthodologie a été essentiellement axée sur la revue documentaire et la collecte de données auprès des parties prenantes et des autorités sanitaires tout en suivant la pyramide sanitaire.

Une collecte a également été réalisée dans les établissements sanitaires publics et privés auprès des prestataires, et des clients ayant fréquenté ces établissements au moment de l’évaluation. La collecte a touché 43 parties prenantes, 35 structures sanitaires, 170 prestataires et 373 clients.

Cette analyse situationnelle nous a permis de comprendre :

1. **Les progrès actuels accomplis au niveau du pays en matière d’intégration de la SRMNIA et VIH**

Les progrès accomplis en matière d’intégration de la SRMNIA et VIH sont de deux types :

* **Au niveau Politique**

La Constitution guinéenne reconnaît la santé comme un droit fondamental en son article 15 qui stipule que: ***«Chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'Etat a le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux»*14.**

La République de Guinée a adopté une Politique nationale de santé qui repose sur les engagements du gouvernement de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé au plan mondial, régional et national.

Le pays a adopté une série de textes et politiques traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations. Aussi la Guinée a élaboré des stratégies nationales pour améliorer le bien-être. Des documents normatifs sont élaborés séparément pour chacun des programmes VIH et SRMNIA.

Parmi ces stratégies, quatre prennent en comptent les deux aspects le VIH et la SRMNIA ; il s’agit notamment :

* CPN recentrée ;
* Normes et procédures en SR ;
* Plan national stratégique pour l’élimination de la transmission mère enfant du VIH 2015-2017 ;
* Normes et procédures de la PTME juillet 2016.
* **Au niveau du Système de santé**

L’analyse du système concerne la planification, la gestion et l’administration des services les ressources humaines et le renforcement des capacités, la logistique et l’approvisionnement des structures y compris le suivi et l’évaluation.

* Planification : les documents stratégiques, les normes et procédures de chacun des programmes sont élaborés séparément avec des objectifs bien définis et mis à jour régulièrement.
* Ressources humaines : ce problème se résume par l’insuffisance de personnes qualifiées, l’inégalité dans la répartition : 17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays, contre 83% en zones urbaines pour 30% de la population générale de la Guinée. La région de Conakry, avec 15% de la population nationale, dispose de 49% du personnel professionnel de la santé.
* Logistique et approvisionnement : l’approvisionnement en médicaments essentiels génériques et en consommables médicaux et leur distribution sur le plan national se font à travers la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG). Malheureusement des ruptures fréquentes des médicaments essentiels SR, dont les produits d’urgence et des réactifs et intrants de laboratoire, sont parfois observées.
* Suivi-évaluation : Les plans et les outils de suivi évaluation sont propres à chaque programme. Les supervisions se déroulement différemment les unes des autres. Les cadres des deux programmes reconnaissent qu’ils ne font pas de supervision conjointe des SR et VIH ; les rapports ne sont pas également partagés.

1. **Les lacunes et les goulots d'étranglement en matière d’intégration de la SRMNIA et VIH**

La collecte des données au moyen d’entrevues et de discussion de groupe nous ont permis de regrouper ces contraintes en quatre niveaux : Institutionnel, Coordination, stratégique et opérationnel.

* Institutionnel : Il ressort de toutes informations reçues et des déclarations, qu’il existe deux situations d’ordre institutionnel, il s’agit de l’encrage de la PTME et un conflit d’intérêt entre le CNLS et le Ministère de la Santé :
* La PTME est une unité du PNPCSP, ce programme relève de la Direction Nationale de la Prévention et Santé Communautaire ; tandis que la CPN relève du PNMSR, de la Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition (DNSFN).
* Le CNLS est le Principal Récipiendaire de la subvention VIH de Fonds Mondial ; il fait des supervisions trimestrielles des activités et le Ministère de la Santé à travers le PNPCSP fait également ces mêmes supervisions. Le Ministère de la Santé a une mauvaise compréhension de ce rôle. En tenant compte de leurs attributions, il apparait un conflit d’intérêt entre le Ministère de la Santé et le CNLS, entrainant un bicéphalisme dans la gestion de VIH/sida.
* Coordination : l’analyse situationnelle n’a pas trouvé un espace d’échange entre le CNLS qui coordonne les services de VIH et le Ministère de la Santé à travers la DNSFN qui gère les actions de la SRMNIA ; aussi, les deux programmes nationaux (PNPCSP et PNMSR) ne se concertent pas pour la gestion des deux programmes. Il y a donc une faiblesse dans la coordination.
* Stratégique : les plans nationaux stratégiques des deux programmes sont élaborés séparément et ne sont pas bien connus les uns et les autres des directions (DNSFN et DNPSC). Aussi les supervisions sont séparées. En conséquence, les problèmes spécifiques de SRMNIA ou VIH ne sont pas pris en compte par les uns et les autres.
* Opérationnel : au regard des différentes déclarations et débats avec les interviewés et la revue documentaire, il ressort d’importantes lacunes nécessaires à améliorer au niveau opérationnel ; il s’agit entre autre
  + Insuffisance d'agents féminins pour l'offre de service à des femmes
  + PF non intégrée dans certaines structures sanitaires
  + PF non intégrée dans certains services de santé
  + CDV non intégré dans certains services et dans certaines structures sanitaires
  + Stigmatisation des PVVIH, HSH et PS
* Communautaire : il ressort de notre étude quelques lacunes au niveau communautaire; il s’agit:
  + - * L’insuffisance d’émissions radios diffusions sur l’intégration de la SRMNIA et VIH (RTG, radios privées, Radios rurales et radios communautaires) ;
      * L’absence de supports de communication intégrée tenant compte des aspects de SRMNIA et de VIH ; les boites à images existent de façon spécifique ;
      * Les agents communautaires de santé ne sont pas formés sur l’intégration de SRMNIA et VIH ;
      * L’insuffisance de dialogue avec les leaders d’opinion (Imams, Prêtres et Pasteurs) et la population sur l’offre de services intégrés SRMNIA et VIH  dans les structures sanitaires (y compris les préservatifs comme moyen de double protection) ;
      * Les réseaux des professionnels de sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec homme ne sont identifiés qu’à Conakry, la capitale ;
      * La stigmatisation a été une des remarques formulées par les PVVIH et surtout les HSH ;

1. **L’analyse des parties prenantes intervenant dans le domaine en SRMNIA et VIH**

L’identification et l’analyse de 43 parties prenantes nous ont permis de comprendre et de classer les parties prenantes selon :

* Leur niveau d’implication dans le processus de gestion de la SRMNIA et VIH ; il existe quatre groupes :
  + Les parties prenantes qui décident
  + Les parties prenantes qui fournissent les services de SRMNIA et VIH
  + Les parties prenantes bailleurs de Fonds et partenaires de développement
  + Les parties prenantes clients qui bénéficient les services de SRMNIA et VIH

* Leur pouvoir et intérêt par rapport à l’intégration de la SRMNIA et VIH, on distingue quatre catégories qui sont :
* Les parties ayant Grand Pouvoir et Grand Intérêt
* Les parties prenantes ayant Grand Pouvoir et Peu d’Intérêt
* Les parties prenantes ayant Grand Intérêt et Peu de Pouvoir
* Les parties prenantes ayant Peu d’intérêt et Peu de Pouvoir
* Leur influence et intérêt par rapport à l’intégration de la SRMNIA et VIH ; on distingue quatre groupes :
  + Les parties prenantes ayant une Grande Influence et Grand Intérêt
  + Les parties prenantes ayant une Grande Influence et Faible Intérêt
  + Les parties prenantes ayant une Faible Influence et Grand Intérêt
  + Les parties prenantes ayant une Faible Influence et Faible Intérêt
* Leurs engagements : les parties prenantes se sont engagés à faire un certain nombre d’actions relatives à l’intégration de la SRMNIA et VIH ; il s’agit du plaidoyer, de la mobilisation des ressources, du financement, de la mise en œuvre des activités et du suivi et évaluation de ces activités. Selon les actions proposées, les parties prenantes ont été regroupées en : décideurs politiques, Champions professionnel, partenaires de développement, bailleurs de fonds, sociétés civiles, prestataires et clients

1. **L’intégration de SRMNIA et VIH dans les formations sanitaires**

Dans les établissements sanitaires publics et privés, les services de SRMNIA et VIH sont disponibles et sont intégrés partiellement. La majeure partie des prestataires pense que l’intégration des services de la SRMNIA et VIH, a plus d’impacts positifs que négatifs. Ils sont d’avis que l’intégration va entrainer une diminution de la stigmatisation des clients séropositif, que les coûts des services et de prestation seront diminués et l’efficacité des prestations va accroitre. Par contre, d’autres prestataires estiment que l’intégration de SRMNIA et VIH entrainera un accroissement des besoins d’équipement, de fournitures et de médicaments avec une augmentation de la charge de travail.

Quant aux clients vus lors de l’évaluation, ils pensent que les services SRMNIA et VIH sont offerts dans les établissements avec peu de satisfaction car, il faut aller chercher le complément de services de VIH dans d’autres structures sanitaires.

Dans ces établissements, les prestataires et aussi bien que les clients, ont formulé quelques difficultés qui ne facilitent pas l’offre ; il s’agit entre autre :

* Une surcharge des agents liée au remplissage des multiples outils VIH et SR ;
* Une faible couverture de PF et de PTME au niveau de certaines structures sanitaires ;
* Une faible intégration de CDV dans certains services et dans certaines structures sanitaires ;
* Une insuffisance de gestion des intrants de SRMNIA et les ARV dans certaines structures visités ;
* La faible intégration des intrants VIH dans le système de gestion des produits de SR et de MEG
* La stigmatisation des personnes clés notamment les HSH, les PVVIH et les PS.

1. **Faire une évaluation des besoins des communautés en matière d’intégration des services SR/SMNIA, IST et VIH**

La majorité des personnes ayant pris part aux discussions souhaitent avoir les différents services de SRMNIA et VIH lors d’une seule visite. Pour les participants, les différents déplacements occasionnent plusieurs fois le payement des frais de consultation, la perte de temps pour leurs propres activités et aussi, la perte de temps pour s’y rendre. Certaines femmes pensent que la multiplicité d’être vus à plusieurs endroits favorise la stigmatisation (pour les PVVIH) et diminue la motivation de continuer la planification familiale (chez certaines femmes dont leurs conjoints ne sont pas d’accord).

1. **Recommandation**

Au regard des insuffisances constatées plus haut et dans le souci de mener à bien le processus d’intégration du VIH et de la SSR en Guinée, l’équipe d’évaluation recommande ce qui suit :

1. **Niveau politique**

* Revoir l’organigramme du Ministère de la Santé pour réduire les obstacles liés à la mise en œuvre des activités ;
* Réviser la politique nationale en matière d’infrastructure et d’équipements sanitaires pour répondre à l’évolution de l’intégration des services ;
* Faire un plaidoyer auprès des autorités en vue de placer l’intégration au rang de priorité nationale ;
* Redynamiser les réunions trimestrielles de coordination de SRMNIA et VIH sous la supervision du Secrétaire Général du Ministère de la Santé ;
* Renforcer l’effectif du personnel dont le profil est capable de prendre en charge la SRMNIA et VIH ;

1. **Niveau stratégique**

* Disséminer et rendre disponible tous les documents politiques, stratégiques et les directives de prise en charges SRMNIA/VIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
* Accélérer la mise en œuvre du plan stratégique de l’élimination de la transmission mère enfant ;
* Accélérer l’élaboration d’un plan d’action stratégique commun pour les deux programme VIH et SRMNIA ;
* Accélérer la validation des modules de la CPN recentrée
* Réviser les documents normatifs de SRMNIA et VIH en prenant en compte les problèmes spécifique de chaque programme par l’implication effective des cadres des deux programmes nationaux.
  + - * Mettre en place des directives claires liées à l’intégration SRMNIA/ VIH pour la prise en charge des Personnes hautement vulnérables (professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes vivant le VIH, les Consommateurs de Drogues Injectables, les mineurs, les populations carcérales etc.) ;
      * Réviser les outils de gestion statistique destinés aux activités intégrées de SRMNIA et VIH ;
      * S’accorder sur les indicateurs faisant ressortir le niveau d’intégration de la SRMNIA et VIH  et les introduire dans l’annuaire statistique du Ministère de la Santé ;
      * Mettre à la disposition des structures sanitaires, les intrants et produits nécessaires pour mener les activités intégrées de SRMNIA et VIH ;
      * Planifier et mettre en action les missions de supervision conjointe et faire valoir le sens de supervision intégrée tel que définie dans les normes et procédure du Ministère de la Santé.

1. **Niveau Opérationnel**
   * + - Intensifier la sensibilisation des populations en général et des utilisateurs des services de SRMNIA ou de VIH en particulier sur le contenu des lois relatives à la santé de la reproduction et VIH ;
       - Renforcer la capacité des prestataires (CPN, PTME, Pédiatrie, Urgences) sur l’intégration SRMNIA et VIH;
       - Renforcer la capacité des prestataires (CPN, PTME, Pédiatrie, Urgences) sur le rapportage des données de VIH et SRMNIA ;
       - Renforcer le plateau technique des structures de santé pour l’offre de service SRMNIA et VIH
       - Organiser le suivi régulier post –formation des prestataires selon les normes et directives actualisées régissant les activités de prise en charge intégrées de la SRMNIA et VIH ;
       - Renforcer la capacité des prestataires sur la prise en charge des besoins spécifiques des populations clés (des professionnels de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes,), les personnes vivant le VIH, les Consommateurs de Drogues Injectables, et les populations carcérales.
2. **Niveau communautaire**
   * + - Organiser des émissions radios diffusions sur l’intégration de la SRMNIA et VIH (RTG, radios privées, Radios rurales et radios communautaires) ;
       - Réviser les supports de communications (boites à images) en tenant compte de l’intégration SRMNIA et VIH
       - Former les agents communautaires de santé sur l’intégration de SRMNIA et VIH ;
       - Former les organisations communautaires de base (OCB) sur l’offre des services intégrés de SRMNIA et VIH ;
       - Sensibiliser les leaders d’opinion (Imams, Prêtres et Pasteurs) et la population sur l’offre de services intégrés SRMNIA et VIH  dans les structures sanitaires (y compris les préservatifs comme moyen de double protection) ;
       - Sensibiliser les leaders d’opinion (Imams, Prêtres et Pasteurs) et usagers sur les violences domestiques et sur les circuits de prise en charge ;
       - Former des membres des ONG / Associations /Réseaux/ Agents communautaires pour la prise en charge des populations clés (professionnels de sexe, hommes rapport sexuel avec homme,) ;
       - Organiser une identification et regroupement des professionnels de sexe, hommes rapport sexuel avec homme, au niveau centre de santé ;
       - Documenter l’expérience du centre communautaire de la Minière avec la population clé
       - Organiser des séances de dialogue avec les populations clés (PS, HSH,) sur l’intégration SRMNIA et VIH dans les centres de santé.
3. **Développer un plan d’action opérationnel contenant des approches innovantes adressant les gaps et les goulots d’étranglement en matière d’intégration des SR/SMNIA, IST et VIH ;**

Tenant compte des acquis et des insuffisances soulevés par l’analyse situation situationnelle de l’intégration des services de la SRMNIA et VIH, un plan d’action opérationnel est élaboré pour une réponse d’urgence (voir l’annexe).

# **Introduction**

L'agence de coopération technique allemande (GIZ) collabore avec la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) depuis de nombreuses années dans le but de favoriser l'augmentation et l'accélération des mesures sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) en lien avec le VIH au sein du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ce partenariat est soutenu par l’initiative BACKUP de la GIZ

Le but du BACKUP est de permettre aux partenaires gouvernementaux et de la société civile d’utiliser plus efficacement et plus durablement les ressources financières mondiales mises à disposition pour des mesures de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Dans son travail, BACKUP accorde une place centrale à l’égalité entre hommes et femmes, l’intégration dans les systèmes de santé existants, la participation accrue de la société civile et le renforcement des capacités des acteurs impliqués. BACKUP joue un rôle actif dans la fourniture d’assistance technique en vue du renforcement des systèmes de santé sur la base des stratégies de l’OMS. BACKUP vise à répondre à des demandes d’assistance technique provenant du monde entier.

Pour la quatrième phase du BACKUP, la GIZ a apporté un soutien financier à certains pays d’Afrique y compris la Guinée pour bâtir des systèmes complets et durables de santé par le renforcement de l’intégration de la santé de la reproduction / Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l’Enfant et de l’Adolescent (SR/SMNIA) avec les composantes de renforcement des systèmes de santé communautaires des notes conceptuelles et des programmes du fonds mondial.

C’est dans ce cadre que l’Association Guinéenne pour le Bien Etre Familial (AGBEF), a bénéficié d’un financement de la Fédération Internationale pour la Planification familiale (IPPF) en collaboration avec le gouvernement Allemand pour apporter une contribution au programme de développement durable de la Guinée notamment la réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale, infantile par la mise en place d’un projet d’intégration pour la pérennisation ; ce projet vise à soutenir la société civile nationale à mettre un focus sur l'intégration des services dans les dialogues et notes conceptuelles-pays du Fonds Mondial et de soutenir l'intégration du Renforcement des Systèmes de santé et des systèmes communautaires.

L’intégration des services est une nécessité car, l’importance des liens entre la Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR) et le VIH, est maintenant largement reconnue. Les infections à VIH sont le plus souvent transmises par la voie sexuelle ou associées à la grossesse, à l’accouchement et à l’allaitement. Le risque de transmission et d’acquisition du VIH peut être accru en raison de la présence de certaines Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

En outre, les mêmes causes profondes, notamment la pauvreté, l’accès limité aux informations adéquates, l’inégalité entre hommes et femmes, les normes culturelles et la marginalisation sociale des populations les plus vulnérables sont à l’origine d’affections en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH. La communauté internationale convient que les objectifs du millénaire pour le développement ne seront atteints que si l’on assure un accès aux services de SSR et mette en œuvre une riposte globale efficace contre l’épidémie à VIH.

Cette contribution de financement est liée à la mission de l’AGBEF qui tient à promouvoir les droits et fournir des services de qualité en santé sexuelle et reproductive à la population en général et spécifiquement aux populations vulnérables (les enfants, les jeunes et les femmes).

La mise en place de ce projet passe par l’analyse situationnelle sur l'intégration du VIH et de la Santé de la reproduction / Santé maternelle, néonatale et infantile et des Adolescents (SR/SMNIA) dans les programmes et services au niveau national.

# **Contexte**

La santé de la reproduction et la lutte contre le VIH/SIDA est une préoccupation majeure des Gouvernements1, des Institutions et Organisations Non Gouvernementales depuis plusieurs décennies. Cette préoccupation est liée aux taux élevés de mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile, observés dans les pays en développement.

En Guinée, la mortalité maternelle bien qu’elle ait diminuée de façon significative au cours de la période 2005-2012 par rapport à la période 1999-2005, est encore très élevée : 550 décès2 pour 100.000 naissances vivantes, attestant du risque important de décès que courent les femmes pour chaque grossesse à cause de la faible disponibilité et la qualité insuffisantes des soins obstétricaux offerts. Cependant la consultation prénatale (CPN) est à 84,3%2.

La mortalité des enfants est encore élevée et varie selon les tranches d’âge. Le taux de mortalité infantile (les moins de 1 an) est 44 pour 1000 et le taux de mortalité infanto-juvénile (les moins de cinq ans) est 88 pour 1000. La mortalité néonatale est de 20 pour 1000.

Les soins postnatals très peu développés, sont insuffisamment prodigués. Une fois sorties de la maternité, ces femmes ne reviennent que pour les besoins des soins de leurs bébés. Le Taux de consultation post natale (CPoN) n’est que 57,5%.

La séroprévalence chez les femmes enceintes est de 3,56 % (selon ENSS,2015) en Guinée. C’est pourquoi, un des objectifs prioritaires du plan stratégique national de lutte contre le sida est la réduction du nombre d’enfants séropositifs à travers la réduction de la transmission verticale3. Selon la norme, la PTME doit être intégrée dans les structures de santé offrant des services de CPN recentrée4. Cependant elle ne couvre que 293 formations sanitaires offrant la CPN5. Le Ministère de la santé a élaboré un nouveau plan qui vise à faciliter de l’élimination de la transmission de l’infection du VIH de la mère à son enfant6.

Quant aux adolescents et jeunes, ils représentent un poids numérique considérable (55,1% de la population ont moins de 20 ans). Leur santé reproductive est sous l’influence de la précocité sexuelle (60% ont eu le premier rapport sexuel avant 18 ans), du mariage précoce (27% des femmes de 25 à 49 ans au moment de l’enquête étaient déjà en union avant d’atteindre l’âge de 15 ans)7. Du fait de leur immaturité physique et biologique, ils sont exposés davantage aux risques de maladies. Ils sont la principale cible des IST/VIH/sida, des grossesses non désirées, des avortements à risque, des violences physiques et sexuelles de toutes sortes. En outre, pour diverses raisons, ils adoptent souvent des comportements à risque (consommation de tabac, drogue, alcool, prostitution, violences basées sur le genre...).

La santé sexuelle et reproductive de cette population cible a été intégrée dans 44 structures de santé, et un total de 10 districts sanitaires sur les 38 (soit 26,31%) offrent des services de santé adaptés à leur besoins. Des centres ou clubs des jeunes ont été mis en place dans le cadre de la PF et la lutte contre le SIDA. La faible couverture géographique de ces structures, dont la majorité se trouve à Conakry, et la faible coordination des interventions ne permettent pas encore de produire les résultats escomptés. La prévalence contraceptive par les méthodes modernes est passée de 6% en 2005 à 8,7% en 2017.

Quant à la situation de VIH en Guinée, l’épidémie est de type généralisé8. Elle est de 1,7% au sein de la population générale avec des variations par région, par sexe, par âge et par groupe cible. Elle est plus élevée chez les femmes (2.1%) que chez les hommes (1.2%). De même, elle est plus élevée en milieu urbain (2.7%) qu’en milieu rural (1.2%). Il s’agit d’une épidémie concentrée parmi les groupes les plus exposés au risque en particulier les professionnelles de sexe (16,7%).

Les populations clés présentent des prévalences très élevées. Elles sont de 16.7% chez les Professionnelles du sexe et de 56% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

Aujourd’hui, la Guinée compte 94 sites de Prise en charge des adultes et des enfants, 152 CDV et 419 sites PTME. Beaucoup d’efforts ont été faits pour couvrir le niveau préfectoral en sites de Prise en Charge, aujourd’hui on compte 26 préfectures couvertes sur 339.

Malgré les progrès perceptibles, le rythme d’amélioration des indicateurs de la santé de reproduction et de VIH est insuffisant et leurs valeurs respectives restent encore nettement en-deçà des cibles visées, les objectifs de la FDR et de l’OMD-4 et 5 n’ont pu être atteints

Tenant compte de ces données épidémiologiques, il est clair que l’intégration des services de SMNIA et VIH est une nécessité.

L’importance des liens entre la Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR) et le VIH est maintenant largement reconnue. Les infections à VIH sont le plus souvent transmises par la voie sexuelle ou associées à la grossesse, à l’accouchement et à l’allaitement. Le risque de transmission et d’acquisition du VIH peut être accru en raison de la présence de certaines Infections Sexuellement Transmissibles (IST)10 et 11.

En outre, les mêmes causes profondes, notamment la pauvreté, l’accès limité aux informations adéquates, l’inégalité entre hommes et femmes, les normes culturelles et la marginalisation sociale des populations les plus vulnérables sont à l’origine d’affections en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH. La communauté internationale convient que les objectifs du millénaire pour le développement ne seront atteints que si l’on assure un accès aux services de SSR et mette en œuvre une riposte globale efficace contre l’épidémie à VIH.

On estime que l’intégration entre les services essentiels de VIH (prévention, traitement, soins et accompagnement) et les services essentiels de SSR (planification familiale, santé maternelle et néonatale, prévention et prise en charge des IST, infections de l’appareil reproducteur, promotion de la santé sexuelle, prévention et prise en charge de la violence basée sur le genre, prévention des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, et prestation de soins après-avortement) dans les programmes nationaux comportent d’importants avantages pour la santé publique. En outre, les perspectives sur cette intégration ont besoin de reposer sur une large assise en abordant non seulement le secteur de la santé et son incidence directe sur la santé, mais aussi les déterminants structuraux et sociaux qui ont un impact à la fois sur le VIH et la SSR. [Cf. OMS, UNFPA, ONUSIDA et IPPF (octobre 2005).

L’intégration de la SR et du VIH/Sida accroît l’accès des populations à une panoplie d’informations et de services influant sur les résultats de la lutte contre le VIH. Ceci est particulièrement important pour les femmes et les jeunes gens puisqu’on dénombre près de 60 % des cas d’infection de VIH en Afrique subsaharienne chez les femmes, tandis que les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent environ 45 % des cas de nouvelles infections de VIH dans le monde12. Cette intégration est indispensable pour optimiser les interventions et gérer au mieux les ressources disponibles.

C’est dans ce cadre qu’en 2014, une évaluation rapide des liens établis entre le VIH et la santé sexuelle et de la reproduction a été organisée en Guinée avec l’appui de l’UNFPA. Cette étude a abordé la question d’intégration de la SSR et le VIH. Les résultats de cette étude montrent qu’au niveau opérationnel il existe la disponibilité des services de SSR et VIH dans certains établissements sanitaires et la demande de ces services par un bon nombre de clients qui ont fait l’objet de l’étude. Aussi, l’étude montre que les clients interviewés souhaitent avoir les services de SSR et VIH dans la même structure sanitaire13.

Par contre cette étude ne montre pas

* si une ou des politiques relatives à l’intégration de SMNIA et VIH ont été adoptées en Guinée ou des stratégies nationales pour l’intégration de SMNIA et VIH ont été élaborées disséminées au niveau national et opérationnel ;
* l’étude ne montre pas si un mécanisme a été mis en place pour accompagner l’intégration de SMNIA et VIH.

Cette étude étant réalisée il y a plus de deux ans, il est possible que des changements se sont survenus tant sur le plan politique, stratégique qu’opérationnel ; que les services de SMNIA et VIH sont complètement intégrés. Il est aussi possible que la situation demeure un problème important et urgent.

Afin de mieux cerner au niveau national ce qui fonctionne bien actuellement et identifier les lacunes dans l'intégration de la Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et du VIH, une analyse de situation nationale est nécessaire. Cette étude est utile et pertinente pour réunir les informations permettant aux décideurs de prendre des actions pouvant accélérer l’intégration de SMNIA et VIH.

Les questions de recherche sont :

* Quel est le niveau d’intégration des services de SMNIA et VIH au niveau politique, stratégique et opérationnel ?
* Existe-t-il un progrès dans l’intégration SRMNIA et VIH ?
* Un mécanisme a-t-il été mis en place pour l’intégration de la SMNIA et VIH ?
* Quelles sont les lacunes et goulots d’étranglement de l’intégration des services de SMNIA et VIH ?
* Il y-a-t-il des opportunités pour des mesures novatrices ?

C’est dans ce cadre que l’Association Guinéenne pour le Bien Etre Familial (AGBEF), a bénéficié d’un financement de la Fédération Internationale pour la Planification familiale (IPPF) en collaboration avec le gouvernement Allemand pour une analyse de la situation sur l'intégration du VIH et de la Santé de la reproduction / Santé maternelle, néonatale et infantile et des Adolescents (SR/SMNIA) dans les programmes et services liés au VIH financés par le Fonds Mondial au niveau national. Ce financement se situe dans le cadre de l’appui au Ministère de la Santé pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile, infanto-juvénile.

# **Objectif**

## **Objectif général**

L’étude a pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension des progrès et des goulots d’étranglement/lacunes d’intégration des services de SR/SMNIA, IST et VIH à travers une analyse de la situation au niveau national.

## **Objectifs spécifiques**

1. Evaluer les progrès actuels accomplis au niveau du pays et au niveau communautaire en matière d’intégration des services SR/SMNIA, VIH et IST
2. Identifier les besoins, les gaps, les lacunes et les goulots d'étranglement y compris au niveau communautaire et les populations clés en matière d’intégration de la SRMNIA et VIH ;
3. Faire l’analyse des parties prenantes intervenant dans le domaine en SRMNIA et VIH
4. Evaluer la qualité, la disponibilité et l'efficacité des services intégrés SRMNIA et VIH existants offerts par les formations sanitaires ;
5. Faire une évaluation des besoins des communautés en matière d’intégration des services SR/SMNIA, IST et VIH
6. Développer un plan d’action opérationnel contenant des approches innovantes adressant les gaps et les goulots d’étranglement en matière d’intégration des SR/SMNIA, IST et VIH ;

# **Méthodologie**

La méthodologie de cette évaluation est inspirée de l’Outil d’évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH (Guide générique), préparé et publié par l’IPPF, l’UNFPA, l’OMS, l’ONUSIDA, GNP+, l’ICW et Young Positives en 2009. La démarche de cet outil associe collecte de données qualitatives et collecte de données quantitatives.

Le protocole a été discuté et validé par le comité d’évaluation lors d’une série de séances de réunion.

## **Type d’étude**

Il s’agit d’une étude transversale qualitative à visée évaluative au niveau central et au niveau des structures sanitaires et communautaire.

## **Populations clés de l’étude**

Les populations qui ont fait l’objet de l’étude sont :

* Au niveau national : les responsables de la Direction Nationale de la Santé Familiale, la Direction Nationale de la Prévention et Santé Communautaire, les Chefs de division Santé de la Reproduction et Nutrition, le Secrétaire Exécutif de SE/CNLS, les Coordonnateurs de programmes nationaux (PNPCSP, PNMSR, PCIMNE), les représentants des Bailleurs et partenaires de développement et Sociétés civiles impliquées dans la santé de la reproduction et VIH ;
* Au niveau régional : les Directeurs Régionaux de la Santé, les Directeurs généraux des hôpitaux régionaux et les chefs de services (les services de maternité, pédiatrie, PF, VIH, PTME) et la clinique AGBEF …) ;
* Au niveau préfectoral : les Directeurs Préfectoraux de la Santé, les Directeurs des hôpitaux préfectoraux et les chefs de services y compris les prestataires (les services de maternité, pédiatrie, PF, VIH, PTME) ;
* Au niveau sous préfectoral : les chefs de centres de santé et les prestataires chargés de CPN, PF, PTME, VIH, CPC
* Au niveau communautaire : les PVVIH, les professionnels de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes,  les jeunes filles et garçons, les femmes et les hommes.

## **Echantillonnage**

Cette étude étant qualitative à visé évaluative, le mode d’échantillonnage a été basé sur l’exhaustivité des parties prenantes et la représentativité des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Tenant compte du budget et de la représentativité, L’échantillonnage a tenu compte des 4 régions naturelles (voir la carte précédant le texte) qui ont quelques caractéristiques influençant plus ou moins sur la santé de la reproduction et le phénomène de VIH ; il s’agit de la présence des foyers de mine qui favorisent la surpopulation et promiscuité, la présence de nombreuses Organisations Non Gouvernementales (ONG) étrangères, l’existence (ou préexistence) des réfugiés etc. La capitale, ville cosmopolite, a été considérée comme une région spéciale. L’étude s’est déroulée dans 10 districts sanitaires sélectionnés.

**Sélection des Districts sanitaires**

Dans chaque région naturelle, 2 districts sanitaires ont été sélectionnés par région naturelle y compris la capitale ; soit 10 districts sanitaires (dont 8 préfectures et 2 communes de la capitale). Le choix des districts a été raisonné pour les districts sanitaires qui abritent le siège régional ; il s’agit de Kindia, Labé, Kankan et N’Zérékoré respectivement pour la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière. Les seconds autres districts sanitaires ont été sélectionnés au hasard dans leurs régions : il s’agit de Boffa (pour la Basse Guinée), Dalaba (pour la Moyenne Guinée), Dabola (pour la Haute Guinée) et Macenta (pour la Guinée Forestière). A Conakry, la capitale, sur les 5 districts sanitaires, 2 ont été également sélectionnés au hasard : Matam et Ratoma. Voir à l’annexe le tableau 1.

**Sélection des structures sanitaires :**

Pour, chaque district sanitaire, 4 structures sanitaires ont fait l’objet de l’enquête, soit 35 structures sanitaires. Ces 4 structures sont : 1 hôpital, 2 centres de santés publics (dont un urbain et un rural). A ces structures publiques s’ajoute une structure sanitaire privée ou confessionnelle, choisie par région naturelle. A noter que les cliniques de l’AGBEF dans les 4 régions, ont l’objet de l’évaluation.

A Conakry, pour chacun des districts sanitaires (Direction Communale de la Santé) sélectionnés, un Centre Médical Communal (CMC), 2 centres de santé et une structure sanitaire privée ou confessionnelle, ont été évalués. La clinique de Fraternité Médicale de Guinée (FMG) basée à Conakry a également été évaluée, Voir à l’annexe le tableau 1.

**Sélection des clients : Nombre de clients**

La sélection des clients a été faite au fur et á mesure qu’ils ont fréquenté les services concernés dans les structures sanitaires sélectionnées c’est á dire les premiers clients venus. Au total 373 clients ont été interviewés. Voir à l’annexe le tableau 2 relatif au nombre de clients par structure.

**Sélection et nombre de prestataires** : le nombre de prestataires à interviewer a été fonction du nombre de services possibles dans une structure sanitaire, ainsi 170 prestataires ont été interviewés (voir à l’annexe le tableau 3 : nombre de prestataires interviewés).

**Parties prenantes ou leaders à interviewer**

Une partie prenante est tout individu, groupe ou organisation qui a un intérêt direct ou indirect ou une préoccupation touchant sur la prestation de services de santé maternelle, néonatale, infantile, santé des adolescents/jeunes et en matière de lutte contre le VIH. Une partie prenante peut être un individu c’est-à-dire un CHAMPION.

**CHAMPION est un vocabulaire du jargon de l’IPPF accordé à toute personne qui se sacrifie, partage les valeurs, aide les autres et contribue avec amour à la promotion de bonnes pratiques dans un domaine précis pour lequel elle a une grande passion**

Au total 58 leaders, responsables directs des structures de l’Etat et des partenaires de développement intervenant dans les domaines de SRMNIA et VIH, ont été interviewés. Parmi ces leaders 5 étaient Directeurs régionaux de la Santé (DRS) et 10 Directeurs de districts sanitaires (DPS).

**Focus groupe au niveau communautaire.**

Pour une commodité, 12 discussions de groupe focalisé ont été organisées dans le pays dont 4 à Conakry et 8 dans les 4 régions naturelles (soit 2 par région). Tenant compte du sujet, nous avons privilégié les femmes et les jeunes dans les 4 régions naturelles (1 focus pour les jeunes et 1 focus pour les femmes). A Conakry, les quatre ont été réalisés uniquement avec les populations clés dont un focus pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), deux focus pour les professionnels de sexe (PS) et un focus pour les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH).

## **Collecte des données**

* + 1. **Formation des enquêteurs**

Huit enquêteurs ont été recrutés à Conakry et une formation (en tronc commun) de 2 jours, a été organisée à leur intention sur la méthodologie d’enquête et le remplissage des outils.

Cette formation a été axée essentiellement sur les éléments suivants :

* Notion générale sur l’enquête quantitative et qualitative
* Manuel de l’enquêteur (rôle, devoirs et responsabilité des enquêteurs et des superviseurs)
* Compréhension du questionnaire et des Guides
* Notion sur l’intégration VIH et SR
* Standardisation de l’administration du questionnaire (Jeux de rôle)
* Pré-test du questionnaire.

Les 8 enquêteurs ont été répartis en 2 équipes dont :

* Une équipe unique pour la ville de Conakry et la Basse Guinée. Cette équipe a été chargée de la collecte dans les 6 structures sanitaires de Conakry, les 6 structures sanitaires de la Basse Guinée, l’entretien des responsables leaders, et le focus avec les PS, les HSH et les PVVIH pour une durée de 20 jours ;



* La 2ième équipe pour les trois régions (Moyenne Guinée, Haute Guinée et Guinée Forestière). Cette équipe a été responsable de la collecte des données dans les 18 structures sanitaires et les focus groups au niveau communautaires. La collecte a duré également de 20 jours.
  + 1. **Méthodes de collectes**

Conformément aux objectifs spécifiques de l’évaluation, la collecte des données a consisté à :

* ***La recherche documentaire***

La recherche documentaire a consisté à l’exploitation des documents de base du projet, des documents normatifs sur la SR/SMNIA et VIH (les plans nationaux stratégiques, les normes et procédures, la politique nationale de santé, etc), certains documents nationaux et juridiques (le plan national de développement sanitaire, le document stratégique de réduction de la pauvreté), les rapports des institutions impliquées dans ce domaine ainsi que toutes autres informations utiles. Les rapports d’autres pays portant sur le même sujet ou similaire (Côte d’Ivoire et Mali) ont été également exploités. Au total 15 documents, dont la liste est disponible en annexe de ce rapport, ont été exploités dans le cadre de cette revue.

* ***Interviews individuelles***

Photo d’interview d’un prestataire CPN CS Ley Sarè



Photo d’interview du Directeur de l’hôpital Dalaba



Les interviews individuelles structurées ont consisté à l’utilisation d’un questionnaire quantitatif pour recueillir des données auprès des prestataires impliqués dans les services de VIH et SR/SMNIA. Tandis que les interviews non structurées ont ciblé les leaders. Voir à l’annexe, la liste des leaders qui ont été interviewés.

* ***Les focus group***

Les focus group ont été réalisés auprès des populations clés et au niveau des bénéficiaires pour comprendre leurs préoccupations, leurs motivations, leurs perceptions par rapport à l’intégration des services VIH et SR afin d’identifier les lacunes et les problèmes y compris les suggestions.

Photo Focus group Femmes de Nyalenzou



Photo Focus group jeunes de Karifamorya/Kankan



* ***Les observations***

Le but des observations de terrain était d’aller plus loin que les déclarations des individus. Elles ont consisté à observer les acteurs et leurs environnements ; comprendre certain phénomène social afin de toucher du doigt les réalités auxquelles l’intégration est confrontée.

* + 1. **Outils de collecte**

En fonction des techniques de collecte, trois outils ont servi de supports pour la collecte des données, il s’agit :

* Un questionnaire  élaboré et harmonisé avec les autres pays qui mènent la même étude (Togo, Cameroun, Malawi). Ce questionnaire a été adapté au contexte guinéen et validé par l’équipe de pilotage de l’étude. Ce questionnaire a été le support des interviews individuelles.
* Une grille élaborée pour les observations ;
* Un guide pour les interviews non structurées ;
* Un plan d’animation conçu pour les focus groups pour le niveau communautaire.

Photo d’interview de la chargée de CPN au centre de santé de Mambi



Photo de l’équipe de collecte en Basse Guinée



* + 1. **Le chronogramme de l’étude**

Tableau 5 : chronogramme des activités

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | **Activités** | **S1** | **S2** | **S3** | **S4** | **S5** | **S6** | **S7** | **S8** | **S9** | **S10** |
| 01 | Préparation technique et administratives de l’étude | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | Revue et analyse documentaire | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  |
| 03 | Elaboration d’une méthodologie détaillée |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 04 | Cartographie des parties prenantes |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |
| 05 | Révision des outils de collecte |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |
| 06 | Recrutement et formation des enquêteurs |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |
| 07 | Collecte des données et pré-analyse |  |  | X | X | X | X |  |  |  |  |
| 08 | Elaboration du masque de saisie |  |  |  |  |  | X | X |  |  |  |
| 09 | Saisie et apurement des données |  |  |  |  |  |  | X | X |  |  |
| 10 | Traitement et Analyse des données |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |
| 11 | Rédaction du rapport provisoire de l’Evaluation |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |

## **Analyse des données**

* l’interview individuelle structurée. Les données ont été saisies et analysées à travers le logiciel SPSS (le masque et la saisie des données collectées) et, Excel 2007 (pour les tableaux et graphiques).
* L’analyse qualitative : celle-ci a concerné les focus groupes et les interviews individuelles semi structurées des leaders d’opinion. Cette analyse a commencé dès le début de l’enquête ; les données ont été recueillies jusqu’à la saturation des idées. Ce qui a permis d’atteindre le nombre de focus qui a été réalisé. Les idées maitresses issues des focus groups, ont été groupées, catégorisées puis interprétées suivies d’une analyse de contenu.

## **Contraintes et difficultés**

L’évaluation n’a enregistré aucune contrainte. Par contre, nous avons observé quelques difficultés qui sont :

* Le retard d’harmonisation des outils au niveau de l’IPPF : ce retard a aussi retardé le démarrage de l’étude.
* La fermeture des banques liée à une grève des travailleurs de ces institutions financières : cette fermeture a retardé la collecte des données par faute de disponibilité des ressources financières pour les agents enquêteurs
* Interférences des activités : la campagne nationale de vaccination a mobilisé tous les responsables et agents de santé y compris les partenaires. Cela a rendu difficile la collecte des données à temps.

## **Considération éthique**

* Le protocole d’étude a été soumis au comité d’éthique national de la Guinée pour une approbation. Pour les entrevues des agents de santé, un consentement verbal a été obtenu. Il n’y a pas eu de risques pour les participants de cette étude.
* Toutes les données ont été analysées de façon anonyme et, la confidentialité a été assurée pour le traitement de celles-ci.

## **Limite de l’étude**

Il est important de noter que dans notre étude, le volet évaluation des établissements sanitaires a porté sur 35 structures et 373 clients vus lors de l’enquête. L’analyse de ce volet a été centrée sur la documentation des cas d’offre de services intégrés SRMNIA/VIH et non pas pour évaluer le niveau d’intégration des prestations. Ainsi, ces résultats ne sauraient refléter la pratique d’intégration sur toute l’étendue du territoire national.

# **Résultat**

## **Evaluation nationale des progrès relatifs à l’intégration de SRMNIA et VIH**

### **Progrès au niveau politique**

* + - 1. **Politique d’ordre général**

La Constitution guinéenne reconnaît la santé comme un droit fondamental en son article 15 qui stipule que: ***«Chacun a droit à la santé et au bien-être physique. L'Etat a le devoir de les promouvoir, de lutter contre les épidémies et les fléaux sociaux»*14.**

La République de Guinée a adopté une Politique nationale de santé qui repose sur les engagements du gouvernement de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé au plan mondial, régional et national.

**Au niveau mondial :**

* La Déclaration universelle des droits de l’Homme,
* La Charte africaine des droits de l’Homme et des Peuples,
* La Convention relative aux droits de l’enfant,
* La Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes,
* La plate-forme de Beijing,
* La Déclaration du Millénaire pour le Développement en 2005,
* Le Règlement Sanitaire International (2005),
* La Déclaration de Paris et de Rome sur l’efficacité de l’aide publique au développement,
* La Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé en 2011,
* La convention relative aux droits des personnes handicapées ratifiée en mars 2011;
* Le Partenariat International pour la Sante (IHP+) en 2007,
* Le programme d’action d’Istanbul en faveur des pays les moins avancés, Istanbul, Turquie, mai 2011.

**Au niveau régional :**

* La Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique,
* La Politique de la Santé pour Tous dans la région Africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020, AFR/RC50/8 Rév.1 ;
* La Déclaration des Chefs d’Etat de l’Union Africaine à Abuja relative à l’allocation au secteur de la santé à hauteur de 15% au moins du budget de l’Etat,
* La Déclaration des Chefs d’Etat de l’UA sur «la santé, base du développement» et sur le SIDA,
* La Déclaration d’Addis-Abeba sur la santé communautaire dans la Région Africaine en 2006, Le Programme d’action d’Accra sur l’efficacité de l’aide au développement, 2008 ;
* L’Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA), 2006,
* La Déclaration du forum mondial de Bamako sur la recherche et le développement,
* La déclaration d’Alger sur la recherche en santé,
* La Déclaration de Libreville sur la santé et l’environnement en Afrique,
* L’Initiative Africaine pour l’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), Addis-Abeba, Ethiopie, mai 2009 ;
* L’Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies sur la redevabilité en matière de santé de la mère et de l’enfant (2010) ;
* Les engagements de partenariat de Ouagadougou en 2011 ;
* La Déclaration de Tunis sur le Financement de la santé et Couverture Sanitaire Universelle (2012).

**Au plan national :**

Le pays a adopté une série de textes et politiques traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations et qui sont, entre autres :

* Le Code de santé publique
* le Code des collectivités locales,
* le Code de l’environnement.

Aussi la Guinée a élaboré des stratégies nationales pour améliorer le bien-être ; il s’agit :

* **Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté**

Dans cette Stratégie de Réduction de la Pauvreté, la Guinée se propose d’améliorer l’état de santé de la population par la réduction des taux de mortalité brute, la mortalité maternelle et infanto juvénile et la réduction de l’incidence des maladies transmissibles. Ce document de politique met un accent particulier sur des axes stratégiques portant sur : a) le renforcement de la prévention et de la lutte contre les maladies prioritaires, b) l’amélioration de l’accès des pauvres aux services de santé essentiels, c) le renforcement de la capacité institutionnelle et de gestion, d) l’amélioration de la qualité des services15.

* **Le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024 (PNDS)**

Ce PNDS dont l’objectif général est d’améliorer l’état de santé de la population guinéenne, est bâti autour de trois objectifs stratégiques : (i) Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d’urgences ; (ii) Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie ; (iii) Améliorer la performance du système national de santé16.

Cette nouvelle vision sectorielle est matérialisée par trois orientations stratégiques et six sous stratégies qui sont déclinées en stratégies d’intervention dans le présent PNDS.

* Orientation stratégique 1 : *Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d’urgence*
* Orientation stratégique 2 : *Promotion de la santé de la mère, de l’enfant, de l’adolescent et des personnes âgées*
* Orientation stratégique 3 : *Renforcement du système national de santé* 
  + *Sous-orientation stratégique 3.1 : Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire*
  + *Sous-orientation stratégique 3.2****:*** *Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé*
  + *Sous-orientation stratégique 3.3 :**Développement des ressources humaines de qualité*
  + *Sous-orientation stratégique 3.4 :**Amélioration de l’accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité*
  + *Sous-orientation stratégique 3.5 :**Développement du système d’information sanitaire et de la recherche en santé*
  + *Sous-orientation stratégique 3.6 :**Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire*

Ce PNDS, qui est le résultat d’un processus inclusif, ascendant et consensuel de l’ensemble des parties impliquées dans la santé, repose essentiellement sur les trois objectifs stratégiques de la Politique nationale de santé à savoir :

* Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d’urgences,
* Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie,
* Améliorer la performance du système national de santé

Le secteur est règlementé par des lois en faveur de la santé, en particulier pour des populations vulnérables (femmes et enfants). Il s’agit de :

* La loi L010/AN/2000 portant sur la SR donne le droit à l’accès aux services SR/PF ; dans cette loi, 2 types d’avortements sont autorisés (avortement médical et grossesse incestueuse) ;
* Loi L/010/AN 2000 du 10 juillet 2000 portant santé de la reproduction donne aux femmes le droit d’accès à la planification familiale ;
* La loi et les textes interdisant les Mutilations Génitales Féminines (MGF);
* Le code de la famille interdisant toutes les formes de violences (domestiques, conjugales, sexuelles…) non adopté ;
* Le projet de loi sur l’âge du mariage pour réduire les mariages précoces ;
* La loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2011 adoptant et promulguant la loi relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA.

Toutefois, la majorité de ces lois souffrent de leur mise en œuvre liée à l’absence de textes d’application.

* + - 1. **Domaine santé de reproduction**
* **Politique nationale de santé de la reproduction**

La Guinée dispose d’une politique nationale de santé de la reproduction. Son objectif général est de contribuer à l’amélioration de la qualité de vie et de l’état de santé des populations à travers le développement des services de SR accessibles et de bonne qualité. La politique est essentiellement basée sur la SSR. Par ailleurs, les éléments du VIH sont indiqués dans trois sections du document. Il s’agit de l’analyse du contexte national en matière de santé de la reproduction, de l’analyse des difficultés et de l’analyse de l’offre des services de SR. Dans cette troisième section, la politique nationale SR évoque l’offre des services intégrés de la CPN, de la CPC, des accouchements assistés, de la consultation post natale, de la vaccination, de la planification familiale et de la prise en charge des IST/sida dans les formations sanitaires.

En outre, la politique nationale SR ne fait pas mention des aspects du CDV au sein de la PF, du traitement du VIH pour les PVVIH, de la PTME au sein des services de santé maternelle dans le cadre de la prévention, du traitement et de l’accompagnement du VIH. Néanmoins, elle fait allusion à la CCC dans la SSR et à la dimension genre en SR. Au sein de cette politique de SR, les aspects du VIH ne sont pas mentionnés en termes de priorités programmatiques ou financières.

* **Plan stratégique national de la santé maternelle, du nouveau-né, de l’enfant, de l’adolescent et des jeunes (SRMNIA) 2016-2020**

Ce plan, dans son élaboration, exécution, suivi et évaluation, est aligné sur le PNDS 2015- 2024 et le Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé 2015-2017, qui accordent une place importante à la SRMNIA. En droite ligne de l’Objectif de Développement Durable 3 (ODD3) visant à “donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges”, il est conçu pour accélérer la mise en œuvre des interventions de promotion, de prévention et de PEC de la SRMNIA et de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Ce plan stratégique a prévu sur les 30 objectifs spécifiques 6 objectifs sur le VIH, il s’agit :

* Augmenter la couverture géographique de la PTME de 297 à 875
* Réduire de 95% le taux de transmission de l’infection à VIH de la mère à son enfant
* Réduire d’au moins 50% les décès maternels et infantiles liés au VIH/SIDA
* Accroitre le taux de dépistage du VIH chez les femmes reçues en CPN de 59 à 80%
* Améliorer le pourcentage des femmes enceintes séropositives mises sous ARV de 87 à 95%
* Mettre 100% des enfants nés de mères séropositives sous prophylaxie ARV

Dans ce document, la Stratégie 1 : Renforcement de la coordination, du partenariat, pour la SRMNIA mentionne :

* le Renforcement de la coordination avec toutes les parties prenantes à tous les niveaux (central, régional, préfectoral et communautaire) avec obligation de redevabilité
* Mise en place d’une plateforme de concertation pour une meilleure collaboration entre les structures du MS impliquées (DNSFN, DPM, DNEHS, DNPSC, PNPCSP, PNLP, PEV)
* Renforcement du cadre institutionnel de la SRMNIA
* Harmonisation des outils de gestion des programmes SRMNIA selon les directives nationales
* **Plan stratégique en santé et développement des adolescents et des jeunes en Guinée 2015-2019 (PSDAJ)**

Ce plan stratégique 2015-2019 fait suite à celui de 2008-2012, Son but est de contribuer à l’amélioration de l’état de santé et du développement de l’adolescent et du jeune pour un épanouissement physique, mental et social. Il décrit dans plusieurs des chapitres (Contexte et justification, les principaux déterminants de la santé des adolescents et jeunes et l’analyse stratégique), les relations entre la survenue des infections IST/VIH et les problèmes des adolescents et jeunes notamment les avortements, les sexualités et mariages précoces, les grossesses non désirées, les mutilations génitales, les fistules vésico-vaginales.

Le PSDAJ comprend quatre axes (4) stratégiques dont deux des domaines qui traitent le VIH, il s’agit de :

* AXE STRATEGIQUE 1 : Amélioration de l’accès des adolescents(e)s et des jeunes à des services adaptés à leurs besoins du point de vue santé, éducation, emploi et information.
  + Domaines d'intervention 1: Intégration du paquet de services de santé adapté aux adolescent(e)s et aux jeunes dans les structures publiques et privées.
  + Domaine d'intervention 3: Accroissement de l’utilisation des services de santé adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes
* AXE STRATEGIQUE 2 : Promotion de l’adoption de comportements responsables chez les adolescents (e)s et les jeunes.
  + Domaines d'intervention 1: Accroître le niveau de connaissances des adolescent(e)s et des jeunes sur les problèmes de santé et les services disponibles y compris leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive.
  + Domaine d'intervention 2 : Renforcer la participation communautaire pour la prise en charge des besoins liés à la santé et l’éducation, l'information, l'emploi des adolescent(e)s et des jeunes.
* **Plan d’action national de repositionnement de la planification familiale en Guinée 2014- 2018**

Le plan national de repositionnement de la PF a pour objectif de contribuer à l’amélioration de la prévalence contraceptive en Guinée. Il présente six défis majeurs de diagnostic au sujet de l’offre des services PF pour lesquels, six stratégies et des activités ont été développées. Cinq stratégies traitent la santé de reproduction avec une activité de la première stratégie liée au VIH ; la sixième stratégie traite l’intégration de la PF et VIH17. Ces stratégies sont :

* Stratégie O1 : Amélioration de l'accès en intégrant la PF dans les services SR (soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, etc.)
  + Activité O1.1 : Intégration de la PF dans le paquet des services SR (soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, etc.) des formations sanitaires publiques et privées offrant déjà la PF
* Stratégie O2 : Renforcement du programme de formation et de l’équipement des formations sanitaires (FS)
* Stratégie O3 : Amélioration des services PF aux jeunes et adolescents
  + Activité O3.3 : Promotion de services intégrés de PF, de lutte contre le sida, le paludisme, la tuberculose et de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes dans les centres d’écoute et conseil en collaboration avec le ministère chargé de la jeunesse
* Stratégie O4 : Sécurisation des produits contraceptifs
* Stratégie O5 : Augmentation de l’offre de services PF par les OSC et le secteur privé
* Stratégie O6 : Offre de services PF aux PVVIH et autres populations
  + Activité O6.1 : Extension de l’offre des services PF de qualité dans les centres offrant des services aux PVVIH et autres populations clés.
    - 1. **Domaine lutte contre le VIH**
* **Cadre stratégique national de lutte contre le VIH 2013-2017**

Les aspects de la SR pris en compte dans le cadre stratégique national de lutte contre le VIH 2013-2017 portent sur la prévention et la prise en charge des IST, sur la santé néonatale (la prise en charge du sida pédiatrique) et sur la santé maternelle (la prise en charge des femmes enceintes sous ARV). Ces aspects sont mentionnés en termes de priorités programmatique et financière dans ledit document.

Dans le cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le plan d’élimination de la transmission du VIH de la mère à l’enfant est mentionné au titre de priorité du gouvernement et de ses partenaires. Cela s’explique par la part du budget de la PTME dans le cadre stratégique national, par l’importance du phénomène (c'est-à-dire la contribution de la TME dans la contamination des enfants), et par la faisabilité technique de la PTME dans la réduction des nouvelles infections pédiatriques.

Des études sont aussi réalisées pour comprendre le phénomène du VIH au sein de ces populations dans le cadre du suivi comportementale et biologique. Par contre, le cadre stratégique n’adresse aucune intervention spécifique en direction des migrants et des populations déplacées.

Le pays ne dispose pas de lois spécifiques en rapport avec les PS, les CDI, les HSH. Par contre, en ce qui concerne la protection des PVVIH, il existe l’ordonnance 056 contre la discrimination et la stigmatisation et qui criminalise la transmission du VIH. Dans le cadre de l’application de cette ordonnance, des acteurs de la lutte contre le VIH ont organisé des séries de formations en direction du personnel de la justice et de la police. Ces formations ont permis aux bénéficiaires d’avoir une meilleure compréhension du contenu et du mécanisme d’application de cette ordonnance. Par contre, le personnel de la gendarmerie n’a pas été formé. Il faut noter l’absence d’études permettant de mesurer l’effet de l’application de cette loi sur la transmission du VIH. La revue documentaire et la synthèse des groupes de discussions n’indiquent pas de poursuites judiciaires menées par des PVVIH contre des employeurs ou des collègues, des communautés ou des services basées sur la discrimination en raison du statut sérologique.

Le plan opérationnel VIH envisage quelques activités explicites visant à améliorer l’accès, la couverture et la qualité des services de SSR en direction des cibles du programme. Ces activités portent principalement sur la prise en charge des IST en direction des PS, des HSH, des PVVIH, sur l’offre des méthodes contraceptives et sur la PTME en direction des femmes enceintes. Il faut noter que les autres composantes de la SR ne sont nullement mentionnées dans les plans opérationnels du VIH en direction de la population générale ou des populations clés. Selon les participants aux groupes de discussions, certains aspects du VIH sont susceptibles d’être sources de conflits ou d’opinions contradictoires. Ce sont :

* la criminalisation de la transmission volontaire ;
* la révélation de l’état sérologique relativement au VIH ;
* les droits des PVVIH à avoir une activité sexuelle et d’avoir des enfants ;
* les tests de dépistage obligatoires contre tests de dépistage volontaires ou effectués sur proposition du médecin.
* **Plan National de Passage à l’Echelle de la Prise en charge du VIH/sida en Guinée 2015-2017**

Ce plan de national de passage à l’échelle est plus centré sur le VIH18. Il tient compte des objectifs ambitieux de l'ONUSIDA 90 90 90 et des nouvelles recommandations de l'OMS 2013 ; il a pour objectif général de mettre sous traitement au moins 90% des personnes vivant avec le VIH diagnostiquées et éligibles au traitement ARV d’ici 2017 ; il comporte 4 objectifs spécifiques :

* Accroître la connaissance du statut sérologique chez les personnes vivant avec le VIH de 45%à 70% ;
* Mettre sous traitement au moins 90% des personnes vivant avec le VIH diagnostiquées et éligibles au traitement ARV ;
* Accroître la rétention dans les files actives à plus de 12 mois des personnes sous traitement ARV ;
* Améliorer le suivi biologique sous ARV d’au moins 70% des patients.

Pour chacun de ces objectifs, des stratégies majeures sont définies ainsi que des interventions prioritaires :

* Renforcement du plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources ;
* Renforcement de la coordination de tous les intervenants ;
* Renforcement de l’assurance qualité ;
* Renforcement des capacités ;
* Amélioration de la qualité de l’offre de services ;
* Renforcement de la participation communautaire, de la mobilisation sociale pour l’utilisation accrue des services PEC ;
* Recherche opérationnelle ;
* Renforcement du suivi et évaluation ;
* **Normes et protocoles de prise en charge de l’infection par le VIH chez l’adulte et l’enfant en GUINEE 2015**

La prise en charge des personnes séropositives s’effectue dans un cadre légal, défini par l’Ordonnance N° 56/2009/PRG/SGG du 29 Octobre 2009, relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en République de Guinée. Cette prise en charge du VIH/sida obéit à des principes directeurs basés sur des recommandations consensuelles qui peuvent être réunies dans un document.

C’est pourquoi un guide unique appelé « Normes protocole de prise en charge de l’infection par le VIH de l’adulte et de l’enfant en Guinée », a été élaboré.

L’objectif général est de Garantir l’accès aux soins à toute personne infectée par le VIH en Guinée lorsque son état clinique et/ou biologique le nécessite, sur la base des critères définis au niveau national et international. Ces objectifs spécifiques sont :

* Étendre l’accès aux soins, spécifiquement aux traitements des infections sexuellement transmissibles, des Infections Opportunistes et à la thérapie antirétrovirale à toutes les régions de la Guinée ;
* Standardiser et simplifier les stratégies thérapeutiques antirétrovirales pour permettre leur mise en œuvre dans les structures de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
* Assurer des soins de qualité reposant sur une bonne dispensation des médicaments (antirétroviraux, anti IST et anti IO), la continuité du suivi clinique et biologique, l’éducation thérapeutique des patients et la formation continue du personnel ;
* Garantir sur toute l’étendue du territoire national la continuité des soins, à travers la disponibilité des médicaments (anti IST, anti I.O, antirétroviraux), des réactifs, des consommables et les outils de gestion dans le cadre de la pérennisation des interventions ;
* Garantir l’implication du secteur communautaire (Réseaux, ONG, associations de personnes vivant avec le VIH et autres associations, collectivités décentralisées, établissements de santé privés et entreprises) dans la mise en œuvre et le suivi du processus de soins ;
* Organiser le suivi et l’évaluation régulière des données cliniques, biologiques, thérapeutiques et comportementales ;
* Assurer la prise en charge psychosociale, nutritionnelle et alimentaire des PVVIH et des OEV ;
* Favoriser le développement des projets de recherche opérationnelle ;
* Évaluer périodiquement le programme de mise en œuvre de la politique et des protocoles de prise en charge.

Ces normes et protocole décrivent la prise en charge de l’infection VIH et mentionnent celui des enfants de 0 à 5 ans. Ce document précise que les normes doivent se rapporter au plan stratégique PCIME qui précise que les enfants de cet âge soient pris en charge au niveau I de la pyramide sanitaire. Toutefois cette cible pourrait bénéficier de la prise en charge au niveau II et III de la pyramide si les services existent.

* **Plan d’Accélération de la Prise en charge Pédiatrique du VIH en Guinée 2017-2020**

La prise en charge pédiatrique du VIH reste un défi pour le Ministère de la Santé et le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH. Des analyses conduites en 2015 par la Chaire de Pédiatrie de l’Université Gamal Abel Nasser montrent qu’il existe encore de nombreux goulots qui entravent la prise en charge optimale des enfants exposés au VIH19.

Un Plan d’Accélération de la Prise en Charge Pédiatrique du VIH d’ici à 2020 a été élaboré ; il vise l’atteinte des objectifs mondiaux des trois 90-90-90 adoptés depuis 2014 sous l’orientation de l’ONUSIDA. Le but du plan est de contribuer à l’amélioration de la santé des enfants de 0-15 ans en Guinée. L’objectif général est d’accélérer l’élimination du sida pédiatrique. Ces objectifs spécifiques sont :

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

Ce document est centré sur la survie de l’enfant en relation avec le VIH/sida ; il mentionne dans son paragraphe PTME, la nécessité de l’intégration de la SMNI et VIH comme une meilleure approche pour l’accessibilité des enfants aux services.

* **Plan National Stratégique pour l’Elimination de la Transmission Mère Enfant du VIH 2015-2017**

Ce Plan é-TME fait suite à celui de 2012-2015. Il est mentionné dans tous les paragraphes de l’introduction jusqu’aux activités, que ce plan stratégique est une intégration de la santé maternelle, infantile et VIH (SMNI/VIH) ; il prend en compte les aspects de la santé de reproduction et le VIH.

Le but principal de ce Plan é-TME est de contribuer à l’amélioration de la survie maternelle et infantile à travers l’élimination de nouvelles infections à VIH chez les enfants tout en gardant les mères en vie.

Pour ce faire, il poursuit l’atteinte de deux objectifs généraux, à savoir :

* Réduire de 90% le taux de transmission de l’infection à VIH de la mère à son enfant d’ici fin 2017
* Réduire d’au moins de 50% les décès maternels et infantiles lié au VIH, sida d’ici fin 2017
* Accroitre de 262 (19%) à 875(63%) le nombre de sites intégrés de SMNI/PTME d’ici fin 2017

Les stratégies sont :

1. Accélération de mise à l’échelle rapide des services intégrés SMNI/PTME

La stratégie pour intégrer la PTME dans les services de SMNI tout en assurant la qualité repose sur la démarche ci-dessous :

* + Formation des Equipes cadre de districts et de régions sur la gestion des programmes SMNI/PTME et sur le Monitorage décentralisé basé sur l’analyse des goulots d’étranglements de la plateforme SMNI/PTME
  + Elaboration de micros plans décentralisés et budgétisé de DPS sur l’é-TME;
  + Formation d’au moins deux (2) formateurs/superviseurs en SMNI/PTME par niveau (central, 8 régions, 38 DPS/DCS)
  + Formation d’au moins deux (2) prestataires par CS et un (1) par poste de santé (PS)
  + Suivi post formation dans un délai maximum de 3 mois après la formation
  + Repositionnement des intrants et médicaments, outils de gestion SMNI/PTME dans les sites identifiés au moins une semaine avant le début de la formation des prestataires.
  + Mise en place et appui aux réunions périodiques du groupe thématique SMNI/PTME du niveau central, régional et préfectoral ; et appui à leur fonctionnement
  + Mise en place de médiatrices et ou groupes de soutien aux femmes enceintes VIH+ et familles par site PTME
  + Appui à la réalisation des activités de monitorage décentralisé des interventions de la plateforme SMNI/PTME conformément aux micros plans élaborés.

1. Stratégies d’implication des communautés. Cela passe d’abord par la définition d’une stratégie de mobilisation communautaire en SMNI/PTME qu’il faudra intégrer dans le document de draft de stratégie de la santé communautaire.
2. Renforcement des compétences des prestataires. Le renforcement des compétences passe par la révision et/ou le développement de modules intégrés de formation en CPN/PTME/DBS, en PF et CDIP et l’élaboration de grandes affiches pour les salles de consultation portant sur les techniques de prélèvement DBS, sur le nouveau protocole ARV en PTME et le calendrier de suivi de l’enfant exposé. Il y a aussi la réorganisation des services pour renforcer la qualité des consultations postnatales, le dépistage du VIH dans les services prenant en charge les enfants (vaccination, centre de récupération nutritionnelle et pédiatrique..)
3. Renforcement de l’implication du secteur privé
4. Approches innovatrices équité-sensibles pour accroitre l’accès, l’utilisation, l’efficacité des services
5. Renforcement du leadership et la coordination intégrée des programmes de SMNI/PTME
6. Renforcement du système de santé de district

* **Document des Normes et Procédures en Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH**

Ce document intègre les questions de santé de reproduction et de VIH. Sur les 11 objectifs spécifiques définis, neuf sont en relation avec la santé de la mère, de l’enfant et aussi du couple. Il s’agit :

1. Offrir les services de conseils et dépistage pour la PTME à 85% des femmes enceintes attendues en consultation prénatale au niveau national d’ici 2017
2. Réduire la prévalence des besoins non satisfaits en planification familiale chez les femmes en âge de procréer y compris les femmes séropositives au VIH de 21% à 0% d’ici la fin de 2017.

Schéma 1 : Progrès réalisé dans le domaine de SRMNIA et SR au niveau national

1. Assurer la prise en charge médicale aux antirétroviraux à au moins 85 % des mères séropositives et à leurs nourrissons infectés en besoin
2. Assurer la prise en charge prophylactique à **90%** des femmes enceintes infectées par le VIH et leurs nouveaux nés
3. Assurer la prise en charge globale au moins **à 90 %** des mères séropositives et leurs nourrissons infectés
4. Assurer le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses chez les 90% des femmes séropositives
5. Assurer le dépistage chez 50% des conjoints des femmes dépistées séropositives
6. Fournir le traitement ARV **à 90%** des enfants éligibles
7. Renforcer la planification, la gestion, la coordination et le suivi-évaluation des interventions mises en œuvre dans le cadre du plan d’élimination de la transmission de l’infection au VIH de la mère à l’enfant.

Conformément aux objectifs, huit stratégies ont été définies et les interventions qui en découlent concernent les CDV, CDIS et CPN.

**NB : il est très important de souligner que la majorité de ces documents ne sont disséminés et non disponibles au niveau des acteurs même au niveau central (bon nombre de chefs de section des Division, des chargés, des responsables au niveau des programmes, des DPS, des médecins et des sages-femmes ne disposent pas les documents normatifs). Ces documents semblent être personnalisés au niveau de certains responsables.**

### **Au niveau du système de santé**

Les entretiens avec les champions ou leaders professionnels, les discussions de groupes et les interview avec les responsables des structures publiques et privées, les Institutions et aussi la revue documentaire, nous ont permis de comprendre comment le système dans son organisation facilite l’intégration des services SRMNIA et VIH. Cette analyse du système concerne la planification, la gestion et l’administration des services les ressources humaines et le renforcement des capacités, la logistique et l’approvisionnement des structures y compris le suivi et l’évaluation.

* + - 1. **Planification, gestion et administration des services**

Les documents stratégiques, les normes et procédures de chacun des programmes sont élaborés séparément avec des objectifs bien définis et mis à jour régulièrement. Les outils de gestion sont aussi développés différemment. Certains de ces documents actuels comportent des aspects d’intégration de SRMNIA et VIH. Cependant, les cadres de SRMNIA n’ont pas participé à l’élaboration de plusieurs documents stratégiques de VIH ; les cadres du programme VIH n’ont pas aussi pris part à certains ateliers d’élaboration de documents stratégiques de SRMNIA. Le contenu des différents documents normatifs ne sont pas bien maitrisés par les uns des autres. Si la PTME est l’activité phare de l’élimination du VIH, elle ne peut pas réussir sans la CPN. Aussi, la réduction de la mortalité maternelle et infantile est étroitement liée à la prise en charge effective des femmes vivantes avec le VIH et la prise en charge des enfants souffrant de VIH.

Il y a très peu de dialogue entre les deux directions, ce qui ne facilite pas la collaboration et entretient la verticalité dans la planification et gestion des deux programmes.

Si le document de stratégie nationale de la SRMNIA contient des aspects de VIH. Par contre, la PTME n’est mentionné dans aucun document de la direction nationale de la prévention et santé communautaire dont elle relève (même la stratégie nationale de la santé communautaire ne mentionne nulle par la PTME).

Dans les discussions, il n’a pas été mis en évidence l’existence d’un plan stratégique commun entre les deux programmes (SRMNIA et VIH), non plus un mécanisme d’accompagnement de l’intégration pour les deux programmes.

Au niveau opérationnelle et dans certaines structures sanitaires, il y a une approche intégrée des prestations de services de VIH et de SSR : la Prévention de Transmission Mère-Enfant (PTME) est intégrée dans plusieurs structures sanitaires effectuant la CPN, le centre de prise en charge des cas de VIH au CHU Donka prend en compte la PF et les questions de santé de reproduction des couples séropositifs dans ses prestations.

Selon un Champion (Leader) en santé de la reproduction : « il n’y a pas de Planification Familiale sans l’intégration de VIH, il n’y a pas de CPN sans activité de lutte contre le VIH. Les deux sont intimement liés. Toute formation ou renforcement de capacité dans l’un sans l’autre est voué à l’échec. Les curriculums de formation en SR sont intégrés, les ressources sont mobilisables ; c’est une question de volonté politique ».

Pour deux autres Champions pour la lutte contre le VIH/sida, l’intégration est la meilleure stratégie de réduction des taux de mortalité et de gestion efficace et efficiente des ressources. L’un des deux sollicite la révision des documents stratégiques et revoir la restructuration du département en réduisant le nombre de directions nationales. L’autre, gère et contrôle le centre de prise en charge des PVVIH de l’hôpital national CHU Donka. Pour lui, l’intégration n’a pas d’obstacle, elle est logique et scientifique.

Cette situation se retrouve en Côte d’Ivoire où l’étude de Kouadio Kapet Guillaume montre l’absence d’une planification commune des programmes de VIH et de SSR au niveau central pour ce qui concerne les cibles autre que la mère, l’enfant et les PVVIH20.

Cependant, en République du Mali, l’étude de Koné Sidiki et col, montre l’existence d’un système de planification commune des programmes de VIH et SSR. La cellule sectorielle de lutte contre le VIH et la DSR du Ministère de la santé du Mali, travaillent ensemble et particulièrement dans les domaines de la PTME et de la PF. Les 2 structures font des sessions communes de planification et au-delà, travaillent ensemble dans la mise en œuvre des activités PF/VIH et dans le suivi opérationnel des activités de PTME. La DSR fait partie du comité sectoriel de lutte contre le Sida du Ministère de la Santé. Les deux (2) structures travaillent de manière concertée sur les questions d’approvisionnement en produits SSR/VIH, conformément aux orientations de la SDAME21.

* + - 1. **Ressources humaines et renforcement des capacités**

Il ressort des discussions que la question de Ressources Humaines est un problème épineux au Ministère de la Santé depuis des décennies. Ce problème se résume par l’insuffisance de personnes qualifiées, l’inégalité dans la répartition : 17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays, contre 83% en zones urbaines pour 30% de la population générale de la Guinée. La région de Conakry, avec 15% de la population nationale, dispose de 49% du personnel professionnel de la santé.

L’absence de plan de carrière, l’absence de mesures incitatives et de motivation pour le maintien des agents à leurs postes constituent des facteurs de mobilité des agents de santé. Dans les structures sanitaires publiques visitées, les responsables reconnaissent que les services sont tenus par des agents qui n’ont pas une formation spécifique de VIH et ou SR, parfois, il s’agit des stagiaires (jeunes sortant des écoles professionnelles et ou de l’Université).

Un des problèmes de Ressources Humaines est lié à la verticalité des deux programmes. La cartographie de PTME a mentionné la faible implication des médecins de SR qui demandent une motivation. La raison pourrait simplement être liée à la non intégration des deux programmes, car le VIH/sida est considéré comme un programme extra du Ministère de la santé.

Sur le terrain, les structures sanitaires visitées, les agents sollicitent une formation sur la CPN recentrée, le SONUB, sur la technologie contraceptive, sur les soins après avortements (SAA). Mais les rapports retrouvés au niveau national montre des ateliers de formation dans ces domaines (exception la CPN recentrée). Ceci traduit que les titulaires qui reçoivent les formations ne sont pas disponibles dans les structures. Il y a-t-il une supervision post formation ?

A noter que ce problème devait trouver sa solution avec l’affectation récente de 2950 agents dans les structures sanitaires de l’intérieur du pays (à l’exception de Coyah et Dubréka). Cette mise à disposition d’agents comblera le déficit en personnel. Ces nouveaux agents ont besoin de renforcement de capacité.

* + - 1. **Logistique et approvisionnement des structures**

Selon la revue documentaire, la Guinée dispose d’une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) élaborée en 1994 révisée en 2007 et 2014, assortie d’un plan directeur, et d’une liste nationale de médicaments essentiels (LNME) actualisée en 2013. Cette liste intègre les produits de SR, dont les 13 produits d’importance vitale pour la mère et l’enfant. Il n’existe pas de plan d’approvisionnement de ces produits, et le plan de sécurisation des produits SR développé par la Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires (DNPL) en collaboration avec la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition en 2012, est faiblement mis en œuvre .

L’approvisionnement en médicaments essentiels génériques et en consommables médicaux et leur distribution sur le plan national se font à travers la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), outil privilégié de mise en œuvre de la politique en matière d’approvisionnement des formations sanitaires publiques, parapubliques et communautaires. Malheureusement des ruptures fréquentes des médicaments essentiels SR, dont les produits d’urgence et des réactifs et intrants de laboratoire, sont parfois observées.

* + - 1. **Suivi Evaluation**

Les plans et les outils de suivi évaluation sont propres à chaque programme. Les supervisions se déroulement différemment les unes des autres. Les cadres des deux programmes reconnaissent qu’ils ne font pas de supervision conjointe des SR et VIH ; les rapports ne sont pas partagés. Faute d’espace d’échange, les difficultés liées à la mise en œuvre des activités sur le terrain ne sont pas partagées et discutées ensemble.

Selon les parties prenantes, l’absence de supervision conjointe a une incidence sur la qualité des données. Une des conséquences est la non concordance des données ; par exemple le nombre site de PTME est 297 pour la direction de la santé familiale et 323 pour le programme VIH.

Avant, les outils de gestion de tous les services du Ministère de la Santé étaient gérés par un seul service : le service de la logistique du PEV/SSP/ME ; mais depuis le transfert de ce service à la cellule logistique intégrée de la PCG, chaque programme national élabore et gère ses propres outils entrainant une multiplicité d’outils avec des agents prestataires à la base pour les mêmes populations.

* + - 1. **Approche intégrée SSR et VIH dans l’enseignement primaire et secondaire**

Il ressort des discussions, que la logistique des produits et intrants de la SSR et du VIH sont gérés par deux entités différentes. Pour les produits de la SR, les besoins sont estimés au niveau des formations sanitaires qui remontent l’information à la Direction nationale de la pharmacie et des laboratoires (DNPL) qui, en assure également la commande. Par ailleurs, le stockage des produits SR et leur distribution vers les formations sanitaires sont assurés par la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG). Dans ce processus, le programme de la SR intervient dans le cadre du suivi de la disponibilité des médicaments et des intrants livrés au niveau des structures de soins.

En ce qui concerne les produits et intrants pour le programme VIH (ARV, réactifs et anti infections opportunistes), trois principales structures sont impliquées dans la logistique. Il s’agit du SE/CNLS, du Ministère de la santé et de l’hygiène publique à travers le PNPCSP et de la Pharmacie centrale de guinée (PCG). Les ARV et les intrants sont rendus disponibles dans les formations sanitaires grâce à l’appui de l’Etat et au financement du Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH, le Paludisme et la Tuberculose. L’Etat intervient dans le cadre de son appui au budget national de développement ; et l’appui du Fonds mondial est réalisé dans le cadre du VPP (mécanisme volontaire d’achat groupé).

## **Principales lacunes et goulots d’étranglement**

La collecte des données au moyen d’entrevues et discussions de groupe, a été d’un apport inestimable en termes de compréhension des difficultés et contraintes liées à l‘intégration des services de SRMNIA et du VIH dans les structures sanitaires.

Une analyse d’amont en aval des nombreux témoignages recueillis auprès des personnes rencontrées sur les sites ciblés par l’investigation, nous ont permis de regrouper ces contraintes en cinq catégories : institutionnel, coordination, stratégique, opérationnel et communautaire.

### **Lacunes et goulots d’étranglement d’ordre institutionnel**

Il ressort de toutes informations reçues et des déclarations, deux situations d’ordre institutionnel, il s’agit de l’encrage de la PTME et un conflit d’intérêt entre le CNLS et le Ministère de la Santé :

La PTME est une unité du PNPCSP, ce programme relève de la Direction Nationale de la Prévention et Santé Communautaire ; tandis que la CPN relève du PNMSR, de la Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition (DNSFN). Or, selon les informations reçues et les avis dans les deux programmes, tous sont d’accord que la PTME est née de la CPN, elle est une composante de la CPN. Les prestataires et clients de la PTME sont gérés par la CPN. Par contre la PTME est planifiée et gérée par le PNPCSP.

Le PNPCSP ne devrait-t-il pas s’occupé des questions macros (élaboration de la politique, mobilisation des ressources pour la gestion de cette politique) ? La PTME est comme toute activité de lutte contre le VIH dans un service ; les directives relèvent du PNPCSP.

Le CNLS organise des supervisions trimestrielles sur le terrain au même titre que le programme VIH ; il organise et gère la planification stratégique de lutte contre le VIH/sida. Les partenaires de développement qui interviennent dans le domaine de VIH rendent compte au CNLS. Tandis que le PNPCSP organise des supervisions trimestrielles pour les mêmes populations. Or, le CNLS relève de la Primature et le Ministère de la Santé est un département ministériel.

Selon les attributions : le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) a été mis en place en Guinée par le Décret n° 016 du 5 mars 2002. Il est le seul organe de coordination de toutes les interventions contre l’épidémie du VIH en Guinée. Essentiellement, il a en charge d'impulser et de coordonner les activités multisectorielles y compris les systèmes de contrôle et d’évaluation au niveau national. Il est rattaché à la Primature.

Quant au Ministère de la Santé, Le Décret N° D/2012/061/PRG/SGG du 2 mars 2011, portant organisation et attribution du Ministère de la Santé, stipule que le Ministère de la Santé est chargé de « la conception, l’élaboration, et la mise en œuvre de la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé publique22 »

Le CNLS est le Principal Récipiendaire de la subvention VIH de Fonds Mondial ; il fait des supervisions trimestrielles des activités et le Ministère de la Santé à travers le PNPCSP fait également ces mêmes supervisions. Le Ministère de la Santé a une mauvaise compréhension de ce rôle. En tenant compte de leurs attributions, il apparait un conflit d’intérêt entre le Ministère de la Santé et le CNLS, entrainant un bicéphalisme dans la gestion de VIH/sida. Quelques partenaires de développement interviewés, se sentent confrontés à la question : à qui s’adresser ? Cette situation constitue un des goulots d’étranglement à l’atteinte des résultats.

### **Lacune liée à la coordination**

Au Ministère de la Santé, il y a une réunion de coordination hebdomadaire qui regroupe tous les Directeurs Nationaux, les Chefs de Division, les Coordonnateurs de programmes nationaux, les partenaires de développement, les partenaires financiers et les services rattaché. Selon les personnes interviewées, cette réunion ne se tient pas depuis plus d’un an. Au niveau de la Direction DNSFN, la réunion trimestrielle qui réunit les différents cadres impliqués dans la gestion de SRMNIA se tient rarement ¼. Aussi, la réunion de la DNPSC se tient rarement. A l’intérieur des deux programmes (PNMSR et PNPCSP), les réunions internes ne sont pas fréquentes compte tenu de la mobilité des responsables. Il n’y a pas de réunion de coordination sur le VIH entre le CNLS et PNPCSP.

Si les réunions se tiennent rarement, nous n’avons pas trouvé un système électronique d’échange des rapports, des documents ou autres informations liées à la mise en œuvre des deux programmes. Par exemple un site dans lequel tous les acteurs postent les données.

L’insuffisance d’espace d’échange entre les acteurs ne permette aux différentes parties prenantes de partager, de discuter et de s’accorder sur les solutions des problèmes liés à l’atteinte des résultats. Cette faiblesse constitue une des lacunes de l’intégration SRMNIA et VIH ; elle contribue à la verticalité de la mise en œuvre des deux programmes et aussi à l’incohérence entre les données sur la PTME (297 contre 323 sites de PTME respectivement SRMNIA et VIH).

### **Lacunes et goulots d’étranglement d’ordre stratégique**

Il ressort de nos discussions quelques lacunes d’ordre stratégique :

* Une planification stratégique séparée des deux programmes SRMNIA et VIH avec faible implication des cadres du programme VIH dans SRMNIA et vice versa (voir plus haut le paragraphe sur la planification dans le sous chapitre système). Il n’y a donc pas de plan stratégique national commun au niveau du Ministère de la Santé.

Cette planification séparée entraine comme nous ont dit les interviewées :

* la non prise en compte des problèmes spécifiques de l’un de l’autre programme ;
* des doublons de ligne budgétaire par rapport à certaines activités ;
* des pertes de ressource financière (supervision séparée pour les mêmes agents) ;
* la sous consommation des fonds alloués pour les deux programmes ;
* de la verticalité dans la mise en œuvre des activités ;

Cette verticalité de planification ne facilite pas l’accélération de l’atteinte des objectifs liés à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile, infanto-juvénile et à l’élimination du VIH.

* La supervision conjointe : une des qualités est l’existence de la supervision du niveau central. Seulement, chacun des deux programmes organise sa supervision au niveau des structures sanitaires pour les mêmes prestataires. Il n’y a donc pas de supervision conjointe SRMNIA et VIH ; et non plus de partage des rapports de supervision. Il est donc difficile de coordonner pour une atteinte des résultats des deux programmes qu’a déclarés bon nombres des responsables des districts sanitaires et directions régionales de la santé et aussi des partenaires. L’absence de supervision conjointe ne permet pas de prendre en compte des problèmes spécifiques liés aux deux programmes SRMNIA et VIH. Cette absence est une des lacunes de l’intégration SRMNIA et VIH; elle ne permet pas une accélération à l’atteinte des objectifs liés à l’accès des clients aux soins de qualité.
* La dissémination et la disponibilité des documents normatifs : une insuffisance a été noté dans la dissémination des documents normatifs au niveau des acteurs ; certains documents stratégiques bien élaborés ne sont pas connus par le niveau opérationnel et même le niveau central. Quant à la disponibilité, il est difficile d’avoir accès un document stratégique, un manuel de prise en charge au niveau de certains responsables de service.

### **Lacunes d’ordre opérationnel**

Au regard des différentes déclarations et débats avec les interviewés et la revue documentaire, il ressort d’importantes lacunes qui nécessitent d’être améliorées au niveau opérationnel. Par exemple, évoquant la difficulté liée aux ressources humaines, un des leaders nous a laissé le point de vue : ***« les principales difficultés sont le manque de formation requise des ressources humaines »***

Au-delà cette première difficulté**, *« la rupture et le manque d’intrants et des outils de gestion»*** passe pour un autre leader interrogé sur la question, une difficulté non moins importante dans le cadre de l’intégration des services de SRMNIA et du VIH.

En raison du fait que la plupart des prestataires de soins offrant des services intégrés soient des hommes, il se pose un problème de demande de services par les femmes. Pour mieux illustrer cet état de fait, voici la déclaration d’un des leaders : ***« Dans les structures de soins, il y a trop de prestataires masculins. Conséquence, les femmes en raison des préceptes socioculturels refusent ou du moins, consultent très rarement les hommes pour des services qui touchent la sensibilité, comme la PF par exemple.»***

Par ailleurs, les enquêtés ont par addition, fait mention du manque de moyens pour une sensibilisation de la communauté qui pourtant, pouvait aider à lever les barrières liées à la non réceptivité des services intégrés par la communauté.

Ces lacunes de niveau opérationnel, non moins importantes, ne permettent pas une bonne mise en œuvre des différentes interventions liées aux deux programmes ; elles sont nombreuses et rendent difficile une intégration effective de SRMNIA et VIH.

Les lacunes du niveau opérationnel sont :

* Une insuffisance qualitative et quantitative de ressources humaines, matérielles et financières pour la mise en œuvre des activités ;
* Une insuffisance de supervision post formation (la non vérification de la conformité des activités réalisées) ;
* Une faible implication des agents CPN dans les activités de PTME ;
* Une surcharge des agents liée au remplissage des multiples outils VIH et SR ;
* Une faible couverture de la PTME dans les structures sanitaires
* Un nombre insuffisant d'agents féminins pour l'offre de service aux des femmes ;
* Une faible couverture de PF au niveau de certaines structures sanitaires ;
* Une faible intégration de CDV dans certains services et dans certaines structures sanitaires ;
* Une rupture fréquente des intrants de SRMNIA et les ARV dans certaines structures visités ;
* L’insuffisance dans la gestion des intrants de dépistage VIH : le non suivi du stock pour alerter les ruptures, les surstocks et les péremptions ; l’utilisation inappropriée des outils de gestion, la non maîtrise de la consommation des intrants, non-respect du circuit et délais des approvisionnements par les sites
* L’insuffisance de compétences des prestataires sur la gestion des intrants de dépistage VIH et médicaments ARV/PTME : insuffisance de la formation continue, irrégularité dans la supervision, et dans le suivi des approvisionnements en intrants SMNI/PTME
* La faible intégration des intrants VIH dans le système de gestion des produits de SR et de MEG
* La situation des stocks en ARV/PTME et réactifs de dépistage VIH n’est pas monitorée régulièrement, ni capitalisée dans les rapports d’activités des structures et du PNPCSP et de la DSNFN
* La non prise en compte de la FE VIH+, ni des enfants exposés au VIH comme items PTME à renseigner dans les rapports de pharmacie,
* L’absence de suivi périodique concerté et d’analyse des rapports de gestion des stocks de médicaments et intrants VIH entre responsables des unités PTME, de PEC, CD, et de la PCG
* L’absence de suivi spécifique de la gestion des intrants et médicaments de SMNI/PTME au niveau des sites de SMNI/PTME /PEC médicale par les ARV et au niveau régional et central.
* La stigmatisation des personnes clés notamment les HSH, les PVVIH et les PS.

### **Lacunes du niveau communautaire**

* + - * L’insuffisance d’émissions radios diffusions sur l’intégration de la SRMNIA et VIH (RTG, radios privées, Radios rurales et radios communautaires) ;
      * L’absence de supports de communication intégrée tenant compte des aspects de SRMNIA et de VIH ; les boites à images existent de façon spécifique ;
      * Les agents communautaires de santé ne sont pas formés sur l’intégration de SRMNIA et VIH ;
      * Les organisations communautaires de base (OCB) n’ont aucune orientation sur l’offre des services intégrés de SRMNIA et VIH ;
      * L’insuffisance de dialogue avec les leaders d’opinion (Imams, Prêtres et Pasteurs) et la population sur l’offre de services intégrés SRMNIA et VIH  dans les structures sanitaires (y compris les préservatifs comme moyen de double protection) ;
      * Les membres des ONG / Associations /Réseaux/ Agents communautaires sont moins informés sur la prise en charge des populations clés (professionnels de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec homme,) ;
      * Les réseaux des professionnels de sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec homme ne sont identifiés qu’à Conakry, la capitale ;
      * La stigmatisation a été une des remarques formulées par les PVVIH et surtout les HSH ;

**Schéma 4 : Lacunes liées à l'intégration SRMNIA et VIH**

### **Opportunités**

Malgré les difficultés évoquées, les participants aux discussions et interviews, nous ont énuméré des opportunités qui donnent de l’espoir. Il s’agit :

* L’existence des partenaires comme Fonds Mondial, GIZ, HSD, OMS, Unicef qui sont disponibles pour accompagner l’intégration ;
* Le recrutement de nouveaux agents de santé. Ces agents mis à la disposition du Ministère de la Santé pour combler le vide lié aux ressources humaines ;
* L’existence de l’intégration SR et VIH au niveau opérationnel dans certains structures sanitaires ;
* La reforme actuelle du Ministère de la Santé qui prend en compte l’intégration de SRMNIA et VIH ;
* La révision récente des normes et procédure en SR qui prend en compte l’intégration de SRMNIA et VIH ;
* L’élaboration de la nouvelle politique biomoléculaire et ‘’One Health’’, une nouvelle approche qui intègre l’intégration SRMNIA et VIH ;
* Engagement politique en faveur des adolescents et des jeunes (existence d’une politique d’emploi des jeunes et d’un fonds spécial pour l’insertion des jeunes) ;
* Intérêt de plus en plus grandissant des partenaires techniques et financiers engagés dans l’appui aux programmes des adolescent(e)s et des jeunes ;
* Existence de projets et programmes pouvant favoriser l’emploi des jeunes (secteurs miniers, agricole, environnemental) ;
* L’existence du projet PASSAP/BM qui recrute des agents pour le renforcement de capacité dans le domaine ressources humaines au niveau opérationnel.

Selon certaines personnes interrogées, l’appui des partenaires qui viennent en aide à l’État et la disponibilité des certaines ressources, présentent des sources d’opportunités, au même titre que l’amélioration de la santé de la femme à travers une prise en charge du VIH et la PF lorsque les hommes acceptent.

Les opportunités selon nos répondants, c’est aussi la possibilité de saisir l’occasion de la présence et de l’appui des ONGs partenaires afin d’améliorer les services, à travers une diminution de la transmission du VIH de la mère à l’enfant et des IST, sans oublier le renforcement de la capacité des agents, à travers des ateliers et séances de formations.

## **Analyse des parties prenantes**

L’analyse des parties prenantes est un processus systématique de collecte et d’analyse de données qualitatives ayant pour but de déterminer les organisations, les groupes, les personnes dont les intérêts devraient être pris en compte dans la mise en place d’une politique ou d’un programme. Elle permet d’augmenter les chances de réussite de la politique ou du programme en considération.

Dans le cas précis de la Guinée, l’analyse des parties prenantes vise à :

* Déterminer le rôle de chacune des parties prenantes susceptibles de jouer un rôle ou d’influencer la prise de décision relative à l’intégration effective de la SRMNIA et VIH ;
* Comprendre ce que la partie prenante pouvait apporter dans la mise en œuvre effective des services de la SRMNIA et VIH ;
* Comprendre leur perception par rapport à l’intégration des services de la SRMNIA et VIH et aussi leurs engagements pour une intégration effective.

Pour cette analyse des parties prenantes, nous avons utilisé cinq techniques qui nous ont permis d’identifier et de faire la cartographier des parties prenantes impliquées dans la santé sexuelle et santé de reproduction et la lutte contre le VIH. Ces techniques sont :

* Les séances de réunion : deux réunions ont été organisées dont une sur le débriefing avec l’équipe de la direction nationale de la santé familiale et de nutrition, et la seconde sur la validation du protocole avec l’équipe d’évaluation nationale. Au cours de ces séances de réunion, l’intégration de la SRMNIA et le VIH a été le centre de discussion ; les aspects de ‘’qui fait quoi’’ avaient été abordés.
* L’analyse documentaire a porté sur les documents stratégiques (Plan national stratégique pour l’élimination de la transmission mère enfant du VIH 2015-2017, Plan stratégique 2016 – 2020 de l’AGBEF, Plan stratégique national de la santé maternelle, du nouveau-né, de l’enfant, de l’adolescent Et des jeunes, Plan stratégique en santé et développement des Adolescents et des Jeunes en Guinée, Cadre Stratégique National de Lutte les IST/VIH/Sida 2013-2017), les rapports d’études (Enquête par grappes à indicateurs multiples, Evaluation rapide des liens établis entre le VIH et la santé sexuelle et de la reproduction en Guinée), y compris certains documents nationaux (Normes et procédures de la PTME). Cette analyse documentaire nous a permis d’avoir une compréhension sur le rôle de chaque partie prenante dans la SRMNIA et le VIH.
* La concertation avec certains leaders clés dans l’accomplissement des progrès de la santé de reproduction et de la lutte contre le VIH en Guinée. Ces rencontres nous ont permis de comprendre toute l’histoire liée aux efforts fournis par les différents intervenants dans l’amélioration de la santé de la reproduction et de la lutte contre le VIH.
* L’entretien avec certains responsables de structures étatiques (Directeurs nationaux, Coordonnateurs nationaux de programmes, Chefs de Division au des départements) et d’autres responsables d’organisations non gouvernementales (UNFPA, PSI, ICN, GIZ, AGBEF, Solthis, FMG). Ces entretiens ont également permis de connaitre les lacunes, les dysfonctionnements et les interactions entre les différents acteurs de la santé de reproduction, la santé maternelle, la santé néonatale et infantile et la santé des adolescents/jeunes ; aussi bien la compréhension par rapport à la lutte contre le VIH.
* Guide d’interview individuelle : cette dernière technique a été utilisée pour approfondir les discussions dans un environnement convivial avec un certain nombre de cadres ayant une responsabilité importante dans la prise de décision ou la mise en œuvre des activités liées directement ou indirectement à la SRMNIA et le VIH. Ce guide comprend les préoccupations essentielles de l’étude ; il s’agit de :
  + la perception par rapport à l’intégration, les avantages et inconvénients ;
  + ce qui est fait en matière d’intégration de la SRMNIA et VIH (politique, stratégique, mécanisme d’accompagnement, outils), ce qui est en cours ;
  + les contraintes liées à l’intégration de la SRMNIA et VIH
  + les opportunités
  + que faut-il faire au niveau national, régional et local par rapport à l’intégration.

### **Identification des parties prenantes**

Il ressort des différentes techniques citées plus haut, 43 parties prenantes (vues) impliquées dans la santé de la reproduction, la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents/jeunes et dans la lutte contre le VIH/SIDA en Guinée.

Tableau 6 : Nombre de parties prenantes par rapport la SRMNIA et VIH

|  |  |
| --- | --- |
| Parties prenantes | Nombre |
| Secteur publique | 19 |
| Secteur privé et confessionnel | 7 |
| Sociétés civiles | 8 |
| Partenaires techniques et financiers | 6 |
| Champions | 3 |
| Total | 43 |

En plus des parties prenantes citées dans le tableau 1, il y a un nombre important d’organisations locales (les associations, les sérès, les clubs de jeunes) qui participent à la lutte contre le VIH/SIDA ; ces parties prenantes n’ont pas été listées. Nous nous sommes limités aux organisations structurées qui ont une responsabilité directe dans l’administration et la gestion des deux programmes y compris l’utilisation des services (voir à l’annexe la liste des parties prenantes).

### **Opinion des parties prenantes sur l’intégration SRMNIA/VIH**

La présente collecte des données auprès des leaders (les responsables des différentes structures de l’Etat et des partenaires de développement impliqués dans la prise de décision, le financement et la mise en œuvre des activités de SRMNIA et VIH) sur le niveau actuel d’intégration des services de la SRMANIA et du VIH, a permis de comprendre non seulement les avantages liés à l’intégration mais aussi et surtout, les inconvenants associés à la non intégration des services de SR et du VIH. L’analyse des propos des uns et des autres porte à croire que l’intégration des services de SRMNIA et du VIH comporte plus d’avantages que d’inconvenants.

Selon nos répondants, outre le fait qu’elle minimise la stigmatisation, l’intégration permet de faire la détection précoce du VIH et une protection, couplée à une prise en charge des enfants nés et des mères séropositives. C’est justement ce que nous a confiés l’un des leaders rencontrés dans la région de Kankan : ***« l’avantage de l’intégration est de connaitre la prévalence du VIH. Ça permet de diminuer son risque de propagation ainsi que la stigmatisation. »* (DPS, Kankan)**

L’autre avantage de l’intégration qu’il ne conviendrait pas de passer sous silence, c’est sa possibilité de réduire la mortalité et contribue efficacement au développement socio-économique de la mère et de l’enfant *:* ***« Grâce à l’intégration des services de la SMMNIA et du VIH,*** nous a dit un des leaders interrogés sur le terrain, ***on peut réduire la mortalité maternelle et infantile. Même la planification est un facteur de développement économique de la mère et de l’enfant. » (DPS Dalaba)***

Le schéma 2 montre que la non intégration de SRMNIA et VIH entraine plus d’inconvénients notamment le gaspillage des ressources (ressources humaines, financières et matérielles), l’augmentation de la stigmatisation, la multiplicité des outils qui affecte le remplissage au niveau opérationnel et la mauvaise coordination. Ces inconvénients contribuent à la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile.

Par le schéma 3 montre que l’intégration de la SRMNIA et le VIH a d’immense avantages considérables pour l’atteintes des objectifs du millénaires, l’atteinte des objectifs des ODD et surtout contribue directement à la réduction des taux de mortalité maternelle, mortalité infantile, infanto-juvénile et la mortalité en général.

Par ailleurs, l’intégration a, à en croire aux données, été un facteur ayant accentué la fréquentation par la communauté, des établissements de soins. Le Directeur Préfectoral de la Santé rencontré à Labé en pense : ***« Nous avons constaté à Labé que l’intégration a permis un afflux de la communauté dans les structures sanitaires. »***

Pourtant, de même qu’elle comporte des avantages, l’intégration a un certain nombre d’inconvénients que nos répondants ont mis en relief.

Le tout premier écueil auquel se trouve buté l’intégration des services est l’augmentation du temps et la charge de travail des prestataires de santé. Interrogé à Dabola, le DPS de cette localité nous a laissé entendre les propos selon lesquels : *«****Il y a trop de documents à remplir à chaque fois et au même moment. Il ya trop de travail à faire. Ça fait que les prestataires sont surchargés. »***

L’autre difficulté est l’absence des mesures d’accompagnement. Nous évoquant les inconvénients de l’intégration, un des leaders de N’Zérékoré a mis en évidence l’impossibilité d’offrir des services efficaces par manque d’intrants, dû à des ruptures très récurrentes : *«****L’intégration en soi n’est pas mauvaise, mais elle devient fardeau s’il n’y a pas d’accompagnement. »***

Schéma 2 : Avantages et inconvénients des services de SRMNIA et VIH séparés

Schéma 3 : Avantages et inconvénients des services de SRMNIA et VIH intégrés

### **Catégorisation des parties prenantes**

* + - 1. **Parties prenantes selon le niveau d’implication**

L’analyse des parties prenantes en termes de responsabilité et de niveau d’implication dans le processus de lutte contre le VIH/SIDA et l’amélioration de la santé sexuelle et de reproduction, santé maternelle, néonatale, infantile et santé des adolescents/jeunes permet de distinguer quatre catégories de parties prenantes.

Schéma 5 : Répartition des parties prenantes selon leur niveau d’implication les services de SRMNIA et VIH

Ces quatre groupes de parties prenantes sont :

* Les parties prenantes qui décident et ayant une responsabilité politique en matière de SRMNIA et VIH ; ces parties prenantes ont un rôle décisionnel, de garantie des interventions au niveau pays. Ce rôle de prise de décision appartient aux structures de l’Etat, représentées par les directions nationales qui définissent les buts et les objectifs stratégiques nationaux.
* Les parties prenantes qui fournissent les services de SRMNIA et VIH : il s’agit des parties prenantes qui apportent un appui technique dans l’élaboration des plans stratégiques et surtout dans la mise en œuvre des deux programmes SRMNIA et VIH ; elles sont en rapport avec les clients. Leurs contributions peuvent être le renforcement de capacité des prestataires, la gestion de services, la fourniture des intrants, la logistique, le diagnostic des maladies, la prise en charges des cas, la prévention. Dans cette catégorie, font parties les personnes que nous appelons CHAMPION ou LEADER de services.
* Les bailleurs de Fonds et partenaires de développement. Ce sont en général les organisations bilatérales ou multilatérales, des volontaires qui contribuent au financement des projets et programmes nationaux en faveurs de SRMNIA et VIH.
* Les clients ou parties prenantes qui bénéficient les services de SRMNIA et VIH : il s’agit des organisations communautaires, des associations de la société civiles, des associations ou réseaux des clients, qui agissent ou défendent les clients dans le but d’adapter les services aux besoins réels et aussi faciliter la mise en œuvre des services.

Cette catégorisation nous permet de connaitre quelles sont les parties prenantes qui ont la responsabilité de prendre la décision d’intégrer des services SRMNIA et VIH.

* + - 1. **Parties prenantes selon le pouvoir et l’intérêt relatif à l’intégration SRMNIA et VIH**

En tenant compte du pouvoir qu’a chaque partie prenante et son intérêt par rapport à la santé sexuelle et de la reproduction et la lutte contre le VIH, on distingue quatre catégories qui sont schématisées dans 4 cases :

* **Grand Pouvoir et Grand Intérêt**

Il s’agit des parties prenantes ayant une certaine autorité et un souci pour le progrès dans l’amélioration de la santé maternelle, la santé des nouveau-nés, la santé des enfants, la santé des adolescents et jeunes, la lutte contre le VIH, à la mobilisation des ressources et à l’adhésion des populations aux programmes de SRMNIA et VIH. Les dirigeants de ces organisations ou unités organisationnelles peuvent prendre des décisions de portée nationale sur les différentes thématiques de la gestion de programme de la SRMNIA et VIH notamment la définition de la politique, les axes stratégiques nationaux d’intervention, les directives nationales et aussi à faire respecter toutes ces décisions.

* **Grand Pouvoir et Peu d’Intérêt**

Il s’agit des parties prenantes qui ont un très peu ou pas d’intérêt ou souci pour les questions de SRMNIA et VIH. Ces parties prenantes ne voient pas bien leur responsabilité par rapport aux interventions liées à SRMNIA et VIH. Cependant, ces parties prenantes ont un grand pouvoir décisionnel par rapport à la santé maternelle, la santé des nouveau-nés, la santé des enfants, la santé des adolescents et jeunes, la lutte contre le VIH, à la mobilisation des ressources et à l’adhésion des populations aux programmes de SRMNIA et VIH.

Schéma 6 : Répartition des parties prenantes selon leur Pouvoir et leur intérêt

* **Grand Intérêt et Peu de Pouvoir**

Il s’agit des parties prenantes qui ont une grande passion pour l’amélioration de la santé maternelle, la santé des nouveau-nés, la santé des enfants, la santé des adolescents et jeunes, la lutte contre le VIH. Ces parties prenantes ont un très peu ou pas de pouvoir décisionnel dans l’administration et la gestion des deux programmes SRMNIA et VIH ; leur pouvoir de mobilisation des ressources est faible même si leur possibilité de faire adhérer des populations aux programmes de SRMNIA et VIH n’est pas négligeable (renforcement des capacités, bonne prestation, formation, transfert de compétences).

* **Peu de Pouvoir et Peu d’Intérêt**

Il s’agit des parties prenantes qui ont une faible autorité décisionnelle par rapport aux interventions liées à la SRMNIA et VIH (définition des stratégies, planification, mobilisation de ressources, gestion de programmes). Aussi, ces parties prenantes ont un très peu ou pas d’intérêt ou souci pour les questions de SRMNIA et VIH. Ces parties prenantes ne voient pas bien leur responsabilité par rapport aux interventions liées à SRMNIA et VIH.

A cause de l’importance de leur pouvoir et l’intérêt élevé pour la SRMNIA et VIH, les parties prenantes de la case 1 constituent le noyau pour promouvoir et garantir l’intégration des services de la SRMNIA et VIH. Ils devraient être entourés par les parties prenantes 2 qui ont un grand intérêt et peu de pouvoir et les parties prenantes de la case 3 qui ont un grand pouvoir et peu d’intérêt.

* + - 1. **Parties prenantes selon l’influence et l’intérêt relatif à l’intégration de la SRMNIA et VIH**

Un autre regroupement des parties prenantes selon leurs domaines d’influence a été investigué en tenant compte de leur intérêt par rapport à l’intégration des services de la SRMNIA et VIH. Ce regroupement est résumé dans le schéma ci-dessous

* **Grande Influence et Grand Intérêt**

Ce sont les parties prenantes qui ont une capacité d’exercer de grandes pressions sur la prise de décision par rapport aux interventions à la SRMNIA et au VIH. Leur opinion est souvent coercitive. Ces parties prenantes ont une grande passion pour l’amélioration de la santé maternelle, la santé des nouveau-nés, la santé des enfants, la santé des adolescents et jeunes, la lutte contre le VIH. Il s’agit de la Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition, La Direction Nationale de la Prévention et Santé Communautaire, le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida.

* **Grande Influence et Faible Intérêt**

Ce sont les parties prenantes qui peuvent avoir une capacité d’exercer de grandes pressions sur la prise de décision par rapport aux interventions à la SRMNIA et au VIH. Leur opinion est souvent coercitive. Cependant, ces parties prenantes ont un très peu ou pas d’intérêt ou souci pour les questions de SRMNIA et VIH. Elles ne voient pas bien leurs responsabilités par rapport aux interventions liées à SRMNIA et VIH. Ce sont : la Direction National des Etablissements hospitaliers et des Soins, les leaders religieux, les leaders d’opinions, la Direction du Bureau Stratégique de Développement etc.

Schéma 7 : Répartition des parties prenantes selon leur influence et leur intérêt

* **Faible Influence et Grand Intérêt**

Il s’agit des parties prenantes qui ont une capacité limitée d’exercer une pression sur la prise de décision par rapport aux interventions liées à la SRMNIA et VIH. Cependant, elles ont une grande passion pour l’amélioration de la santé maternelle, la santé des nouveau-nés, la santé des enfants, la santé des adolescents et jeunes, la lutte contre le VIH. Ces parties prenantes sont : les bénéficiaires, les associations et réseaux de personnes vivant avec le VIH, les HSH, les professionnels de sexe, les partenaires de développement.

* **Faible Influence et Faible Intérêt**

Ce sont des parties prenantes qui ont une capacité limitée d’exercer une pression sur la prise de décision par rapport aux interventions liées à la SRMNIA et VIH. Elles ne voient pas leur responsabilité ou un avantage direct par rapport aux interventions liées à la SRMNIA et VIH. Il s’agit de la Direction National des Pharmacies et Laboratoires, la PCG, les structures sanitaires, les DRS, les DPS et prestataires.

A cause de l’importance de leur pouvoir et influence sur les services de la SRMNIA et VIH, les parties prenantes qui ont une grande influence et un intérêt élevé, constituent le noyau pour organiser une coordination et une prise de décision relatives à l’intégration effective des services de SRMNIA et VIH. Ce noyau doit mettre en place un mécanisme de dialogue entre les membres du noyau. Le Ministère de la Santé devra tenir compte des domaines d’influence des parties prenantes pour mieux cibler leur participation dans l’intégration des services de SRMNIA et VIH ; aussi en tenir compte dans la révision des textes et attributions des différentes directions.

### **Engagements des parties prenantes**

Tableau 7 : Engagement des parties prenantes

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GOUPE DE PARTIES PRENANTES** | **DOMAINES D’INTERVENTION** | | | | | |
| **Conception**  **Planification** | **Plaidoyer** | **Mobilisation de ressources** | **Mettre en œuvre les activités** | **Suivi de la mise en œuvre des activités** | **Financement des activités** |
| Décideurs politiques |  |  | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf |  | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf |
| Champions ou Leaders professionnels | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf |  |  | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf |  |
| Partenaires de développement | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf |  |  |
| Sociétés civiles de SRMNIA et VIH | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf |  | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf |  |
| Prestataires de services SRMNIA et VIH |  |  |  | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf |  |
| Clients de SRMNIA et VIH | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf |  |  |  |  |
| Partenaires Techniques Financiers | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf |  |  |  | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf | C:\Documents and Settings\tamzin.morphy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\I18RC1ON\MCj04346650000[1].wmf |

Les parties prenantes se sont engagés à jouer un rôle dans l’intégration effective des services de la SRMNIA et VIH ; ces rôle varient d’une partie prenante à une autre et se résume dans le tableau 7. Il s’agit :

* Les décideurs politiques (les directions nationales) sont disposés à mobiliser les ressources et assumer la coordination pour une intégration effective au niveau politique et stratégique par la révision des documents nationaux. Ces parties prenantes s’engagent à mobiliser des fonds de contrepartie auprès de l’Etat pour la mise en œuvre des activités.
* Les Champions s’engagent à influencer les décideurs pour une bonne prise décision en faveur de l’intégration de SRMNIA et VIH qui est une nécessité ; ils s’engagent aussi à jouer un rôle de plaidoyer auprès des décideurs et des partenaires techniques financiers pour la cause des vies humaines.
* Les partenaires de développement s’engagent à accompagner le Gouvernement dans l’intégration et mise en œuvre des activités de SRMNIA et VIH.
* Les sociétés civiles représentées par les associations des PVVIH, PS, HSH, ont décidé à jouer un rôle de plaidoyer auprès des décideurs et partenaires de développement pour prendre l’intégration de SRMNIA et VIH comme une priorité par le Ministère de la Santé.
* Les prestataires (Structures sanitaires publiques et privées/confessionnelles) nous ont certifié la continuité d’offrir les services de SRMNIA et VIH déjà intégrés aux populations bénéficiaires.
* Les partenaires techniques financiers (PTF) ont exprimé leur volonté à apporter un soutien au Gouvernement pour la mise en œuvre des programmes de développement durable notamment la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des jeunes et des personnes affectées de VIH.

Considérant toutes les catégories de parties prenantes, le rôle le plus choisi est le lead pour l’intégration effective au niveau politique et stratégique des services de la SRMNIA et VIH. Ceci est peut-être une indication d’insatisfaction antérieure avec la réalisation d’activités planifiées dans le secteur de la SRMNIA ou VIH. Ce rôle est suivi par le plaidoyer qui a été choisi par toutes les catégories de parties prenantes, sauf les partenaires techniques et financiers.

Cependant, il est difficile de savoir si ces rôles correspondent bien aux mandats et attributions des parties prenantes ou s’ils ne représentent que le choix des personnes interviewées. La réconciliation entre les réponses de ces derniers et les textes de référence des organisations qui les emploient devrait permettre de prendre en compte cette préoccupation.

Cette analyse a permis d’identifier les intérêts des parties prenantes impliquées dans la gestion des services de la SRMNIA et VIH en Guinée. Bien qu’elle ne soit pas exhaustive, elle révèle les préoccupations desdites parties et permet au Ministère de la Santé d’initier des actions pouvant maximiser les chances de réussite à l’intégration effective de la SRMNIA et VIH.

## **Evaluation des établissements de santé**

### **Disponibilité des services de SRMNIA et VIH fournis**

Il ressort des interviews dans les différentes structures sanitaires visitées, que les services de SRMNIA et VIH sont disponibles dans les structures sanitaires. Ces services sont offerts dans la plus part des cas dans le même établissement avec plusieurs prestataires ; ces prestataires se trouvent dans différentes salles du même ou pas bâtiment. 62,9% des services de PF, 60% de services de pédiatrie, 51,4% des services de maternité et 37,1% de PTME se font par différents prestataires dans différentes salles du même bâtiment.

Cependant, 48,6% des CPN se font par le même prestataire et dans la même pièce ; cela est plus fréquent dans les centres de santé.

Par contre, 51,4% des services de VIH se font dans les établissements de santé où les clients ont été enquêtés.

Au cours de cette évaluation, les chefs ou directeurs d’établissement étaient interviewés sur la disposition des directives écrites sur les orientations pour les services qu’ils n’offrent pas. Il ressort du graphique 2, que 60% de ceux-ci ont affirmé ne pas avoir des directives écrites. Par contre 40% des établissements visités disposent des orientations pour les services qui n’existent pas dans leurs structures.

### **Les prestataires de services SRMNIA et VIH**

Dans le but de comprendre si les prestataires étaient à l’aise du point de vue compétence dans le domaine des services SRMNIA et VIH, le graphique 3 nous montre que plus de la moitié des prestataires ont reçu un renforcement de capacité et sont à l’aise d’effectuer leurs services. Dans les différents établissements visités les prestataires affirmaient être à l’aise à 71,73% avec la fourniture de préservatifs et à 70,6% avec la gestion de la prévention des IST ; 65,9% et 65,4% des prestataires sont en l’aise respectivement pour les conseils sur le VIH et les accouchements laborieux. Puis viennent 63,5% pour la gestion syndromique des IST et 60,7% pour les consultations prénatales.

Les prestataires de santé affirmaient ne pas être à l’aise avec 84,8% en Test Pap ; 70,68% avec le conseil sur la GBV, 66,4% avec l’offre des antiviraux. 58% en Test rapide du VIH et 57% en PTME. 51,2% affirmaient ne pas être à l’aise pour la PF (DIU et implant).

L’analyse situationnelle s’est également intéressée à la capacité des prestataires de parler des langues étrangères (français et anglais) et langues locales. Il ressort de du graphique 4 que 91,33% des prestataires affirment être à l’aise pour parler le français qui est la langue officielle ; les formations, le renforcement de capacité y compris la majeure partie des outils (quelques-uns dans les langues locales) se font dans cette langue. Par contre, 8,6% des prestataires nous ont déclaré avoir des difficultés (ne pas être à l’aise) en français. Il est à noter que l’interview n’a pas touché les filles et garçons de salle. Si notre échantillon n’est pas représentatif mais cette proportion des prestataires vus, traduit des lacunes de compréhension par rapports aux outils, aux formations et même dans les rapportages des données.

Concernant l’anglais, 91,1% des prestataires interviewés ne se sentent pas à l’aise. Cela est tout une réalité car, la langue officielle et la langue de formation est le français. Néanmoins, 8,9% des prestataires ont déclaré avoir une capacité de parler l’anglais.

Quant aux autres langues locales, 37,3% des prestataires sont à l’aise dans plusieurs langues locales ; tandis que, presque les deux tiers (62,6%) ne parlent que leur langue maternelle.

Du point de vue capacité des prestataires d’exercer les consultations prénatales, le graphique 5 montre que les infirmiers, les sages-femmes et les ATS se sentent mieux à l’aise (ont reçu un renforcement de capacité) dans leur milieu de travail respectivement 71%, 75% et 69%. Cependant, 46,4% des médecins ne se sentent pas à l’aise pour la CPN.

Par contre, 100 des techniciens de laboratoire et 100% des médiatrices ne se sentent pas du tout à l’aise pour la CPN ; parce que cette activité ne relève de leur ressort.

Dans le même cadre, en examinant le graphique 6, nous constatons que 61,4% des sages-femmes ont une bonne capacité d’exercer la PTME. Par contre, 57,1% des médecins, 71% des infirmiers et 58,2% des ATS et 83,5% des Aides de santé, pensent n’avoir pas une bonne capacité (ne se sentent pas à l’aise) pour exercer les activités de PTME.

Par ailleurs, les 100% des Médiatrices et 90% des techniciens de laboratoire n’ont pas de compétence en matière de PTME.

Cette investigation a touché également le dépistage rapide du VIH. Il ressort du graphique 7 que 100% des techniciens de laboratoires ont une bonne compétence en dépistage du VIH, ce n’est pas une surprise. Seulement,   33,9% des médecins, 35,5% des Infirmiers, 47,4% des Sages-femmes et 40% des ATS se sentent à l’aise pour le dépistage rapide de VIH.

Cette faiblesse de compétence de ces derniers prestataires serait une des causes du faible dépistage du VIH.

Du point de vue des prestataires interviewés, les contrainte liée à l’offre des services intégrés de SRMNIA et de VIH dans les différents établissements visités sont nombreuses et varient en fonction du degré de leurs impacts sur le fonctionnement. Ces contraintes ont été classées en Grande, Moyenne et Petite. Le graphique 8 montre que le manque de matériel est une contrainte majeure représentant 61,2%, suivi de l’absence de formation du personnel 56,6%, de la rupture de médicament, 55,9% et du manque d’espace pour les services de confidentialité (54,1%).

Par contre, 61,2% des prestataires estiment que le manque de temps pour le personnel n’est pas une grande contrainte. Aussi, 42,9% des prestataires pensent que l’insuffisance de ressource humaine ou manque de supervision n’étaient pas une contrainte majeure contre 33% qui trouve c’est une grande contrainte.

Au cours de notre enquête, les prestataires ont été amenés à donner leur avis sur l’effet probable de l’intégration des services SRMNIA et du VIH dans des différents domaines. Selon les prestataires, l’intégration des services de la SRMNIA et VIH, a plus d’impacts positifs que négatifs. Le graphique 9 montre que 82,4% des prestataires sont d’avis que l’intégration va entrainer une diminution de la stigmatisation des clients séropositif et 80% sont d’accord que la stigmatisation des clients des SSR sera diminuée. 41,8% des prestataires pensent que les coûts seront diminués avec l’intégration de la SRMNIA et VIH ; 18,2% de ces mêmes prestataires estiment que l’efficacité des prestations va accroitre.

Par contre, 77,5% des prestataires interviewés estiment que l’intégration de SRMNIA et VIH entrainera un accroissement des besoins d’équipement, de fournitures et de médicaments ; 69,4% des prestataires jugent que la charge va augmenter.

Par rapport aux locaux (espace) pour les services de confidentialité, les prestataires ont un avis partagé : 44,7% pensent qu’il y aura moins d’espace pour les services demandant une convivialité contre 43% qui jugeant plutôt une augmentation d’espace. Par ailleurs, un tiers des prestataires pensent que l’intégration de la SRMNIA et VIH n’aura aucune incidence sur les coûts de service aussi bien que les coûts des clients.

### **Les jours ouvrables des services de SRMNIA et VIH**

L’évaluation s’est intéressée aux ouvertures des services de SRMNIA et VIH lors du passage des enquêteurs dans les établissements sanitaires. Le but était de voir la disponibilité des services au cours de la semaine. Il ressort du graphique 10 que tous les services (PTME, VIH, PF, Pédiatrie, PEV et Nutrition) sont ouverts de 8 heures à 16 heures et demi comme prévu par le code de travail en Guinée du lundi au vendredi.

Compte tenu de la nécessité certains services sont disponibles tous les jours ; ils sont ouverts de 8h30 à 16h30 comme les autres services et il y a une équipe de garde qui prend la relève de 16h30 jusqu’au lendemain à 8h30, les services sont aussi assurés par l’équipe de garde les jours non ouvrables (samedi, dimanche et jours de fête) : il s’agit de la maternité et des urgences. Dans d’autres établissements sanitaires, quelques services sont disponibles après 16h30 pendant la garde ; il s’agit-il de la consultation Primaire Curative (CPC), la CPN, le laboratoire et la Pharmacie.

### **Les établissements sanitaires**

Dans le but de comprendre les services de SRMNIA et VIH les plus sollicités, les prestataires des établissements sanitaires visités ont été interviewés sur la demande de services SRMNIA et VIH des clients reçus lors du passage des enquêteurs. Au vu des résultats, il ressort du graphique 11 que les services les plus souvent sollicités par les clients concernent :

* Pour la SRMNIA : les soins prénatals représentent 43%, puis vient le service de santé ou bien-être des enfants, 31,1% ; les services de gynécologie occupent 29,9%. Les services de CPN représentent 26,8%, le conseil de planification familiale 26,5% et le service de vaccination, 23%.
* Pour le VIH : le Conseil sur le VIH occupe 26%, Test de VIH, 14,5%, les conseils sur les IST représentent 12,2%, les soins VIH occupent 9,1% ; la PTME occupe 6,5%.

Ces résultats traduisent que les services des établissements sanitaires les plus sollicités concernent la santé de reproduction, la santé maternelle, la santé néonatale, la santé infantile.

### **Les clients des services SRMNIA et VIH**

Temps d’attente dans les services : lors du passage des enquêteurs dans les différents établissements sanitaires, le temps d’attente des clients a été observé dans les services. L’analyse des données collectées montre à travers le graphique 12 que 45,6% des clients mettaient en général moins d’une heure dans les structures sanitaires pour la recherche des soins ; 27,9% entre eux durent une à deux heures pour le besoin de service. Par contre, 12,1% des clients restaient trois (3) heures et plus d’attente dans les établissements sanitaires pour obtenir les services. Ces clients pensent que cette attente est longue et ne leur permette pas de faire autre activité quotidienne et surtout d’aller dans un autre établissement lorsque cela se pose (par exemple un examen de laboratoire en dehors de l’établissement fréquenté).

Au cours de cette évaluation, les clients rencontrés avaient été invités à se prononcer sur le motif du choix de l’établissement sanitaire. Il ressort du graphique 13 que 78,8% des clients ont pour motifs de choix la convivialité dans les structures sanitaires ; 59,8% des clients sont venus dans l’établissement à cause de la proximité, 43,9% des clients ont choisi à travers une recommandation d’un ami.

Par contre, 9,7% des clients étaient venus dans l’établissement parce qu’ils ont été renvoyés dans une autre structure sanitaire.

Les clients ayant fréquenté les structures durant la période de collecte, ont été interrogées s’ils ont reçu tous les services souhaités. Le graphique 14, montre quela majorité des clients interrogés (81,5%) affirment avoir reçu tous les services pour lesquels ils avaient sollicités. Ce résultat est conforme au besoin exprimé par les clients. Mais si on tient compte du contexte de l’intégration où le personnel de santé est appelé aussi à anticiper les besoins des clients en leur proposant une gamme variée de service, on peut estimer raisonnablement que les besoins réels des clients (exprimés et non exprimés mais existants) n’ont surement été couverts qu’en faible partie à cause de la faible intégration des services.

Du même graphique 14, il ressort que 9,3% des clients pensent que les services n’ont pas été totalement fournis ; 4,6% n’étaient vraiment pas certains de les avoir reçus.

**Raisons de non réception de services sollicités**

Au cours de l’étude, il a également été question de connaitre les raisons pour lesquelles les clients n’ont pas reçu tous les services souhaités dans l’établissement de santé. Selon les données (voir le graphique 15), 52% des clients ont déclaré que les services n’ayant pas été obtenus étaient liés à leur non disponibilité dans l’établissement de santé. 15,4% des enquêtés attribuent la raison au coût élevé des services qui les a empêché de recevoir la totalité des services sollicités. 13,5% des clients ont lié la non réception de services à d’autres causes : le temps d’attente très long, l’absence de convivialité, absence du prestataire titulaire.

Concernant les laboratoires, il ressort des interviews que ceux-ci ne répondent pas toujours aux besoins des services de SSR et à ceux du VIH. Cela est dû au fait que les laboratoires ne disposent pas de tous les moyens pour réaliser tous les examens biologiques. Les examens biologiques nécessaires pour la prise en charge du VIH ne sont généralement pas disponibles dans une même structure. En d’autres termes, il y a des laboratoires où il est possible de réaliser des examens en rapport avec la SSR (test de grossesse, examen d’IST etc.) sans être capable de faire le bilan initial d’une personne vivant avec le VIH

**Avoir les services de SRMNIA et VIH au même lieu**

Sur la question de savoir la préférence des clients enquêtés par rapport à la réception des services de SRMNIA et de VIH au même endroit/lieu ou à des endroits séparés, deux tiers des interviewés (76,4%) préféraient que les services de SRMNIA et VIH soient reçus dans le même établissement ou le même lieu. Par contre, 17,4% des clients ont affirmé qu’ils préféraient que ces services soient offerts dans des établissements différents. Et seulement 3,3% et 2,9% n’avaient respectivement aucune préférence ou ne savaient rien sur la question**.**

Ces résultats se recoupent avec les résultats de l’étude de Koné Sidiki et Kouadio Kapet Guillaume en 2012 au Mali où deux tiers des patients interrogés préfèrent avoir les tous les services de santé de la reproduction et les services de VIH dans le même établissement.

**Raisons d’avoir les services de la SRMNIA et VIH dans le même lieu**

Les clients vus lors de l’enquête dans les structures sanitaires visitées ont été interviewés sur leurs raisons par rapport à l’intégration des services de la SRMNIA et VIH dans le même établissement. Il ressort clairement de cette interview que 56,3% des clients déclarent que c’est pour réduire le nombre de déplacements vers les établissements et 44% ont pour raisons de pouvoir accéder à tous les services VIH et SRMNIA dont on a besoin en un seul endroit.

A ces raisons, 34% ont ajouté la raison liée à la possibilité de réduire les coûts de transport ; 17,7% des clients ont cité aussi comme raison, la réduction de la stigmatisation des clients pour les services de VIH. La réduction du temps d’attente dans les établissements a citée comme raison par 13,7% des clients interviewés.

**Sentiment de satisfaction des clients dans les structures de SRMNIA et VIH (N=373)**

Le degré de satisfaction des clients par rapport au service reçu du/des prestataires avait été évalué. Comme indique dans le graphique 18 que 67,8% des clients avaient été très satisfaits des services reçus dans les différentes structures de SRMNIA et VIH. Par contre 4,2% clients n’étaient pas satisfaits de ces services.

Graphique 18 : Répartition des clients selon les sentiments de satisfaction des services SRMNIA et VIH dans les structures sanitaires (N=373)

## **Evaluation de la communauté**

Il est abordé dans cette rubrique, les points de vue des jeunes, des femmes, des hommes, des populations clés (PVVIH, travailleuses de sexe, homme rapport sexuel homme) sur les services de SRMNIA et du VIH dont ils en sont bénéficiaires. Leurs avis sur la disponibilité et l’accessibilité des services à partir du même établissement et offerts par un ou plusieurs prestataires au cours d’une visite, ainsi que les avantages et les inconvénients qui en découlent sont entre autres, les questions spécifiques qui ont été débattues au cours des discussions dirigées de groupes. Les recommandations en termes d’amélioration des services de SRMNIA et du VIH au niveau national, l’implication et les contributions des organismes communautaires pour l’amélioration des services de SRMNIA et du VIH ont également été discutées dans ces débats.

### **Perception des communautés**

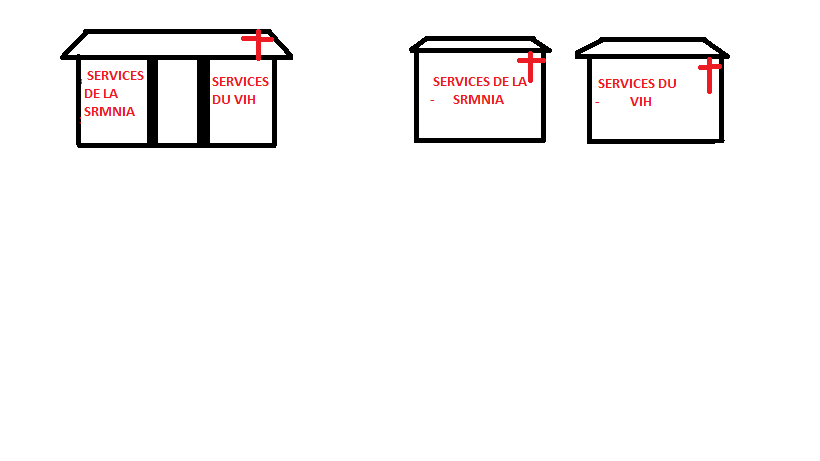
* **Services SRMNIA et VIH intégrés ou séparés**

Sur la quasi-totalité des sites investigués, les participants à nos discussions dirigées de groupes ont été invités à donner leur avis entre le fait d’avoir accès aux services SRMNIA et du VIH lors d’une seule visite dans un établissement et plusieurs visites séparées pour avoir accès aux services SRMNIA et VIH. La figure ici-bas, schématise les opinions des sujets qui se sont prononcés sur la question.

Schéma 8 : Perception des communautés sur les avantages et désavantage sur SRMNIA et VIH dans le même service

**SRMNIA intégrée au VIH**

**SRMNIA et VIH à différents endroits**



**Favorise la stigmatisation**

**Cause assez de problèmes de déplacements**

**Fait perdre assez de temps de recherche des soins**

**Pose des problèmes de transports**

**On offre à tous des chances égales.**

**Permet d’avoir au service à partir de l’établissement dans lequel il se trouve**

Favorise la déconcentration des services

**On reçoit les soins des mêmes prestataires**

**Cela n’est pas en faveur des communautés rurales**

**Les services seront inégalement fournis**

**Permet de se familiariser avec la structure et les prestataires de soins**

**Cela amoindrit le coût lié au déplacement**

**Évite le gaspillage de transport**

**Permet de diminuer la stigmatisation.**

**Tous les services disponibles au même endroit**

**On reçoit les soins des mêmes prestataires**

**Inconvénients**

**Avantages**

**Inconvénients**

**Avantages**

La majorité des personnes ayant pris part aux discussions souhaitent avoir les différents services de SRMNIA et VIH lors d’une seule visite. Pour les participants, les différents déplacements occasionnent plusieurs fois le payement des frais de consultation, la perte de temps pour ses propres activités et aussi, la perte de temps pour s’y rendre. Certaines femmes pensent que la multiplicité d’être vus à plusieurs endroits favorise la stigmatisation (pour les PVVIH) et diminue la motivation de continuer la planification familiale (chez certaines femmes dont leurs conjoints ne sont pas d’accord).

Les avantages de l’accès aux services de SRMNIA et VIH lors d’une seule visite sont nombreux : la facilitation de consacrer une visite (un jour) pour les questions de santé, la réduction du temps pour les services de santé, la réduction du transport, la réduction du temps d’attente. Une seule visite diminue la stigmatisation par le fait que tous les clients sont ensemble. Pour une femme, « la séparation des clients par rendez entraine la distinction qui à son tour augmente la stigmatisation ».

Comme l’indique la figure, les avantages dont on bénéficie à partir du fait d’obtenir les services ensemble, priment sur ceux liés à l’obtention des services de la SRMNIA et du VIH à partir d’endroits différents.

* **Services de SRMNIA et VIH offerts par le même prestataire**

Schéma 9 : Perception des communautés sur un prestataire pour SRMNIA et VIH

**Garantie l’anonymat et la confidentialité du client qui bénéficie des services**

**Réduit la fréquence de rendez-vous du client dans l’établissement de soins**

**Réduit le temps d’attente du client qui bénéficie en premier des soins**

**AVANTAGES**

**SRMNIA**

**VIH**

**PRESTATAIRE**

**INCONVENIENTS**

**Gros risque pour les clients si le prestataire est absent**

**Le prestataire sera trop encombré**

**Augmente l’afflux des clients**

**Risque d’offrir des mauvaises prestations**

**Augmente le temps d’attente du client**

L’évaluation du niveau actuel d’intégration des services de la SRMNIA et du VIH, s’est également penchée sur l’avis des communautés par rapport aux avantages et inconvénients lorsqu’on a un même prestataire qui offre les services SRMNIA et du VIH au même établissement de santé lors d’une visite. La majorité des répondants pense qu’il y a plus d’inconvénient si c’est la même personne qui fait tous les services. Ces inconvénients cités sont entre autre :

* Le temps d’attente très long s’il y a beaucoup de personnes pour un seul prestataire ;
* L’encombrement du prestataire lié à l’afflux de clients impatients ;
* Le risque du prestataire de faire une mauvaise prestation pour les derniers clients ;

Les participants pensent que s’il y a un seul prestataire qui fait tous les services, il y aura le risque de contamination d’un client à un autre.

* **Services de SRMNIA et VIH offerts par plusieurs prestataires**

L’obtention des services SRMNIA et du VIH au cours d’une visite et offert par plusieurs prestataires de soins différents, la tendance est pour les participantes et participants aux discussions, plus d’avantages que d’inconvénients. Pour une femme de PS, « on est plus en confiance s’il y a plusieurs personnes et chacun fait son travail » (Référence au schéma 10)

Schéma 10 : Perception des communautés sur plusieurs prestataires pour SRMNIA et VIH

**Le client est orienté de service en service et de prestataire en prestataire avant de recevoir son service. Il fait trop de rotation**

**INCONVENIENT**

**SRMNIA**

**VIH**

**PLUSIEURS PRESTATAIRES**

**AVANTAGES**

**L’absence d’un prestataire n’aura pas assez d’effets sur les services**

**Cela créé un cadre de travail collaboratif, les prestataires peuvent s’assister mutuellement**

**Chaque prestataire peut offrir un service spécialisé**

**Ça réduit le temps d’attente des patients et l’afflux des clients**

**Les prestataires ne seront pas encombrés**

### **Disponibilité et accès aux services pour les différentes populations clés et les personnes vivant avec le VIH**

La question quant à la disponibilité des services de la SRMNIA et du VIH, a été au centre des entretiens dirigés de groupe avec les différents groupes cibles des communautés relevant des sites ciblés par l’étude ; l’avis est partagé :

* Pour la plus part des participants et participantes, les services de SRMNIA et VIH sont disponibles dans certaines structures sanitaires mais ces établissement n’offrent pas de services complets c’est-à-dire qu’il faut aller souvent dans un autre établissement pour le complément. Cette perception a été plus retrouvée dans les structures sanitaires de l’intérieur du pays y compris les centres de santé se trouvant en banlieue de Conakry.
* Par contre, d’autres participants pensent que bon nombre d’établissements sanitaires n’offrent pas à la fois les services de SRMNIA et VIH. Que c’est souvent les services de la SRMNIA qui sont disponibles dans les structures sanitaires, rarement les services de VIH ; selon la déclaration d’une femme, les services de VIH ne sont pas encore effectivement intégrés, et par conséquent, les communautés ont un accès difficile. Cette perception a été rencontrée dans les établissements sanitaires privés et certains centres de santé à l’intérieur du pays.

Schéma 11 : Perception des communautés sur la disponibilité des services SRMNIA et VIH

Dans la région, les services SRMNIA et du VIH sont disponibles

Depuis la contraception jusqu’à la grossesse et l’accouchement, on nous rend des services.

Le traitement des infections sexuellement transmissibles, le test de dépistage et les conseils du VIH sont faits dans les structures de la région.

**Disponibilité des services SRMNIA et de VIH dans la région de la communauté**

Dans la quasi-totalité des régions des communautés visitées par l’enquête, les services SRMNIA et de VIH sont disponibles. Par contre, certaines structures sanitaires des régions n’ont pas encore intégré les services de VIH

Dans certaines structures sanitaires de la région, les services VIH manquent, on offre juste ce qui est lié à la santé de la reproduction

Comme indiqué ci haut, dans certains établissements de santé des régions, les services de

Pour y avoir accès, une des recommandations des débats est : une stratégie axée sur la sensibilisation et une remontée des informations aux autorités devrait être priorisée. Dans ce processus, une priorité doit être accordée aux médias : ***« On peut passer par une sensibilisation d’abord, ensuite, remonter l’information au niveau du centre de santé et aux autorités sous préfectorales et préfectorales pour avoir ce qui manque comme service. » « Moi je pense qu’il faut impliquer les medias. Parce qu’actuellement, mêmes toutes nos mamans écoutent les medias. Lorsque les medias en parlent, ça va pousser les autorités à agir.»***

Le schéma 11, résume les perceptions des interviewés, sur l’existence des services de la SRMNIA et du VIH dans les structures sanitaires de leurs régions respectives.

### **Rôle des organisations communautaires dans le soutien de la fourniture des services SMNIA et du VIH**

Par rapport à ce qui est de l’implication des groupements communautaires dans les services SRMNIA et du VIH, la majorité de nos répondants nous ont laissé comprendre qu’ils ne sont pas associés à ce processus ***: « Les responsables du centre de santé sont non seulement responsables parce qu’ils devraient aller vers la communauté et l’inviter, lui montrer ce qu’elle peut faire comme part de contribution, pour qu’elle le sache***, nous a affirmé un des participants à l’étude. ***La communauté aussi,*** ajoute t-il***, devrait se mobiliser, aller vers les docteurs et leur demander ce qu’elle pouvait faire pour améliorer sa propre santé de la reproduction et du VIH. »***

**SERVICES DE LA SRMNIA ET DU VIH**

Schéma 12 : Perception des communautés sur la contribution pour les services SRMNIA et VIH

**Organismes Communautaires**

**Responsables des structures sanitaires**

Hors mis quelques rares exceptions, aucun cadre collaboratif n’existe entre les Responsables sanitaires et les Organismes Communautaires afin que celles-ci soutiennent les services SRMNIA et du VIH

Lorsque les organismes communautaires sont pleinement impliqués, leur part de contribution pourrait être d’un apport inestimable dans le cadre de la promotion des services SRMANIA et du VIH. L’analyse des nombreux témoignages laisse comprendre que les organismes communautaires peuvent :

* Jouer un rôle de premier plan dans le cadre de la sensibilisation et de mobilisation sociale. Cela à travers la tenue des séances de causeries éducatives, de mobilisation des femmes enceintes à recourir pour toute pathologie à l’établissement de santé. Cette stratégie avait déjà été mise en œuvre dans un passé très récent par l’ONG HC3, dans certaines localités ciblées par l’investigation dont Yalenzou en est une illustration parfaite.
* Améliorer la qualité des services que leur offre les prestataires de santé à travers la tenue des séances de discussion autour des services que sollicitent quotidiennement les populations.

### **Obstacles à la mise à l'échelle des liens SMNIA et VIH au niveau communautaire**

Dans l’ensemble des discussions de groupes réalisées avec les différents groupes de populations (jeunes, femmes, hommes, PVVIH, HSH, PS) il ressort de la pensée des participants qu’il n’y a pas d’obstacle réel à l’intégration des services de SRMNIA et VIH car, c’est même un souhait pour nous les bénéficiaires. « Nous pensons que avoir lors d’une seule visite dans un établissement de santé les services de SRMNIA et VIH, est un avantage inestimable » à déclarer un PVVIH. Il pense que s’il y a un obstacle c’est lié à la volonté des décideurs.

Les participants pensent n’avoir aucun rôle à jouer dans l’intégration des services de SRMNIA et VIH ; que les autorités sanitaires n’ont jamais demandé leur avis. Ils reçoivent seulement l’information de la construction et de services offerts par une structure de la place.

## **Plan d’action opérationnel**

Tenant compte des acquis et des insuffisances soulevés par l’analyse situation situationnelle de l’intégration des services de VIH et de la santé maternelle, néonatale, infantile et santé des adolescents/jeunes et aussi des risques de maintien voir aggravation des taux de mortalité, un plan d’action opérationnel est proposé pour une réponse d’urgence.

**Objectif général :**

* + - * Rendre effective l’intégration des services de la SRMNI et VIH au niveau national dans le but de contribuer à la réduction des taux de mortalité maternelle, infantile

**Objectifs spécifiques :**

* Mettre en place un mécanisme d’accompagnement de l’intégration de la SRMNIA et VIH
* Renforcer l’intégration des services de la SRMNIA et VIH au niveau opérationnel
* Promouvoir l’intégration au niveau des clients et des parties prenantes

Les détails du plan d’action opérationnel sont à l’annexe dans le tableau 8

# **Recommandations**

Au regard des insuffisances constatées plus haut et dans le souci de mener à bien le processus d’intégration du VIH et de la SSR en Guinée, l’équipe d’évaluation recommande ce qui suit :

1. **Niveau politique**

* Revoir l’organigramme du Ministère de la Santé pour réduire les obstacles liés à la mise en œuvre des activités ;
* Réviser la politique nationale en matière d’infrastructure et d’équipements sanitaires pour répondre à l’évolution de l’intégration des services ;
* Faire un plaidoyer auprès des autorités en vue de placer l’intégration au rang de priorité nationale ;
* Redynamiser les réunions trimestrielles de coordination de SRMNIA et VIH sous la supervision du Secrétaire Général du Ministère de la Santé ;
* Renforcer l’effectif du personnel dont le profil est capable de prendre en charge la SRMNIA et VIH ;

1. **Niveau stratégique**

* Disséminer et rendre disponible tous les documents politiques, stratégiques et les directives de prise en charges SRMNIA/VIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
* Accélérer la mise en œuvre du plan stratégique de l’élimination de la transmission mère enfant ;
* Accélérer l’élaboration d’un plan d’action stratégique commun pour les deux programme VIH et SRMNIA ;
* Accélérer la validation des modules de la CPN recentrée
* Réviser les documents normatifs de SRMNIA et VIH en prenant en compte les problèmes spécifique de chaque programme par l’implication effective des cadres des deux programmes nationaux.
  + - * Mettre en place des directives claires liées à l’intégration SRMNIA/ VIH pour la prise en charge des Personnes hautement vulnérables (professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes vivant le VIH, les Consommateurs de Drogues Injectables, les mineurs, les populations carcérales etc.) ;
      * Réviser les outils de gestion statistique destinés aux activités intégrées de SRMNIA et VIH ;
      * S’accorder sur les indicateurs faisant ressortir le niveau d’intégration de la SRMNIA et VIH  et les introduire dans l’annuaire statistique du Ministère de la Santé ;
      * Mettre à la disposition des structures sanitaires, les intrants et produits nécessaires pour mener les activités intégrées de SRMNIA et VIH ;
      * Planifier et mettre en action les missions de supervision conjointe et faire valoir le sens de supervision intégrée tel que définie dans les normes et procédure du Ministère de la Santé.

1. **Niveau Opérationnel**
   * + - Intensifier la sensibilisation des populations en général et des utilisateurs des services de SRMNIA ou de VIH en particulier sur le contenu des lois relatives à la santé de la reproduction et VIH ;
       - Renforcer la capacité des prestataires (CPN, PTME, Pédiatrie, Urgences) sur l’intégration SRMNIA et VIH;
       - Renforcer la capacité des prestataires (CPN, PTME, Pédiatrie, Urgences) sur le rapportage des données de VIH et SRMNIA ;
       - Renforcer le plateau technique des structures de santé pour l’offre de service SRMNIA et VIH
       - Organiser le suivi régulier post –formation des prestataires selon les normes et directives actualisées régissant les activités de prise en charge intégrées de la SRMNIA et VIH ;
       - Renforcer la capacité des prestataires sur la prise en charge des besoins spécifiques des populations clés (des professionnels de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes,), les personnes vivant le VIH, les Consommateurs de Drogues Injectables, et les populations carcérales.
2. **Niveau communautaire**
   * + - Organiser des émissions radios diffusions sur l’intégration de la SRMNIA et VIH (RTG, radios privées, Radios rurales et radios communautaires) ;
       - Réviser les supports de communications (boites à images) en tenant compte de l’intégration SRMNIA et VIH
       - Former les agents communautaires de santé sur l’intégration de SRMNIA et VIH ;
       - Former les organisations communautaires de base (OCB) sur l’offre des services intégrés de SRMNIA et VIH ;
       - Sensibiliser les leaders d’opinion (Imams, Prêtres et Pasteurs) et la population sur l’offre de services intégrés SRMNIA et VIH  dans les structures sanitaires (y compris les préservatifs comme moyen de double protection) ;
       - Sensibiliser les leaders d’opinion (Imams, Prêtres et Pasteurs) et usagers sur les violences domestiques et sur les circuits de prise en charge ;
       - Former des membres des ONG / Associations /Réseaux/ Agents communautaires pour la prise en charge des populations clés (professionnels de sexe, hommes rapport sexuel avec homme,) ;
       - Organiser une identification et regroupement des professionnels de sexe, hommes rapport sexuel avec homme, au niveau centre de santé ;
       - Documenter l’expérience du centre communautaire de la Minière avec la population clé
       - Organiser des séances de dialogue avec les populations clés (PS, HSH,) sur l’intégration SRMNIA et VIH dans les centres de santé.

# **Conclusion**

L’analyse situationnelle de l’intégration de la SRMNIA et VIH a touché 43 parties prenantes, 35 structures sanitaires, 170 prestataires et 373 clients.

Cette analyse a permis de comprendre quelques progrès réalisés dans l’intégration de la SRMNIA et du VIH à travers l’élaboration des documents politiques en faveur du droit de chaque personne à la santé, aussi des documents stratégiques qui définissent les axes d’interventions dans le domaine de la SRMNIA et VIH. Parmi ces documents, quatre comportent l’aspect intégration de la SRMNIA et VIH (Plan national stratégique pour l’élimination de la transmission mère enfant du VIH 2015-2017, Normes et procédures de la PTME juillet 2016, Normes et procédures en SR et la CPN recentré). L’un des progrès est l’existence de l’intégration partielle au niveau opérationnel dans certaines structures sanitaires notamment la PTME, la PF.

L’analyse a également permis d’identifier les parties prenantes et de les classer en fonction de leurs niveaux d’implication dans le processus de mise en œuvre la SRMNIA et VIH, en fonction de leurs pouvoir et intérêt, et en fonction de leurs intérêts et influences. Elle a aussi pris en compte les préoccupations et les engagements des parties prenantes impliquées dans la gestion des services de la SRMNIA et VIH.

L’évaluation révèle des goulots d’étranglement/lacunes liés à l’intégration des services de SRMNIA et VIH ; il s’agit essentiellement de :

* l’encrage de la PTME : La PTME est une unité du PNPCSP, ce programme relève de la Direction Nationale de la Prévention et Santé Communautaire ; tandis que la CPN relève du PNMSR, de la Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition (DNSFN). Or la PTME est une composante de la CPN ;
* l’insuffisance de coordination de l’intégration des services SRMNIA et VIH liée à l’absence de dialogue entre les deux directions nationales DNSFN et DNPSC ;
* l’insuffisance de collaboration entre les programmes SRMNIA et VIH ;
* la verticalité de planification et de mise en œuvre des activités SRMNIA et VIH ;
* l’absence de supervision conjointe entre les deux directions DNSFN et DNPSC ;
* la faible prise en charge des questions spécifiques des populations hautement vulnérables (les professionnels de sexe, les personnes vivant avec le VIH, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les populations incarcérées) ;
* l’insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières au niveau opérationnel pour la mise en œuvre des activités d’intégration de la SRMNIA et VIH.

Il est important que le Ministère de la Santé et les partenaires de développement prennent des actions correctrices pour une coordination efficace pouvant contribuer à l’atteinte de l’ODD 3 dont le but est de réduire les taux de mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile.

# **Annexe**

* 1. **Références bibliographiques**

1. Direction Nationale de la Santé Familiale et de Nutrition. Plan stratégique national de la santé maternelle, du nouveau-né, de l’enfant, de l’adolescent Et des jeunes (SRMNIA) 2016-2020 Conakry 2015
2. Ministère du Plan et de la Coopération Internationale. Institut National de la Statistique. Enquête par grappes à indicateurs multiples. Conakry, mars 2017
3. Normes et Procédures. Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH. PNPSP des IST/VIH. Conakry Juillet 2016
4. Programme national de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH/sida. Prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) Normes et procédures juillet 2016
5. Programme national de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH/sida Plan national stratégique pour l’élimination de la transmission mère enfant du VIH 2015-2017 Conakry, Octobre 2015 République de Guinée
6. Plan National Stratégique pour l’Elimination de la Transmission Mère Enfant du VIH 2015-2017. PNPSP IST/VIH/SIDA Direction Nationale de la prévention et de la santé communautaire. Conakry Octobre 2015
7. Plan stratégique en santé et développement des adolescents et des jeunes en Guinée 2015-2019. Direction Nationale de la Santé Familiale et de Nutrition Ministère de la Santé. Conakry août 2015 République de Guinée
8. Cadre Stratégique National de Lutte les IST/VIH/Sida 20132017. SE/CNLS Conakry
9. Normes et protocole de prise en charge de l’infection par le VIH chez l’adulte et l’enfant. PNPSP IST/VIH/SIDA. Conakry Février 2015 Guinée. Direction Nationale de la prévention et de la santé communautaire
10. WHO/HIV/2009 • UNFPA/2009 • IPPF-HIV 2009 • UNAIDS 2009 • UCSF 2009 Liens : examen des preuves et recommandations
11. OMS/VIH/2005.05 • UNFPA/2005 • IPPF-VIH/SIDA 2005 • ONUSIDA 2005 La santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA Un cadre de liens prioritaires
12. Karen Hardee Jill Gay Elisha Dunn-Georgiou .Guide pratique d’intégration de la santé en matière de reproduction et du VIH dans les propositions de subvention à adresser au Fonds mondial 2010
13. DABO Moustapha, Consultant national - KOUADIO Kapet Guillaume, Consultant international Evaluation rapide des liens établis entre le VIH et la santé sexuelle et de la reproduction en Guinée Conakry 2014
14. Politique Nationale de Santé. Ministère de la Santé. Conakry 2014 République de Guinée
15. Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté. République de Guinée Conakry, 2002
16. Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024. Ministère de la Santé. Conakry, mars 2015 République de Guinée
17. Plan d’action national de repositionnement de la planification familiale en Guinée 2014- 2018 Direction Nationale de la Santé Familiale et de Nutrition Ministère de la Santé. Conakry République de Guinée
18. Plan National de Passage à l’Echelle de la Prise en charge du VIH/sida en Guinée 2015-2017 Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire Conakry avril 2015 Ministère de la Santé. République de Guinée
19. Plan d’Accélération de la Prise en charge Pédiatrique du VIH en Guinée 2017-2020. Ministère de la Santé Conakry mars 2017 République de Guinée
20. Kouadio Kapet Guillaume, Consultant Analyse de l’Intégration du VIH et de la santé sexuelle et de la reproduction en Côte d’Ivoire 2015
21. Koné Sidiki et Kouadio Kapet Guillaume. Evaluation Rapide de l’intégration du VIH et de la santé sexuelle et de la reproduction au Mali. Bamako, avril 2012.
22. Comité National de Lutte contre le Sida. *https://www.goafricaonline.com/gn/35131-cnls-administrations-conakry-guinee*
    1. **Structures sanitaires visitées lors de l’évaluation de l’intégration SRMNIA et VIH**

Tableau 1 : Structures sanitaires pour l’évaluation de l’intégration SRMNIA et VIH

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Région | District sanitaire | Hôpital | Centre de santé Publique | Centre de santé privé |
| Conakry | Ratoma | CMC Ratoma | Kaporo et Lambayin | FMG |
| Matam | CMC Matam | Madina |  |
| Basse Guinée | Kindia | Hôpital Régional | CSU Cacia et Mambya | Clinique AGBEF |
| Boffa | Hôpital préfectoral | CSU et Koba |  |
| Moyenne Guinée | Labé | Hôpital Régional | CSU Leysarè et Popodara | Clinique AGBEF |
| Dalaba | Hôpital préfectoral | CSU et Mity |  |
| Haute Guinée | Kankan | Hôpital Régional | CSU Kabada et Karifamoryah | Clinique AGBEF |
| Dabola | Hôpital préfectoral | CSU et Dogomet |  |
| Guinée Forestière | N’Zérékoré | Hôpital Régional | CSU Dorota 1 et Yalenzou | Clinique AGBEF |
| Macenta | Hôpital préfectoral | CS Bowa et CS Daro | Philafricaine |

* 1. **Nombre de clients interviewés lors de l’évaluation de l’intégration SRMNIA et VIH par structure sanitaire**

Tableau 2 : Nombre de clients interviewés par structure

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature | CMC | CS Ckry | Structure Privée | Hôpital R | Structure Privée | Hôpital Préf | C S région | Total |
| Nombre structure | 2 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 16 | 35 |
| Nombre Clients | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Total client | 18 | 36 | 9 | 36 | 36 | 36 | 144 | 315 |

* 1. **Nombre de prestataires interviewés pour l’évaluation de l’intégration SRMNIA et VIH par service**

Tableau 3 : Nombre de prestataires interviewés par service et par structure

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Structures | Maternité | PTME | Pédiatrie | VIH | CPN |  | PF | Total |
| CMC Ckry/Hop | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |  | 1 | 8 |
| CS Ckry | 1 | 1 |  | 1 | 1 |  | 1 | 5 |
| SC privé/ confess |  | 0 |  | 1 | 1 |  | 1 | 3 |
| Hôpital préf | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  | 0 | 0 |
| CS intérieur |  |  |  | 1 | 1 |  | 1 | 3 |
| Total | **3** | **3** | **1** | **4** | **4** |  | **4** | **19** |
| Nombre service | 10 | 12 | 10 | 10 | 18 |  | 12 | 72 |
| Total pays | **30** | **36** | **10** | **40** | **72** |  | **48** | **236** |

* 1. **La liste des enquêteurs l’évaluation de l’intégration SRMNIA et VIH**

**Tableau 4 : Liste des enquêteurs**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Equipe | N° | Prénoms et Nom des enquêteurs | Statut | Contact |
| Conakry et Basse Guinée | 01 | Amara Tabaouo SAMAKE | Medecin | 628-56-29-93 |
| 02 | Zézé Mama GUILAVOGUI | Médecin | 620 63 14 88 |
| 03 | lbrahima Cécé NYANAWEA M | Sociologue | 625 732 020 |
| 04 | Mme Marie Louise Pessa KAMANO | Médecin | 655 844 209 |
| Moyenne Guinée, Haute Guinée et Guinée Forestière | 01 | Gnoumé CAMARA | Médecin | 657 32 98 99 |
| 02 | Tamba Alima KAMANO | Sociologie Santé | 623738958 |
| 03 | Mme Fazi GUILAVOGUI | Sage-femme | 620 56 28 80 |
| 04 | Idrissa DIALLO | Médecin | 622-15-57-24 |

* 1. **Les leaders/responsables ayant été interviewés à Conakry**

1. Direction Nationale des Etablissements hospitaliers et des Soins
2. DNSFN (Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition)
3. Direction Nationale de la Prévention et Santé Communautaire
4. Programme de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l’enfant (PCIMNE)/MSHP
5. La section adolescents et jeunes de la Direction nationale de la santé familiale et de la nutrition/MSHP ;
6. PNMSR/MSHP (Programme National de la Maternité Sans Risque) ;
7. PNPCSP/MSHP ;
8. Bureau Stratégique de Développement
9. Division Alimentation Nutrition/DNSFN/MSHP ;
10. INSE (Institut nutrition et santé de l’enfant) ;
11. Laboratoire INSE/CHU Donka ;
12. Le centre national de prise en charge des PVVIH Donka ;
13. Direction de la Santé de la Ville de Conakry ;
14. Direction nationale du budget/Ministère délégué au budget ;
15. Direction Nationale de la Santé Scolaire et universitaire/ Ministère de l’enseignement pré universitaire et de l’éducation civique
16. INRAP (Institut national de recherche et d’action pédagogique)/Ministère de l’enseignement pré universitaire et de l’éducation civique ;
17. SE/CNLS ;
18. Direction Régionale de la Santé
19. Direction Préfectorale de la Santé
20. AGBEF;
21. ONG Afrique Arc-en-ciel ;
22. FMG (Fraternité Médicale Guinée)
23. AJFDG (Association des Jeunes Filles Dévouées de Guinée)
24. REGAP+ (Réseau Guinéen des Associations des Personnes vivant avec le VIH)
25. REFIG (Réseau des associations des Femmes Infectées et Affectées par le VIH)
26. ASFEMASSI
27. MCHIP/Jhpiego/USAID ;
28. ONUSIDA ;
29. UNFPA
30. GIZ
31. UNICEF ;
32. ICN
33. CRS
34. OMS
35. PROSMI (Protection santé maternelle et infantile)
36. Solthis
37. PSI
38. DREAM
39. Chambre des Mines
40. PEV
41. PASSAP
42. Pr Cissé Mohamed
43. Pr Yolande Hizaji
44. Dr Kékoura Kourouma
45. AACG

**PLAN D’ACTION OPERATIONNEL POUR L’INTEGRATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION/SANTE MATERNELLE, SANTE INFANTILE, SANTE DES ADOLESCENTS/JEUNES ET DU VIH**

**Objectif général :**

* + - * Rendre effective l’intégration des services de la SRMNI et VIH au niveau national dans le but de contribuer à la réduction des taux de mortalité maternelle, infantile

1. **Objectifs spécifiques :**

2.1. Mettre en place un mécanisme d’accompagnement de l’intégration de la SRMNIA et VIH

2.2. Renforcer l’intégration des services de la SRMNIA et VIH au niveau opérationnel

2.3. Promouvoir l’intégration au niveau des clients et des parties prenantes

**Objectif spécifique 1 : Mettre en place un mécanisme d’accompagnement de l’intégration de la SRMNIA et VIH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Activités** | **Indicateurs** | **Zone** | **Responsable** | **Acteurs** | **Période** | **Budget** |
| 01 | Organiser une réunion de plaidoyer auprès du Ministre de la Santé pour considérer l’intégration de la SRMNIA et VIH comme une priorité | Prise de décision du Ministre relative à l’intégration SRMNIA et VIH | Conakry | Secrétaire Général du MS | DNSFN, DNPSC, OMS, Unicef | T1 |  |
| 02 | Organiser une réunion de concertation entre les cadres de la DNSFN, DNPSC et le CNLS sur l’intégration SRMNIA et VIH et la mise en place d’une réunion périodique de concertation | Réunion de concertation tenu et  Cadre de concertation mis en place | Conakry | Secrétaire Général | DNSFN  DNPSC  CNLS | T1 | 1 000 000 |
| 03 | Elaborer un plan d’action commun pour les deux programmes SRMNIA et VIH | Plan d’action commun disponible | Kindia | DNSFN | DNPSC, CNLS  Partenaires | T1 |  |
| 04 | Organiser un atelier de révision des documents normatifs pour l’intégration des aspects VIH et SRMNIA | Documents normatifs révisés disponibles | Kindia | DNSFN | DNPSC, CNLS, BSD,  Partenaires | T1, T2 |  |
| 05 | Réviser/adapter les outils de gestions en intégrant les aspects de SRMNIA et VIH | Outils de gestion révisés | Coyah | DNPSC | DNSFN, CNLS, BSD, PEV  Partenaires | T1, T2 |  |
| 06 | Elaborer un plan de supervision conjointe pour les services SRMNIA et VIH | Plan de supervision conjointe disponible | Coyah | DNPSC | DNSFN, CNLS, BSD, PEV  Partenaires | T1, T2 |  |
| 07 | Mettre en place des directives claires liées à l’intégration SSR/ VIH pour la prise en charge des Personnes hautement vulnérables (professionnels du sexe, les Consommateurs de Drogues Injectables, les mineurs, les populations carcérales etc.) | Les directives liées à l’intégration SSR/ VIH pour la prise en charge des Personnes hautement vulnérables sont disponibles | Kindia | DNPSC | DNSFN, CNLS, BSD, PEV  Partenaires | T2, T3 |  |
| 08 | Former les prestataires (agents impliqués) sur la gestion des intrants SRMNIA et VIH | Nombre d’agents formés | Préfectures | DNLP | DNSFN, DNPSC, Partenaires | T2, T3 |  |

**Objectif spécifique 2 : Renforcer l’intégration des services de la SRMNIA et VIH au niveau opérationnel**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Activités** | **Indicateurs** | **Zone** | **Responsable** | **Acteurs** | **Période** | **Budget** |
| 01 | Formation des formateurs régionaux sur l’intégration SRMNIA et VIH | Nombre de formateurs formés | Kindia | DNSFN et DNPSC | Partenaire | T3 |  |
| 02 | Formation des prestataires (CPN, PTME, Pédiatrie, Médecine générale) sur l’intégration SRMNIA et VIH | Nombre de prestataires formés | Chefs-lieux de régions | DRS | Partenaire | T3, T4 |  |
| 03 | Formation des prestataires sur le rapportage des données de VIH et SRMNIA | Nombre de prestataires formés | Chefs-lieux de régions | DRS | Partenaire | T3, T4 |  |
| 04 | Intégrer le dépistage rapide du VIH dans les services de consultation de Médecine générale | Nombre de services de consultation avec le dépistage rapide du VIH | Chefs-lieux de régions | DNPSC | Partenaire | T3, T4 |  |
| 05 | Intégrer la PF dans les services de prise en charge de VIH | Nombre de services de prise en charge de VIH avec intégration de PF | Chefs-lieux de régions | DNSFN | Partenaire | T3, T4 |  |
| 06 | Doter les services de consultation médecine générale en matériels de dépistage du VIH | Nombre de services de consultation dotés en matériels de dépistage rapide de VIH | Chefs-lieux de régions | DNPSC | Partenaire | T3, T4 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Objectif spécifique 3 : Promouvoir l’intégration au niveau des clients et des parties prenantes**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Activités** | **Indicateurs** | **Zone** | **Responsable** | **Acteurs** | **Période** | **Budget** |
| 01 | Organiser des émissions radios diffusions sur l’intégration de la SRMNIA et VIH (RTG, radios privées, Radios rurales et radios communautaires) | Nombre d’émissions sur l’intégration VIH et SRMNIA | Conakry, préfectures | DNSFN | RTG, Direction nationale de la Radio rurale | T2, T3, T4 |  |
| 02 | Elaboration des supports de l’intégration SRMNIA et VIH (affiches, dépliants et banderoles) | Nombre de supports produits | Conakry | DNPSC | Partenaire | T2, T3 |  |
| 03 | Révision des boites à images pour les activités communautaires sur l’intégration SRMNIA et VIH | Boites à images des ASC révisées prenant en compte l’aspect VIH et SRMNIA | Kindia | DNPSC | Partenaire | T2, T3 |  |
| 04 | Formation des agents de santé communautaires sur l’intégration VIH et SRMNIA | Nombre de ASC sur l’intégration de VIH et SRMNIA | Communes | DNPSC | Partenaire | T2, T3 |  |
| 05 | Organiser des séances de sensibilisation des communautés sur l’intégration de SRMNIA et VIH | Nombre de séances de sensibilisation réalisés  Nombre de ménages sensibilisés | Communes | DNPSC | Partenaire | T3, T4 |  |
| 06 | Organiser des séances de dialogue avec les populations clés (PS, HSH, PVVIH) sur l’intégration SRMNIA et VIH | Nombre de populations clés adhérées à l’intégration VIH et SRMNIA | Centre de Santé, Cliniques privées, Centres de prise en charge Sida | DNPSC | Partenaire | T3, T4 |  |