



REPUBLIQUE DE GUINEE



CABINET DU PREMIER
MINISTRE



COMITE NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT EXECUTIF
DU CONSEIL NATIONAL LUTTE CONTRE LE SIDA

REVUE DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2003-2007

RAPPORT FINAL

Janvier 2008

TABLE DES MATIERES

Remerciements	
Liste des sigles et acronymes	
Liste des tableaux	
Liste des graphiques	
Liste des cartes	
I. INTRODUCTION	1
II. METHODOLOGIE	2
2.1. L'organisation du processus à travers :	2
2.2. La mise en œuvre du processus de revue selon les étapes suivantes :	2
III. RESUME DE L'ANALYSE DE LA SITUATION	3
3.1. Contexte mondial, continental et sous-regional	3
3.1.1. Objectifs du Millénaire pour le Développement et Lutte contre la pauvreté	3
3.1.2. Nouveaux enjeux mondiaux et Lutte contre le sida	4
3.1.3. Initiatives régionales et sous-régionales relatives au VIH/sida	4
3.2. Le contexte de développement en Guinée	5
3.2.1. Caractéristiques géographiques, socioculturelles et démographiques	5
3.2.2. Système politique et organisation administrative	6
3.2.3. Environnement éthique et juridique au regard du VIH/sida	6
3.2.4. Système de santé et autres services sociaux de base	7
3.2.5. Développement économique et social de la Guinée	9
3.3. Le VIH/ sida en Guinée en 2007	10
3.3.1. Données épidémiologiques relatives aux IST-VIH/sida	10
3.3.1.1. La séroprévalence du VIH	10
3.3.1.2. Autres données épidémiologiques concernant le VIH	12
3.3.1.3. Données épidémiologiques concernant les IST autres que le VIH/sida :	12
3.3.2. Transmission sexuelle des IST-VIH	13
3.3.2.1. Les facteurs qui entretiennent la transmission sexuelle des IST-VIH	13
3.3.2.2. Les populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH	14
3.3.2.3. Les zones les plus sensibles aux IST-VIH/sida	15
3.3.3. La transmission du VIH par voie sanguine	16
3.3.4. La transmission du VIH de la mère à l'enfant	16
3.3.5. Données sur les impacts socio-économiques du sida	17
3.3.5.1. Impacts sur les individus et les familles	17
3.3.5.2. Impact sur la communauté	17
3.3.5.3. Impact au niveau macroéconomique	18
3.3.5.4. Impacts sur le secteur de la santé :	18
3.3.5.5. Impacts projetés du VIH/sida sur le secteur de l'éducation	18
3.3.5.6. Impacts projetés du VIH/sida sur le secteur de l'agriculture et des mines	19
3.3.5.7. Impacts du VIH/sida sur les entreprises	19
IV. Les principes directeurs ADOPTES par la Guinée	19
5.1. Axe Stratégique "Prévention de la transmission du VIH"	21
5.1.1. Domaine d'action 1 : Réduction de la transmission sexuelle du VIH et des autres IST	21

5.1.1.1.	Conception du domaine d'action : cohérence et adéquation.....	21
5.1.1.2.	Mise en œuvre et Résultats obtenus	22
5.1.1.3.	Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	23
5.1.1.4.	Perspectives pour 2008-2012	23
5.1.2.	Domaine d'action 2 : Promotion de l'utilisation du préservatif.....	24
5.1.2.1.	Conception du domaine d'action : cohérence et adéquation.....	24
5.1.2.2.	Mise en œuvre et résultats obtenus	24
5.1.2.3.	Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	24
5.1.2.4.	Orientations et Recommandations pour 2008-2012.....	25
5.1.3.	Domaine d'action 3 : Dépistage volontaire et anonyme du VIH	25
5.1.3.1.	Conception du programme : cohérence entre le problème à résoudre, les objectifs et les stratégies/activités du programme	25
5.1.3.2.	Mise en œuvre et Résultats obtenus	26
5.1.3.3.	Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	27
5.1.3.4.	Orientations et Recommandations pour 2008-2012.....	28
5.1.4.	Domaine d'action 4 : Diagnostic précoce et traitement des IST.....	28
5.1.4.1.	Conception du programme : cohérence et adéquation	28
5.1.4.2.	Mise en œuvre et Résultats obtenus	28
5.1.4.3.	Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	29
5.1.4.4.	Orientations et Recommandations pour 2008-2012.....	30
5.1.5.	Domaine d'action 5 : Réduction des risques de transmission par voie sanguine.....	31
5.1.5.1.	Conception du programme : cohérence et adéquation	31
5.1.5.2.	Mise en œuvre et Résultats obtenus	31
5.1.5.3.	Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	32
5.1.5.4.	Orientations et Recommandations pour 2008-2012.....	32
5.1.6.	Domaine d'action 6 : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant ..	33
5.1.6.1.	Conception du programme : cohérence et adéquation	33
5.1.6.2.	Mise en œuvre et Résultats obtenus	34
5.1.6.3.	Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	37
5.1.6.4.	Orientations et Recommandations pour 2008-2012.....	37
5.2.	Axe Stratégique "Prise en charge médicale et psychosociale".....	38
5.2.7.	Domaine d'action : Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/sida	38
5.2.7.1.	Conception du domaine : cohérence et adéquation.....	38
5.2.7.2.	Mise en œuvre et Résultats obtenus	38
5.2.7.3.	Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	39
5.2.7.4.	Orientations et Recommandations pour 2008-2012.....	40
5.2.8.	Domaine : Prise en charge des infections opportunistes (IO).....	41
5.2.8.1.	Conception du domaine : cohérence et adéquation.....	41
5.2.8.2.	Mise en œuvre et Résultats obtenus	41
5.2.8.3.	Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	42
5.2.8.4.	Orientations et Recommandations pour 2008-2012.....	43
5.2.9.	Domaine d'action 9 : Introduction des ARV dans le traitement des PVVIH	43
5.2.9.1.	Conception du domaine : cohérence et adéquation.....	43
5.2.9.2.	Mise en œuvre et Résultats obtenus	43
5.2.9.3.	Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	45
5.2.9.4.	Orientations et Recommandations pour 2008-2012.....	46

5.3. Axe Stratégique Réduction des impacts socio-économiques du sida	46
5.3.10. Domaine d'action 10 : Réduction de l'impact socio-économique sur les personnes infectées, et sur les personnes et les familles affectées (pertes de revenus, précarité et pauvreté)	46
5.3.10.1. Conception du programme : cohérence et adéquation	47
5.3.10.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus	47
5.3.10.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	47
5.3.10.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012	47
5.3.11. Domaine d'action 11 : Prise en charge des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (OEV)	48
5.3.11.1. Conception du programme : cohérence et adéquation	48
5.3.11.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus	48
5.3.11.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	48
5.3.11.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012	49
5.3.12. Domaine d'action 12 : Réduction de l'impact socio-économique global, sectoriel et sur les entreprises	49
5.3.12.1. Conception du programme : cohérence et adéquation	49
5.3.12.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus	49
5.3.12.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	50
5.3.12.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012	50
5.3.13. Domaine d'action 13 : amélioration de l'environnement éthique et juridique	51
5.3.13.1. Conception du programme : cohérence et adéquation	51
5.3.13.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus	51
5.3.13.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	52
5.3.13.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012	52
5.4. Cadre institutionnel et gouvernance de la riposte nationale au VIH/SIDA	52
5.4.14. Domaine d'action 14 : Cadre institutionnel pour la gestion de la riposte nationale	53
5.4.14.1. Description des organes de coordination politique, des organes de coordination opérationnelle et des structures de mise en œuvre	53
5.4.14.1.a. Les organes de coordination politique et d'orientation	53
5.4.14.1.b. Organes de coordination stratégique et opérationnelle	56
5.4.14.1.c. Structures et Organes de mise en œuvre	58
5.4.14.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus	58
5.4.14.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	60
5.4.14.4. Orientations et perspectives pour 2008-2012	62
5.4.15. Domaine d'action 15 : Système d'Information pour la bonne gouvernance de la riposte nationale (Suivi & évaluation, décision, planification)	63
5.4.15.1. Conception du programme : cohérence entre le problème à résoudre, les objectifs et les stratégies/activités du programme	64
5.4.15.1a. Le système d'information	64
5.4.15.1b. Les mécanismes de suivi & évaluation	65
5.4.15.1c. Les types d'indicateurs utilisés	65
5.4.15.1d. Le circuit de l'information	65
5.4.15.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus	67
5.4.15.2a. Surveillance épidémiologique	67
5.4.15.2b. Les Etudes et Recherches	68
5.4.15.2c. Gestion de l'information stratégique	68

5.4.15.3.	Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités	69
5.4.15.4.	Orientations et Recommandations pour 2008-2012	70
5.4.15.4a.	Unifier le système de suivi & évaluation en matière de IST-VIH/sida	70
5.4.15.4b.	Professionnaliser les unités de suivi & évaluation à tous les niveaux	70
5.4.15.4c.	Renforcer les capacités techniques et matérielles des unités de suivi & évaluation à tous les niveaux	70
5.4.15.4d.	Mettre en place l'Unité Communication (UC) au sein du SE/CNLS	70
5.4.15.4e.	Créer les conditions d'une supervision décentralisée et régulière	70
5.4.15.4f.	Développer les activités de recherche sur les IST, le VIH et le sida	71
5.4.15.4g.	Renforcer la collaboration entre le SNIGS et l'unité de suivi, recherche et évaluation du SE/CNLS	71
5.4.15.4h.	Mettre en place un mécanisme de coordination et de partage au niveau national	71
VI.	LES PRIORITES DE RECHERCHE POUR 2008-2012	72
VII.	GESTION FINANCIERE	73
7.1.	Mobilisation des ressources	73
7.2.	Modalités de gestion comptable et financière	73
7.2.1.	Au niveau du SE/CNLS (niveau de coordination)	74
7.2.2.	Au niveau des agences d'exécution (niveau de mise en œuvre)	74
7.3.	Processus et procédures de financement	75
7.3.1.	Gestion des opérations	75
7.3.2.	Financement des opérations	76
7.3.3.	Modalités de paiement	76
7.3.3.1.	Entre la Banque Mondiale et le SE/CNLS	76
7.3.3.2.	Entre le SE/CNLS et les agences d'exécution	77
7.4.	Perspectives et Recommandations pour 2008-2012	77
VIII.	CONCLUSIONS	78

ANNEXES

Annexe 1 : Profil Guinée, 2007

Annexe 2 : Indicateurs UNGASS, 2008

Annexe 3 : Liste des documents consultés

Annexe 4 : liste des personnes ayant pris part au processus de revue du CSN 2003-2007

LISTE DES SIGLES & ACRONYMES

AES	: Accident d'Exposition au Sang
AGBEF	: Association Guinéenne pour le Bien Etre Familial
AGF	: Agence de Gestion Financière
AGR	: Activités Génératrices de Revenus
ARV	: Anti - Retro – Viraux
BAD	: Banque Africaine de Développement
BIT	: Bureau International du Travail
BM	: Banque Mondiale
BSS	: Behavioral Surveillance Survey (Enquête de Comportement Sexuel)
CAAF	: Centre d'Appui à l'Auto promotion Féminine
CAT	: Centre Anti Tuberculeux
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCLS	: Comité Communal de lutte contre le SIDA
CCM	: Country Coordination Mechanism/Mécanisme de Coordination Pays
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaire
CECOJE	: Centre d'Ecoute de Conseil et d'Orientation des Jeunes
CEJA	: Comité d'Ecoute Jeunes et Adolescents
CMC	: Centre Médicaux Communal
CMLS	: Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA
CNLS	: Comité National de Lutte contre le SIDA
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CPLS	: Comité Préfectoral de Lutte contre le SIDA
CRD	: Communauté Rurale de Développement
CRIS	: Système d'Information sur la Riposte des Pays
CRLS	: Comité Régional de Lutte contre le SIDA
CRTS	: Centre Régional de Transfusion Sanguine
CS	: Centre de Santé
CSN	: Cadre Stratégique National
CTA	: Centre de Traitement Ambulatoire
CTPAJ/sida	: Cellules Techniques Préfectorales et Communales d'Action Jeunes de lutte contre le VIH/SIDA
CTRAJ/sida	: Cellules Techniques Régionales d'Action Jeunes de lutte contre le VIH/SIDA
CU	: Commune Urbaine
DNEHS	: Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DSRP 2	: Deuxième Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDSGIII +	: Troisième Enquête Démographique et de Santé en Guinée de 2005
ENRP	: Equipe Nationale de Revue et de Planification
ESI	: Education Sexuelle Informelle

ESSIDAGUI	: Enquête de Séroprévalence du Sida en Guinée
FAO	: Fonds pour l'Alimentation des Nations Unies
FG	: Francs Guinéens
FM	: Fonds Mondial
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
GTZ	: Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit(Coopération Allemande)
HCR	: Haut Commissariat aux Réfugiés
I.E.C	: Information Education Communication
I.O	: Infections Opportunistes
I.R.C	: International Committee Refugeee
IDA	: International Development Agency
IDH	: Indice de Développement Humain
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LaPESCH	: Planification – Evaluation – Suivi – Collaboration – Harmonisation (logiciel du système d'information SIDAPES)
MASPF	: Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et l'Enfance
MDN	: Ministère de la Défense Nationale
MJSEC	: Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Culture
MSF	: Médecin Sans Frontière
MSP	: Ministère de la Santé Publique
MST	: Maladie Sexuellement Transmissible
OCB	: Organisation Communautaire de Base
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
OOAS	: Organisation Ouest Africaine pour la Santé
OSC	: Organisation de la Société Civile
OUA	: Organisation de l'Unité Africaine
PACV	: Projet d'Appui aux Communautés Villageoises
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PAO	: Plan d'Action Opérationnel
PCG	: Pharmacie Centrale de Guinée
PCIMAA	: Prise en Charge Intégrée des Maladies des Adultes et Adolescents
PEC	: Prise En Charge
PME	: Petites et Moyennes Entreprises
PMS	: Programme Multisectoriel de lutte contre le SIDA (MAP)
PMT1	: Plan à Moyen Terme 1 ^{ère} génération
PMT2	: Plan à Moyen Terme 2 ^{ème} génération
PNLAT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNPCSP	: Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA

PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnelles du Sexe
PSAMAO	: Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires en Afrique de l'Ouest
PSI	: Population Service International
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PTS	: Prévention de la Transmission Sanguine
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
REGUIRES	: Réseau Guinéen de Recherche sur le SIDA
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RIL	: Réponse aux Initiatives Locales
ROSIGUI	: Réseau des ONG de lutte contre le SIDA en Guinée
RS	: Réponse Sectorielle
SC	: Secrétaire Communautaire
S-E	: Suivi-Evaluation
SE/CNLS	: Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le SIDA
SIDA 3	: Projet d'Appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest, phase 3
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SIDAPES	: Planification, Evaluation et Suivi du SIDA (système d'information)
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SPD	: Service Préfectoral de Développement
SSG	: Surveillance de Seconde Génération
SSP	: Soins de Santé Primaires
TB	: Tuberculose
TDR	: Termes de Référence
TS	: Travailleuse du sexe
UA	: Union Africaine
UE	: Union Européenne
UHTS	: Unité Hospitalières de Transfusion Sanguine
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNGASS	: Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA de la Session Spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Agency for International Development
USRE	: Unité Suivi, Recherche et Evaluation
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Evolution du budget du MSP de 2003 à 2007 en milliards GNF (milliers de US \$)
- Tableau 2 : Indicateurs sanitaires de la Guinée, année 2007
- Tableau 3 : Indicateurs du secteur de l'Education, années 2005 – 2006
- Tableau 4 : Indicateurs sociaux et recommandations/normes de la CIPD
- Tableau 5 : Indice de Développement Humain (IDH) dans les pays d'Afrique de l'Ouest
- Tableau 6 : Indicateurs de pauvreté en Guinée en 2007
- Tableau 7 : Séroprévalence du VIH dans la population générale en 2005
- Tableau 8 : Séroprévalence du VIH en 2005 selon le milieu et le genre
- Tableau 9 : Prévalences du VIH dans les populations les plus à risque selon les deux enquêtes
- Tableau 10 : Evolution de la séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang de 2003 à 2007
- Tableau 11 : Evolution du nombre de préservatifs distribués par PSI
- Tableau 12 : Evolution du nombre de dépistés dans les CDV,
- Tableau 13 : liste des sites PTME ouverts, novembre 2007
- Tableau 14 : Résultats PTME de 2004 au 31 octobre 2007
- Tableau 15 : Carte sanitaire de la lutte antituberculeuse
- Tableau 16 : Fonds mobilisés pour le financement du CSN 2003-2007, en USD
- Tableau 17 : Financement des CRLS pour 2004 et 2005 (en GNF et en US \$)

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : Prévalence du VIH selon l'âge et le genre
- Graphique 2 : Effectif des malades sous ARV par site de traitement

LISTE DES CARTES

- Carte N° 1 : les 4 régions naturelles de la République de Guinée
- Carte N° 2 : prévalence du VIH dans les 7 régions administratives de la Guinée
- Carte N° 3 : sites CDVA en Guinée au 30 juin 2007
- Carte N° 4 : sites de prise en charge syndromique des IST
- Cartes N° 5 et 5bis : sites PTME en Guinée au 30 novembre 2007
- Carte N° 6 : cartographie des Associations de PVVIH
- Carte N° 7 : sites de prise en charge des IO par région administrative
- Carte N° 8 : sites de traitement ARV par région administrative

I. INTRODUCTION

La revue participative du Cadre Stratégique National 2003-2007 et du Cadre Institutionnel et de Gouvernance de la riposte nationale au VIH en République de Guinée marque le début du processus de planification stratégique pour la période 2008-2012. Première phase du processus de planification stratégique, elle s'est déroulée dans la période du 25 juillet au 30 septembre 2007. Le bilan des réalisations de la période 2003-2007 est largement positif en matière de lutte contre le VIH en Guinée, malgré un contexte sociopolitique difficile. Ce constat de la présente revue est corroboré par le *Diplôme de satisfecit* décerné au SE/CNLS de la Guinée pour avoir obtenu le meilleur taux d'exécution des Projets MAP en Afrique par ActAfrica de la Banque Mondiale. Cet honneur, le SE/CNLS l'a largement partagé avec l'ensemble des acteurs de terrain et des partenaires au développement de la Guinée, au cours d'une cérémonie de "partage et d'appropriation" du *diplôme de satisfecit*, présidée par Monsieur le Premier Ministre, Président du Comité National de Lutte contre le Sida.

Beaucoup d'activités prévues par le CSN 2003-2007 ont été réalisées et bien d'autres n'ont même pas connu un début d'exécution – il en est ainsi, par exemple de la proposition de créer un fonds pour appuyer les femmes dans leurs efforts de réduire l'impact socio-économique du VIH. Au demeurant, il convient de signaler également que beaucoup d'activités qui n'étaient pas prévues dans le CSN 2003-2007 ont été réalisées. Cette situation s'explique par le dynamisme des organisations de la société civile y compris les ONG et le développement des activités du secteur santé grâce à l'appui financier du Fonds Mondial qui, complétant les efforts du PMS en la matière, a permis l'extension des traitements ARV et l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins. La situation s'explique également par l'appui relativement substantiel du PMS qui a permis d'impulser une dynamique à la réponse sectorielles autant qu'aux initiatives communautaires de base et en contribuant à la pérennisation des actions à travers le renforcement des capacités institutionnelles et des ressources humaines. Et enfin, sans une bonne gouvernance de la riposte nationale, il n'y a pas de bonne performance. La revue a perçu, dernier ce bilan globalement positif, l'engagement du SE/CNLS et le professionnalisme de son personnel malgré un organigramme relativement inadéquat, un effectif très réduit et des conditions de travail inappropriés dans des locaux exigus et peu fonctionnels.

Les obstacles auxquels est confronté le SE/CNLS ne sont pas les seuls à déplorer. Divers autres obstacles et difficultés ont été déjà signalés dans les rapports de mission de supervision de la Banque Mondiale, de revue et d'évaluation antérieures. Il s'agit, entre autres : (1) de l'absence de structures relais du SE/CNLS pour la coordination opérationnelle de la mise en œuvre des interventions au niveau des régions et des préfectures ; (2) la faible fonctionnalité des structures de coordination politique décentralisées que sont les Comités Régionaux de Lutte contre le sida (CRLS) et les Comités Préfectoraux de Lutte contre le sida (CPLS) ; (3) la faible capacité de gestion financière des acteurs communautaires ; (4) les difficultés de communication entre les collectivités décentralisées et le niveau central et vice versa ; (5) le bas seuil de financement des plans d'action des collectivités et des microprojets des ONG qui les confine à des actions sans envergure ; (6) le retard dans la mobilisation des fonds de contre partie ; (7) la timidité du secteur privé ; et, (8) l'insuffisance sinon l'inexistence d'initiative visant la réduction des impacts socio-économique du sida sur les personnes infectées ou affectées, de même que sur le développement macro-économique et sectoriel du pays.

La présente revue s'est voulue exhaustive. Après analyse de la situation et de la réponse, elle a identifié les opportunités et les points forts, tout comme les obstacles et les points faibles pour, ensuite, formuler des recommandations et perspectives pour le CSN 2008-2012.

La revue a été réalisée par l'Equipe Nationale de Planification composée d'une centaine de membres, acteurs et partenaires, autour du SE/CNLS qui en a assuré le leadership. L'équipe des facilitateurs était coachée par le Dr Mamadou Seck, consultant international, médecin de santé publique et expert en management du développement. Elle était composée du Dr Younoussa Ballo, médecin économiste de la santé, coordonnateur des facilitateurs nationaux, en charge du volet prévention ; monsieur Hady Barry, titulaire d'un doctorat en droit, chargé du volet impact socio-économique ; madame Mariam Camara, magistrat, en charge du volet éthique et juridique ; monsieur Camara, Informaticien, en charge des aspects logistiques ; Dr Mohamed Cissé, médecin spécialiste en Dermato-vénérologie, en charge du volet prise en charge médicale et psychosociale ; monsieur Lamarana Diallo, Démographe, en charge du volet Système d'Information, Suivi & Evaluation ; Dr Abdoulaye Kaba, médecin de santé publique, en charge du volet prévention ; monsieur Cheick Kéita, expert en organisation et finance, chargé du volet Cadre institutionnel et Gouvernance de la riposte nationale au VIH y compris les aspects financiers ; madame Saran Touré, spécialiste en communication et expert en genre, chargée du volet Système d'Information, Suivi & Evaluation.

II. METHODOLOGIE

En Guinée, la méthodologie adoptée pour la revue du Cadre Stratégique National 2003-2007 et du Cadre institutionnel et de Gouvernance de la riposte nationale au VIH a consisté en :

2.1. L'ORGANISATION DU PROCESSUS A TRAVERS :

- la mise en place d'une Equipe Nationale de Revue et Planification (ENRP) coordonnée par le Responsable du Suivi & Evaluation appuyé par le responsable des initiatives locales du SE/CNLS ;
- l'organisation de l'ENRP en groupes de travail et sous-groupes de travail selon les axes stratégiques et les domaines d'action définis ;
- le choix du Groupe Thématique Elargi comme Comité de Pilotage du processus de revue et planification ;
- la proposition d'un calendrier pour l'étape de la revue ;

2.2. LA MISE EN ŒUVRE DU PROCESSUS DE REVUE SELON LES ETAPES SUIVANTES :

- une revue documentaire exhaustive, du 26 juillet au 05 août 2007, par l'équipe nationale des facilitateurs qui a consigné les informations essentielles collectées sur un outil conçu par le consultant à cet effet ;
- la tenue d'un atelier de trois jours dit atelier national de revue du 06 au 08 août 2007 pour le partage et la revue critique des informations collectées au cours de la revue documentaire. Cet atelier a regroupé toutes les entités engagées dans la riposte nationale au VIH en Guinée : points focaux des secteurs ministériels, représentants des organisations de la société civile, représentants des ONG nationales et internationales ainsi que des réseaux d'ONG, points focaux des organisations du Système des Nations

Unies et représentants de la coopération bilatérale. Cet atelier national participatif a été préparé par l'équipe nationale des facilitateurs et conduit par le personnel du SE/CNLS qui a joué le rôle de modérateur des séances plénières ;

- la poursuite, pendant deux jours, du travail des groupes et des sous-groupes de l'atelier de revue organisés autour des six axes stratégiques retenus.
- la mise en commun des rapports des sous-groupes et celle des rapports des groupes de travail en vue de produire un rapport de synthèse ou rapport consolidé ;
- la tenue d'ateliers de partage du rapport de la revue du CSN 2003-2007 et du cadre institutionnel et de gouvernance de la riposte nationale au VIH, au niveau des quatre régions naturelles de la Guinée et prise en compte des contributions ;
- la tenue d'un atelier national de restitution et prise en compte des contributions ;
- Débriefing avec les autorités guinéennes ;
- la tenue d'un atelier de validation du rapport de la revue du cadre stratégique national et du cadre institutionnel et de gouvernance de la riposte nationale au VIH.

III. RESUME DE L'ANALYSE DE LA SITUATION

3.1. CONTEXTE MONDIAL, CONTINENTAL ET SOUS-REGIONAL

3.1.1. Objectifs du Millénaire pour le Développement et Lutte contre la pauvreté

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adoptés en septembre 2000 par les 189 Etats membres de l'Organisation des Nations Unies, dont la Guinée, se proposent, d'ici à 2015, de : (1) réduire l'extrême pauvreté et la faim ; (2) assurer l'éducation primaire à tous ; (3) promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; (4) réduire la mortalité infantile ; (5) améliorer la santé maternelle ; (6) combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ; (7) assurer un environnement durable ; et, (8) mettre en place un partenariat mondial pour le développement. Le rapport établi en 2006 par le PNUD sur l'état d'avancement des OMD en Guinée montre que : "en dépit des efforts fournis et des résultats encourageants enregistrés dans les domaines économique et social depuis le début des années 90, la réalisation des OMD en Guinée demeure un défi majeur. Sous l'effet de déficiences structurelles internes (mauvaise gouvernance, pénuries d'infrastructures économiques de base – eau, électricité, télécommunications, transports, etc.) et d'un environnement extérieur défavorable (instabilité sous-régionale, détérioration des termes de l'échange, baisse drastique des financements extérieurs), la situation du pays s'est sensiblement détériorée depuis 2002. Selon les projections faites par les services statistiques, l'incidence de la pauvreté qui était de 49% en 2002 est passée à 53,6% en 2005".

En Guinée, le *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté* (DSRP) reconnaît les relations réciproques, de cause à effet entre la pauvreté et le sida, deux fléaux dont les impacts conjugués risquent de compromettre tous les efforts de développement du pays, si le Gouvernement ne leur accorde pas un premier ordre de priorité. Le DSRP de la Guinée prend largement en compte le VIH/sida comme un secteur à part entière. Il reste à traduire cet engagement en actes concrets de nature à changer la situation misérable et vulnérable dans laquelle se trouve la majorité des populations guinéennes.

3.1.2. Nouveaux enjeux mondiaux et Lutte contre le sida

La Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida de l'Assemblée Générale des Nations Unies dite UNGASS reste une référence mondiale pour mesurer les progrès accomplis en matière de lutte contre le sida. Il en est de même de "l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH" et de "l'accélération de la prévention", initiatives plus récentes auxquelles la Guinée a adhéré.

Le Fonds Mondial contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme mis en place sur décision du Secrétaire Général des Nations Unies, contribue considérablement à soutenir les efforts des pays en développement dans leur lutte contre ces trois fléaux.

Les "Trois principes" sont un bréviaire en matière de gouvernance pour la riposte nationale au VIH en République de Guinée. Ces "Trois principes" sont : un cadre d'action contre le VIH/sida offrant une base pour la coordination des activités de tous les partenaires ; une autorité nationale de coordination du sida, avec un mandat multisectoriel à large assise ; et, un système convenu de suivi & évaluation au niveau du pays.

3.1.3. Initiatives régionales et sous-régionales relatives au VIH/sida

La Déclaration d'Abuja : en avril 2001, les Chefs d'Etat et de gouvernement de l'OUA devenue Union Africaine (UA) ont pris l'engagement de porter le budget de la santé à 15% au moins du budget de fonctionnement de leur pays respectif afin de mieux lutter contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme. Ces trois fléaux sont les plus meurtriers en Afrique et, ils entretiennent un cercle vicieux avec la pauvreté.

L'Organisation Ouest Africaine pour la Santé (OOAS) s'emploie à mener des interventions concertées dans le cadre sous-régional de la CEDEAO. Sous l'égide de l'OOAS, entre les pays de l'Afrique de l'Ouest et les firmes pharmaceutiques fabricants d'antiretroviraux, un protocole d'accord a été signé, selon les termes duquel une réduction sensible serait appliquée à toute commande groupée d'ARV.

Une initiative sous-régionale de collaboration transfrontalière dans le cadre de la Mano River Union, regroupant la Guinée, la Sierra Léone, le Libéria et la Côte d'Ivoire, vise à développer des actions de prévention à l'intention des transporteurs le long des axes routiers.

"Prévention du sida sur les Axes Migratoires en Afrique de l'Ouest" ou PSAMAO est l'intitulé d'un projet sous-régional destiné aux routiers et aux travailleuses du sexe avec élargissement à la population générale installée dans ses zones d'intervention. Appuyé par le projet AWARE financé par l'USAID et géré par Fraternité Médicale Guinée, ce projet a implanté un site de référence au Kilomètre 36 (Km36) dans la préfecture de Coyah. Maillon important dans la riposte du secteur transport face au sida, ce projet est également un pas significatif dans le sens du développement d'un programme d'action transfrontalier contre le sida.

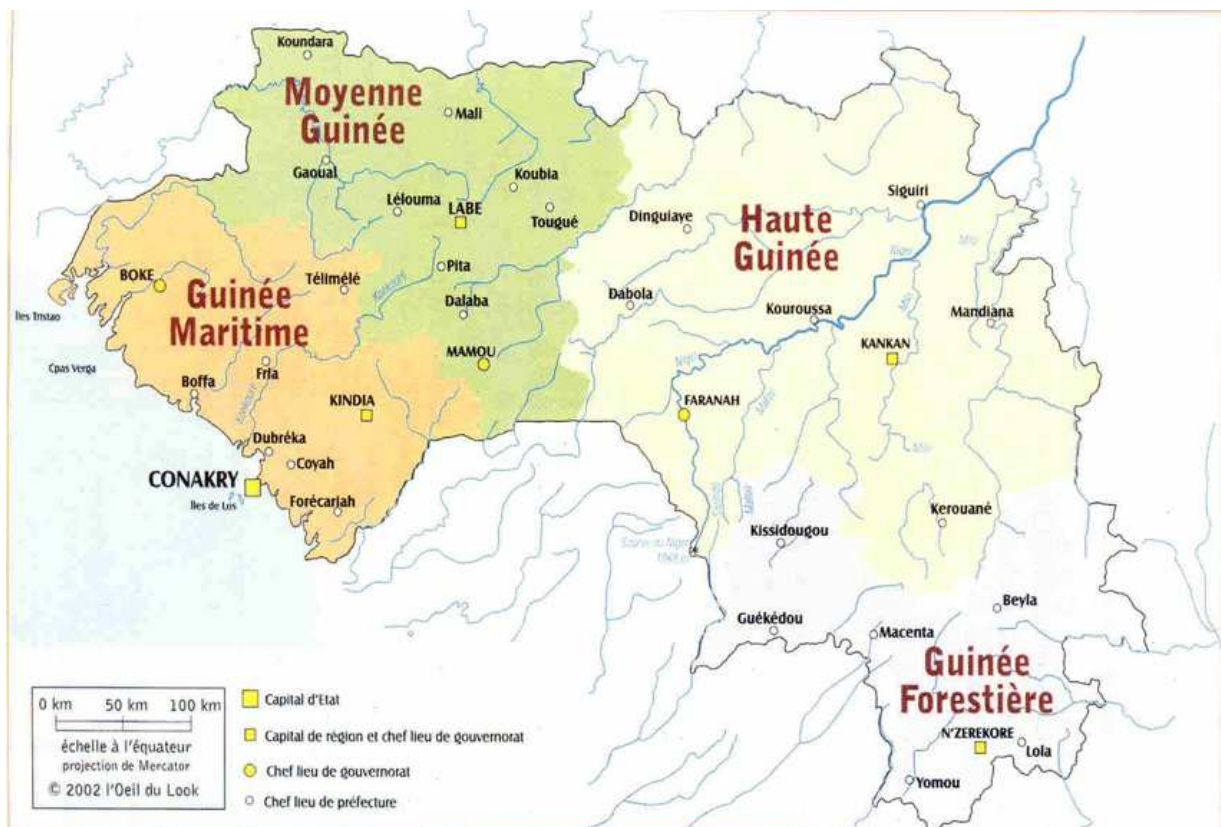
3.2. LE CONTEXTE DE DEVELOPPEMENT EN GUINEE

3.2.1. Caractéristiques géographiques, socioculturelles et démographiques

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, entre les 7° et 12° de latitude nord et les 8° et 15° de longitude ouest. Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'est, le Liberia et la Sierra Leone au sud et l'Océan Atlantique à l'ouest. Sa superficie totale est de 245.857 km².

Sur le plan géographique, la Guinée est divisée en quatre régions naturelles bien individualisées sur le double plan physique et humain : (1) la Basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations qui varient entre 3000 et 4000 mm par an ; (2) la Moyenne Guinée est une région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles qui varient entre 1500 et 2000 mm ; (3) la Haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays et où le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an ; (4) la Guinée Forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvrent 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

Carte N° 1 : les 4 régions naturelles de la République de Guinée



Dans le pays, on parle une vingtaine de langues nationales dont trois utilisées majoritairement : le Soussou en Basse Guinée, le Poular en Moyenne Guinée et le Malinké en Haute Guinée. En

Guinée Forestière, il existe plusieurs variétés dialectales dont les principales sont le Kissi, le Lomagoé, le Guérzé et le Mano.

La grande majorité de la population est de religion musulmane (environ 90%). Les populations de Koundara au nord-ouest et de la Guinée Forestière au sud-est sont essentiellement catholiques. On compte quelques animistes.

Selon les perspectives élaborées à partir des résultats du RGPH de 1996, la Guinée compte en juillet 2007, une population de 9.615.639 habitants. Environ 70% d'entre eux vivent en milieu rural. Les femmes représentent plus de 51% de la population totale. Environ 47% de cette population féminine sont en âge de procréer. Le taux d'accroissement naturel est de 2,8% par an.

L'espérance de vie attendue en 2007 est de 63 ans sous l'hypothèse que la prévalence du VIH n'excède pas 5%¹ et que le système de santé ne soit pas dégradé.

Quant à la migration, on note un important mouvement de populations entre la Guinée et tous les pays voisins, plus particulièrement, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Sierra Leone et le Libéria. S'agissant des migrations internes, les taux nets ne sont positifs qu'à Conakry où les gens immigrer, et en Haute Guinée d'où ils émigrent.

3.2.2. Système politique et organisation administrative

Le régime politique en Guinée est un régime présidentiel. L'assemblée nationale exerce le pouvoir législatif. Il existe un Conseil Economique et Social depuis 1998 et un Conseil national de la Communication a été créé. En 1993, le multipartisme intégral a été consacré en Guinée avec plus de quarante partis politiques légalisés. Les événements sociopolitiques de janvier et février 2007 ont propulsé les organisations de la société civile au devant de la scène comme acteurs, de fait, du jeu politique guinéen. Ces événements ont abouti à la nomination d'un nouveau premier ministre et la formation d'un gouvernement de consensus. Le contexte relativement apaisé de dialogue politique et de sursaut national est favorable pour le processus participatif de planification d'une riposte nationale concertée face au VIH/sida.

Au plan administratif, la Guinée est divisée en 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 303 communautés rurales de développement. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux). Ainsi, la décentralisation et la gouvernance locale de la riposte au VIH trouve un cadre déjà bien défini.

3.2.3. Environnement éthique et juridique au regard du VIH/sida

Avant 2002, il n'existait aucune législation relative au VIH/sida en Guinée. Face à ce vide juridique, les chartes, conventions et autres déclarations internationales ratifiées par la Guinée

¹ DSRP2, 2007

ont servi de cadre de référence pour répondre à certaines situations soulevées par la problématique du VIH. Il s'agit essentiellement de : (1) la Déclaration universelle des droits de l'Homme et des Peuples, 1948 ; (2) la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, août 1982 ; (3) la convention relative aux droits de l'enfant, juillet 1990 ; (4) la charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples ; (5) la Déclaration d'Abuja, avril 2001 ; (6) l'initiative de Bamako sur les soins de santé primaires (SSP), 1987.

De même, au niveau national, certains textes de loi ont été mis à profit. Il en est ainsi de : (1) la Loi Fondamentale garantissant à tout citoyen le droit à la vie et à la santé ; (2) la loi L10 sur la santé de la reproduction ; (3) le Décret n° D/229/PRG/SGG du 25 novembre 1998, portant adoption de la politique nationale de lutte contre le sida.

Aujourd'hui, la Loi 025/AN 2005 relative à la Prévention, la Prise en charge et le contrôle du VIH/sida constitue une avancée significative et comble le vide juridique dénoncé plus haut.

3.2.4. Système de santé et autres services sociaux de base

Le système de santé guinéen est composé d'un sous-secteur public et d'un sous-secteur privé. Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet : le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national.

Depuis 1988, la Guinée développe les Soins de Santé Primaires et met en œuvre l'initiative de Bamako. A ce jour, le pays dispose de 2 hôpitaux nationaux, 7 hôpitaux régionaux, 31 hôpitaux préfectoraux et communaux, 496 centres de santé et 500 postes de santé. Cette couverture sanitaire de base favorise une accessibilité géographique des soins. Cependant les services sociaux de base sont encore loin de répondre aux normes internationales et ils ne semblent pas être une priorité des autorités gouvernementales, au regard des informations résumées dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 1 : Evolution du budget du MSP de 2004 à 2007 en milliards GNF (milliers de US \$)

Année	Budget National	Budget Santé	Proportion (%)
2005	58 374 461 496	1 722 546 247	2,95
2006	72 996 400 000	2 725 186 430	3,73
2007	98 569 931 000	3 433 925 104	3,48

Source : Lois des finances de 2005 à 2007

Le budget de la santé est loin des 15% du budget national qui est le niveau d'engagement pris par les chefs d'Etat et de gouvernement à travers la Déclaration d'Abuja (avril, 2001). Le minimum suggéré par l'OMS est de 9%.

Le sous-secteur privé comprend 271 cabinets de soins et de consultation, 22 centres médicaux chirurgicaux, 10 polycliniques, 23 cabinets dentaires et 222 cabinets de sages femmes sur l'ensemble du territoire (Annuaire Statistique de Santé, 2005). Les structures pharmaceutiques et biomédicales, sont composées de points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes et des laboratoires d'analyses biomédicales. Ce dispositif privé s'ajoute au Laboratoire National de Santé Publique et au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ainsi qu'à ses démembrements (CRTS, UHTS).

Tableau 2 : Indicateurs sanitaires de la Guinée, année 2007

Espérance de vie à la naissance	53,9 ans ***
Taux de mortalité infantile	91 pour 1.000 *
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	163 pour 1.000 *
Taux de mortalité infanto-juvénile	177 pour 1000 **
Taux de mortalité maternelle	980 pour 100.000 naissances vivantes **
Ratio médecins/populations	1 médecin pour 10.000 habitants **
Ratio hôpitaux/populations	1 hôpital pour 180.000 habitants **
Ratio centres de santé/populations	1 centre de santé pour 22.500 habitants **
Couverture vaccinale globale	32% complètement vaccinés *
Prévalence du VIH dans la population générale	1,5 *
Malnutrition chronique	3,2%**
Cas de tuberculose – prévalence, 2004	410 pour 100.000
Dépenses sanitaires – (% PIB), 2006	0,4 ***
Dépenses sanitaires – (% BND), 2006	6 ***

Sources : *EDSIII 2005 ; **PNDS 2003-2012 ; ***DRSP 2007

Les dépenses de santé sont très faibles reflétant parfaitement l'insuffisance du budget mis en évidence dans le tableau précédent. Malgré une couverture relativement acceptable en matière d'infrastructures et de médecins, les indicateurs de santé traduisent un état de santé médiocre des populations guinéennes. Selon le *Rapport sur le développement humain, PNUD 2006*, l'espérance de vie est plus élevée chez les femmes (54,2 ans) que chez les hommes (53,6 ans).

Quant aux indicateurs du secteur de l'éducation, on note des taux de scolarisation relativement faibles aux niveaux primaire et secondaire. Les taux d'alphabétisation sont dramatiquement bas, surtout chez les femmes.

Tableau 3 : Indicateurs du secteur de l'Education, années 2005-2006

Taux de scolarisation brut /enseignement primaire	78%
Taux de scolarisation brut/enseignement primaire/Filles	70%
Taux d'achèvement du cycle primaire	60%
Taux d'abandon dans l'enseignement primaire	-
Taux de scolarisation brut/enseignement secondaire 1 ^{er} cycle	43%
Taux de scolarisation brut/enseignement secondaire 2 ^{ème} cycle	23%
Taux de scolarisation brut / enseignement supérieur	-
Taux d'alphabétisation des adultes	28%
Taux d'alphabétisation des femmes de 15 ans et plus	16,1% *
Taux d'alphabétisation des hommes de 15 ans et plus	44,1% *

Sources : DRSP2, 2007 ; *EDSG III+ 2005

Le taux moyen d'alphabétisation à 28% cache une large disparité entre les hommes (44,1%) et les femmes (16,1%). Généralement, les personnes alphabétisées ont une plus grande facilité d'accès à l'information.

Le tableau ci-dessous intitulé "Indicateurs sociaux et recommandations/normes de la CIPD" donne une idée de l'écart entre les niveaux recommandés et les niveaux extrêmement bas des indicateurs socio-sanitaires en Guinée à l'exception notable de l'accès aux services sociaux qui se trouve au niveau recommandé.

Tableau 4 : Indicateurs sociaux et recommandations/normes de la CIPD

Libellés des indicateurs	Situation en Guinée	Recommandations CIPD
Taux d’alphabétisation des femmes (%)	15	> 50
Taux d’inscription des filles au primaire (%)	44	>75
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	980	< 100
Taux de mortalité infantile (%)	91	< 50
Proportion d’accouchements assistés (%)	35	> 75
Taux de prévalence contraceptive moderne (%)	9	> 60
Proportion d’accès aux services sociaux de base	62	> 60

Source : Ministère du Plan, ONEP, 2002

Il est à noter le taux particulièrement élevé de mortalité maternelle, presque 10 fois au-dessus du niveau considéré comme relativement tolérable.

3.2.5. Développement économique et social de la Guinée

Au niveau mondial, la Guinée se situe à la 160^{ème} place sur un total de 177 pays du point de vue de l’Indice de Développement Humain (IDH), selon le *Rapport mondial sur le Développement humain 2006*, publié par le PNUD. Comparé aux pays membres de la CEDEAO et à la Mauritanie, la Guinée est dans une position moyenne du point de vue de l’IDH avec 0,445. Le Cap Vert a le meilleur IDH avec 0,722 et le Niger, avec 0,311, a l’IDH le plus faible.

Tableau 5 : l’Indice de Développement Humain (IDH) dans les pays d’Afrique de l’Ouest

Pays	Rang IDH	Espérance de vie à la naissance (Années)	% d’adultes alphabétisés 2001/2002	Taux brut de scolarisation du primaire au supérieur	PIB par habitant (PPA ²)	Indice d’espérance de vie	Indice du niveau d’instruction	Indice du PIB	IDH
Cap Vert	106	70,7	..	67	5.727	0,76	0,73	0,68	0,722
Ghana	136	57,0	57,9	47	2.240	0,53	0,54	0,52	0,532
Togo	147	54,5	53,2	55	1.536	0,49	0,54	0,46	0,495
Mauritanie	153	53,1	51,2	46	1.940	0,47	0,49	0,49	0,486
Gambie	155	56,1	..	50	1.991	0,52	0,42	0,50	0,479
Sénégal	156	56,0	39,3	38	1.713	0,52	0,39	0,47	0,460
Nigeria	159	43,4	..	55	1.154	0,31	0,63	0,41	0,448
Guinée	160	53,9	29,5	42	2.180	0,48	0,34	0,51	0,445
Bénin	163	54,3	34,7	49	1.091	0,49	0,40	0,40	0,428
Côte d’Ivoire	164	45,9	48,7	40	1.551	0,35	0,46	0,46	0,421
Guinée Bissau	173	44,8	..	37	722	0,33	0,39	0,33	0,349
Burkina Faso	174	47,9	21,8	26	1.169	0,38	0,23	0,41	0,342
Mali	175	48,1	19,0	35	998	0,39	0,24	0,38	0,338
Sierra Léone	176	41,0	35,1	65	561	0,27	0,45	0,29	0,335
Niger	177	44,6	28,7	21	779	0,33	0,26	0,34	0,311
Libéria		42,5	..	57,4

Source : *Rapport mondial sur le développement humain 2006*, PNUD

Le tableau ci-dessous montre un appauvrissement de la population guinéenne à travers l’indice de pauvreté monétaire qui est passé de 53,6% en 2006 à 54,5% en 2007, le taux moyen de pauvreté qui est passé de 49,2% à 52% en 2007 et l’indice de développement humain qui est passé de 0,466 en 2006 à 0,445 en 2007.

² Parité de Pouvoir d’Achat

Tableau 6 : Indicateurs de pauvreté en Guinée entre 2005 et 2007

Indicateurs	Année	Estimations
Incidence de pauvreté monétaire	2006	53,6%
Incidence de pauvreté monétaire	2007	54,5%
Indice de développement humain	2005	0,466
Indice de développement humain	2007	0,445
Taux moyen de pauvreté	2006	49,2%
Taux moyen de pauvreté	2007	52%

Source : DSRP2, 2007 et Rapport annuels du PNUD 2005, 2006 et 2007

Sur le plan économique et financier, en dépit des immenses potentialités du pays, la situation n'a cessé de se détériorer au cours des 4 dernières années, principalement du fait des contre-performances dans la gestion des affaires publiques et de la baisse drastique des financements extérieurs³. Entre 2003 et 2006, le taux de croissance annuel moyen du PIB s'est établi à environ 2,45%, contre 4,0% au cours de la décennie 90. De même, l'inflation a atteint son plus haut niveau depuis plus d'une décennie (39,1% en 2006 en glissement annuel), contribuant de facto à une nette détérioration du pouvoir d'achat des populations.

3.3. LE VIH/ SIDA EN GUINEE EN 2007

3.3.1. Données épidémiologiques relatives aux IST-VIH/sida

3.3.1.1. La séroprévalence du VIH

Selon l'Enquête de Séroprévalence du Sida en Guinée (ESSIDAGUI), la séroprévalence chez les femmes en CPN est de 2,8% en 2001. Les résultats de l'Enquête Démographique et Santé en Guinée (EDSG III, 2005) montrent une séroprévalence nationale de 1,5% au sein de la population générale avec des variations selon les groupes de populations.

Tableau 7 : Séroprévalence du VIH dans la population générale en 2005

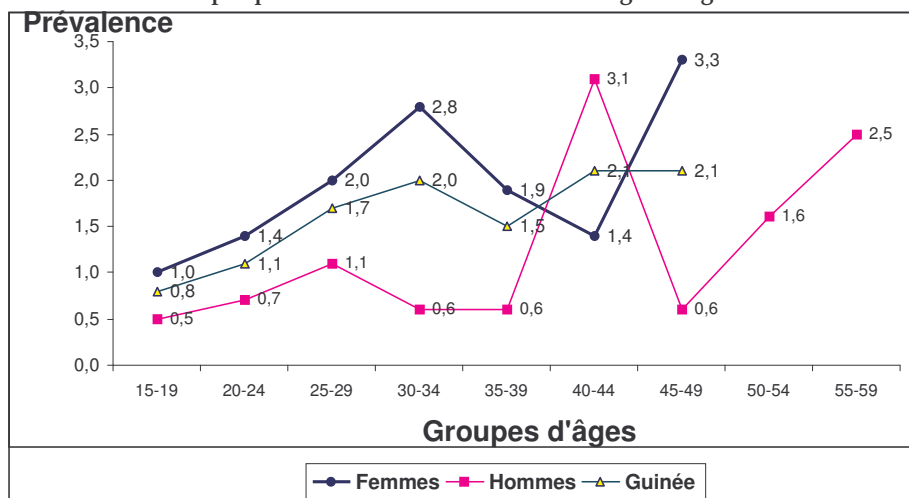
Totale	1, 5
Hommes	0,9
Femmes	1,9
Milieu Urbain	2,4
Milieu Rural	1,0

Source : EDSG III 2005

La prévalence moyenne du VIH dans les milieux urbains est plus élevée que celle des milieux ruraux (2,4 % contre 1,0 %) ; elle semble être deux fois plus élevée chez les hommes des milieux ruraux que chez ceux des centres urbains (1,1% contre 0,6%). Chez les femmes, la situation est contraire car, on a une plus grande proportion de femmes infectées en milieu urbain qu'en milieu rural (3,9% contre 0,9%).

³ Selon les statistiques du FMI, l'aide publique à la Guinée est passée de 3,7% du PIB à la fin des années 90 à 0,6% en 2004 (Rapport FMI, 06/37, janvier 2006)

Graphique 1 : Prévalence du VIH selon l'âge et le genre



Source : EDSG III, 2005

On note une féminisation de l'infection à VIH avec un taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans à 1,9% contre 0,9% chez les hommes de la même tranche d'âge. La proportion de personnes séropositives augmente avec l'âge : en effet, de 0,8 % dans le groupe d'âges 15-19 ans, la proportion atteint un maximum de 2,1 % chez les groupes d'âge de 40-44 ans et 45-49 ans comme en témoigne le graphique ci-dessus.

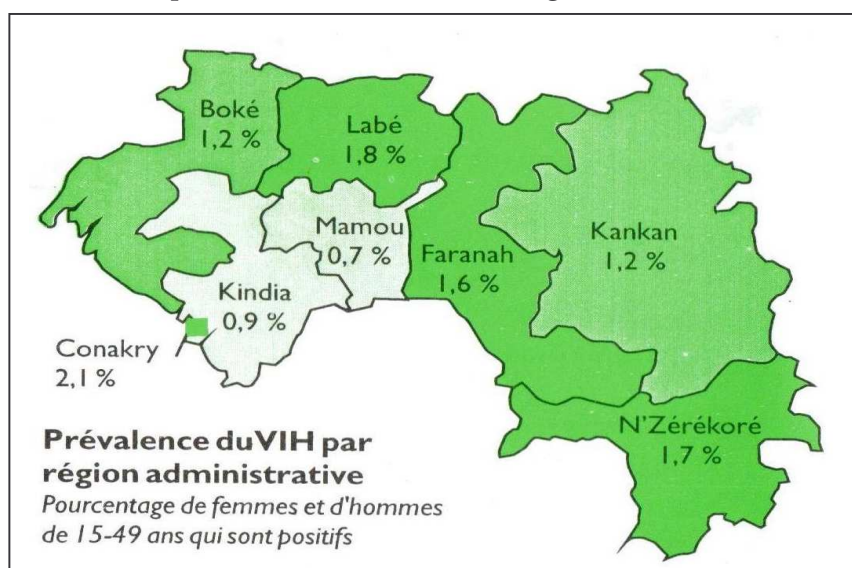
Tableau 8 : Séroprévalence du VIH en 2005 selon le milieu et le genre

	Femmes	Hommes	Total
Urbain	3,9	0,6	2,4
Rural	0,9	1,1	1,0

Source : EDS III, 2005

- Données de séroprévalence dans la population générale par région : selon l'EDSIII, 2005, la prévalence pour le VIH est de 2,1 à Conakry ; 1,8 à Labé ; 1,7 à Nzérékoré ; 1,6 à Faranah ; 1,3 à Boké ; 1,2 à Kankan ; 0,9 à Kindia et 0,7 à Mamou.

Carte N° 2 : prévalence du VIH dans les 7 régions administratives de la Guinée



- Données de séroprévalence dans la population générale par groupe reconnu plus exposé aux risques d'infection par le VIH, selon *ESSIDAGUI, 2001* et *ESCOMB 2007*.

Tableau 9 : Prévalences du VIH dans les populations les plus à risque selon les deux enquêtes

GROUPES SPECIFIQUES	ESSIDAGUI 2001 (%)	ESCOMB 2007 (%)
Professionnelles de sexe (PS)	42	34,4
Routiers	7,3	5,5
Miniers	4,7	5,2
Hommes en uniforme	6,6	6,5
Pêcheurs		5,6

Source : *ESSIDAGUI 2001* et *ESCOMB 2007*

L'on note un recul de la prévalence chez les PS et chez les routiers, alors qu'il y a progression chez les miniers et une stagnation chez les hommes en uniforme. Chez les pêcheurs Fraternité Médicale Guinée ait trouvé 11% en 2006 alors que l'*ESCOMB, 2007* trouve une prévalence de 5,6%.

3.3.1.2. Autres données épidémiologiques concernant le VIH

Les données recueillies rassemblées par l'équipe nationale de revue et planification sont incohérentes et parfois contradictoires, ce qui a conduit à l'adoption des chiffres publiés par ONUSIDA.

- Nombre de personnes vivant avec le VIH/sida y compris les enfants : 85.000 en moyenne ; [69.000-100.000]
- Nombre de décès par sida (adultes et enfants) : 8.000 en moyenne ; [6.000-11.000]
- Adultes de plus de 15 ans et plus vivant avec le VIH : 78.000 en moyenne ; [62.000-91.000]
- Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH : 53.000 en moyenne ; [42.000-61.000]
- Enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH : 7.000 en moyenne ; [2.400-16.000]
- Nombre d'orphelins 0 à 17 ans en vie : 41.000 en moyenne ; [29.000-56.000].

Toutes les dispositions nécessaires devraient être prises, dans les meilleurs délais, pour obtenir des données fiables sans lesquelles les bases de la planification resteront toujours en décalage par rapport à la réalité guinéenne vécue.

3.3.1.3. Données épidémiologiques concernant les IST autres que le VIH/sida :

Le rapport SNIGS annuel 2005 indique que les IST sont classées au 7^{ème} rang des causes de morbidité et touchent les plus jeunes (15 ans et plus). Le taux d'incidence est de 1,8%. Des données existent dans les zones d'intervention du Projet Sida 3 et de PRISM. Il est difficile sinon impossible d'avoir des données fiables sur les IST au plan national, alors que la notification des

cas syndromiques d'IST est sensé se faire dans l'ensemble des formations sanitaires publiques à travers le pays.

A elle seule, cette absence de données sur les IST traduit à suffisance la faiblesse du système d'information sanitaire qui doit fournir au SE/CNLS l'essentiel des données relatives aux aspects médico-sanitaires du VIH/sida.

3.3.2. Transmission sexuelle des IST-VIH

Les rapports sexuels, et plus particulièrement les rapports hétérosexuels, constituent la principale voie de transmission du VIH en Guinée. Les comportements sexuels à risques persistent notamment les rapports sexuels non protégés, le multipartenariat, les viols, les rapports chez les adolescentes. Selon l'EDSGIII de 2005 confirme le multipartenariat comme facteur de risque d'infection par le VIH : parmi les femmes enquêtées, la prévalence est plus élevée chez les 16% de femmes ayant eu entre 5 et 9 partenaires sexuels. Il est important d'identifier les facteurs de risque et de vulnérabilité, les groupes de populations les plus concernés par ces facteurs et les endroits où ces facteurs sont le plus présents (cartographie) afin d'adopter les stratégies les plus appropriées pour éliminer ces facteurs.

3.3.2.1. Les facteurs qui entretiennent la transmission sexuelle des IST-VIH

La persistance de ces comportements à risques est souvent liée à des situations de vulnérabilité qui constituent les causes sous-jacentes de la transmission du VIH. En Guinée, les études et recherches ont mis en évidence les facteurs suivants :

- la pauvreté et la précarité économique qui poussent certaines jeunes filles et femmes et certains hommes également à la prostitution ;
- la pauvreté et la précarité économique peuvent également pousser certains hommes à la prostitution et aux rapports sexuels avec d'autres hommes ;
- le statut inférieur de la femme guinéenne qui lui ôte tout pouvoir de négociation dans les rapports sexuels, notamment le port du préservatif ;
- l'ignorance du statut sérologique et la présomption de séronégativité qui font qu'aucune précaution n'est prise en cas de rapports sexuels ;
- la non perception du risque personnel chez certains groupes de populations en particulier ;
- les relations sexuelles précoces, surtout entre adolescentes et adultes beaucoup plus âgés ;
- la perte des valeurs qui sont le ciment de la cohésion sociale et le censeur des "comportements hors normes", notamment des comportements sexuels ;
- le relâchement de l'encadrement familial qui contribue à la perte des valeurs et poussent dans la rue les enfants (garçons et filles) qui deviennent OEV et s'adonnent à prostitution, à la drogue et à tous autres comportements déviants ;
- le lévirat et le sororat dans l'ignorance totale de la cause de décès du frère ou de la sœur et en l'absence de tout test de dépistage du VIH avant le remariage ;
- le faible niveau de connaissance sinon l'ignorance des IST-VIH/sida dans la population générale du fait des tabous liés à la sexualité mais également du fait de l'analphabétisme ;

- l'absence de légalisation réglementant la prostitution en Guinée favorise la prostitution clandestine qui s'exerce en dehors de tout suivi sanitaire formel des travailleuses du sexe ; pourtant, le proxénétisme est reconnu et condamné dans le code pénal guinéen ;
- le célibat géographique qui concerne surtout les militaires, les routiers, les pêcheurs et les commerçants souvent en déplacement hors de leurs foyers pour des durées plus ou moins longues ;
- les violences sexuelles envers les filles et femmes par les clans, les clients des travailleuses du sexe et les proxénètes ;
- l'inaccessibilité des moyens de prévention du point de vue géographique (couverture insuffisante) et du coût plus élevé dans certains endroits plutôt que dans d'autres ;
- la corruption sexuelle qui, en milieu scolaire, se traduit par les "notes sexuellement transmises" : c'est le rapport sexuel entre professeur et élève contre une bonne note ;
- la "location de femmes" dans le milieu des transports routiers, concept assimilable au proxénétisme en Guinée ;
- la stigmatisation et la discrimination des PVVIH.

3.3.2.2. Les populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH

La femme est plus exposée comme en témoignent les données épidémiologiques. Parmi les facteurs qui favorisent cette féminisation de l'épidémie de VIH, il y a la constitution biologique de la femme, sa dépendance économique, son faible pouvoir de négocier des rapports sexuels protégés ainsi que les violences dont elle est victime. L'EDSGIII, 2005 révèle qu'à tous les âges la prévalence du VIH chez les femmes est supérieure à celle des hommes. Les femmes constituent 52% de la population guinéenne.

Selon le PNUD, 2004, "les normes traditionnelles contribueraient également à rendre l'homme plus vulnérable aux IST-VIH/sida. La société attendrait de lui qu'il soit fort sur le plan physique et émotionnel, qu'il domine la femme, qu'il soit le maître de décision en ce qui concerne les relations sexuelles et qu'il soit sexuellement actif... Bref, les normes et pressions de la société augmenteraient la vulnérabilité des hommes à l'infection au VIH et de ce fait elles augmenteraient la vulnérabilité des femmes". Le focus sur les femmes devrait s'accompagner parallèlement d'actions spécifiques à l'intention des hommes, partenaires des femmes.

Les Travailleuses du sexe (TS) qui sont à 34,4% de prévalence du VIH selon la dernière enquête de deuxième génération (ESCOMB) organisée en 2007. Le manque de législation réglementant ce métier le confine dans la clandestinité, ce qui rend impossible le suivi sanitaire et la mise en œuvre des autres mesures protégeant les TS et leurs clients.

Les agents en uniformes sont à 6,5% de prévalence pour le VIH selon l'ESCOMB, 2007.

Les jeunes constituent des cibles prioritaires pour les actions de prévention en raison de la précocité des rapports sexuels. En effet, selon l'ESCOMB, 2007, "60% des filles et 50% des garçons enquêtés ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel avant d'atteindre leur quinzième anniversaire". Les moins de 15 ans constituent 42% de la population. Les faibles connaissances en matière de prévention sont également un facteur de vulnérabilité des jeunes. En effet, "selon les critères définis pour la bonne connaissance, les proportions des répondants qui

ont cité simultanément et spontanément les trois modes majeurs de prévention tout en rejetant les trois modes erronés de transmission sont faibles dans tous les groupes et se situent entre 2% chez les miniers et 17% chez les jeunes garçons et les agents en uniforme" (ESCOMB, 2007).

Un autre groupe potentiellement à risque et qui n'a pas été pris en compte dans le plan d'action précédent est celui des pêcheurs. Une étude réalisée par l'ONG Fraternité Médicale Guinée a révélé que 11% de pêcheurs clients des Travailleuses du sexe étaient infectés par le VIH (2006) alors que l'ESCOMB, 2007 révèle une prévalence à 5,6 chez les pêcheurs. Jusque là, les routiers étaient plus considérés comme groupe vulnérable avec 7% de prévalence du VIH (EDS 2001), l'ESCOMB, 2007 trouve une prévalence à 5,5%. Cette baisse pourrait être attribuée au dynamisme de la riposte sectorielle transport. Les pêcheurs tout comme les routiers partagent la mobilité, le contact permanent avec les pays limitrophes, le pouvoir financier relativement élevé, l'environnement de consommation d'alcool et de stupéfiants.

La perception du risque d'être infecté par le VIH est très faible au sein des miniers. En effet, seulement 30% d'entre eux savent que tout le monde peut être infecté par le VIH et 26,9% considèrent les relations sexuelles sans préservatif avec des partenaires irrégulières comme un facteur d'exposition à l'infection par le VIH (Enquête CAP IST-VIH/sida miniers, 2004). Toutefois, le bilan du PMS de 2006 indique que plus de 60% des miniers utilisent le condom. L'ESCOMB, 2007 révèle une prévalence du VIH à 5,2% chez les miniers. Le tableau 9 de la page 11 récapitule les prévalences du VIH chez certains groupes considérés comme à plus haut risque.

Peu d'activités sont développées en faveur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, groupe socialement marginalisé et actuellement exclu des programmes de lutte contre le sida en Guinée. Les commerçants ambulants, les éleveurs transhumants, les chasseurs, les personnes évoluant dans les cantonnements forestiers et les agriculteurs saisonniers devront faire l'objet d'une plus grande attention. Il en est de même des enfants de la rue, des cireurs et des dockers.

Le niveau d'instruction semble être un critère important. En effet, les hommes instruits ont une prévalence de 0,7% contre 1,2% pour les hommes analphabètes.

3.3.2.3. Les zones les plus sensibles aux IST-VIH/sida

En Guinée, contrairement à d'autres pays, le milieu urbain connaît une prévalence du VIH de 2,4% contre 1,0% en milieu rural (EDS III). La propagation plus rapide du VIH pourrait être mise sur le compte de l'influence des médias étrangers dont l'accès est facile en milieu urbain. Toutefois, "la pauvreté en Guinée est essentiellement un phénomène rural. Selon les données de l'EIBC de 1994/1995, la ville de Conakry et les autres centres urbains connaissent des incidences de pauvreté de 6,7% et 24,3% respectivement. Par contre, l'incidence de la pauvreté en milieu rural s'élève à 52,5%, un niveau deux fois plus élevé que celui des villes secondaires du pays et presque huit fois plus élevé que celui de la capitale. La contribution du milieu rural à la pauvreté nationale se chiffre à 87,5%". La pauvreté étant le facteur de vulnérabilité le plus déterminant face au VIH en Guinée, le milieu rural devrait faire l'objet d'une surveillance plus rigoureuse quand à la propagation du VIH.

Les zones frontalières, les zones minières, et les lieux de concentration (débarcadères et les gares routières) du fait des mouvements des populations, enregistrent une recrudescence de l'épidémie de VIH/sida. Une cartographie de l'environnement prostitutionnel et la vulgarisation de la carte de la séroprévalence du VIH de l'EDS III peuvent constituer un guide précieux pour une riposte bien ciblée.

La réalisation d'une cartographie du risque et la vulnérabilité face au VIH et d'une cartographie de l'offre de services s'est révélée, dans d'autres pays, très efficace pour mieux orienter les acteurs de la riposte nationale et entreprendre des interventions ciblées.

3.3.3. La transmission du VIH par voie sanguine

L'absence d'enquête dans la population générale en Guinée ne permet pas de chiffrer les indicateurs relatifs à la sécurité transfusionnelle. De même, l'absence d'étude en milieu de soins explique l'absence de données sur la transmission accidentelle du VIH. L'absence de données du sous-secteur privé de la santé dans les statistiques fournies par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) constitue une lacune importante. La prévalence du VIH chez les donneurs de sang figure dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : Evolution de la séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang de 2003 à 2007

Années	2003	2004	2005	2006	2007
Prévalence du VIH chez les donneurs de sang (%)	1,14	3,22%	1,12%	1,8%	ND

Sources : Rapports annuels du CNTS et documents de sérologie

Il faut signaler que, malgré les efforts du ministère de la santé et l'appui des partenaires, les besoins en transfusion sanguine sont loin d'être satisfaits, faute de moyens conséquents. Le pays n'est pas totalement couvert, les campagnes régulières de promotion du don bénévole de sang ne produisent pas les effets attendus et la pénurie est fréquente au niveau des banques de sang. Le CNTS a besoin de plus de moyens et de stratégies plus efficaces pour satisfaire les besoins.

3.3.4. La transmission du VIH de la mère à l'enfant

De 1966 à 2001, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a presque doublé, passant de 1,5% à 2,8%. D'après l'EDS III, 2005, cette prévalence reste invariable, mais supérieure à celle notée chez les femmes en âge de procréer (0,5%). En l'absence de toute intervention, la transmission du VIH de la mère séropositive à l'enfant pourrait se faire dans une proportion pouvant aller jusqu'à 1/3 des cas. En juin 2007, seulement 29.042 femmes ont bénéficié du counseling au niveau des sites PTME fonctionnels dont 23.476 femmes enceintes dépistées soit un taux d'acceptation du test de 80,8%. Parmi les femmes dépistées, 818 se sont révélées séropositives, soit une prévalence de 3,5% (*Rapport PTME, PNPCSP 2006*).

Pour la majorité des naissances survenues dans les cinq dernières années (82%), les mères ont effectué une visite prénatale auprès de personnel formé. Environ une naissance sur trois (31%) s'est déroulée dans un établissement sanitaire, contre 69% à domicile. Par ailleurs, seulement 38% des naissances ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé au moment de l'accouchement. Les femmes appartenant aux ménages les plus pauvres (15%) sont celles dont

l'accouchement a été le moins fréquemment assisté par du personnel formé (EDS III, 2005). Cette faible fréquentation des formations sanitaires limite les performances du programme de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.

Au regard du statut de la femme évoqué plus haut, le taux d'acceptation du test est relativement faible (67%) parmi celles vues en première CPN. Par ailleurs, lorsqu'elles sont dépistées positives, peu de leurs partenaires acceptent de se soumettre au test et de prendre part au programme PTME (centre DREAM).

3.3.5. Données sur les impacts socio-économiques du sida

Le VIH touche davantage la population économiquement active et, aucun groupe socioprofessionnel ni secteur de l'économie ne semble échapper à son impact.

3.3.5.1. Impacts sur les individus et les familles

D'après les enquêtes menées (EDSG III, PNUD, PAM) lorsqu'une personne est infectée par le VIH, cela affecte sa famille. Ainsi, les ménages ont à faire face à une augmentation des dépenses (dépenses de santé, dépenses funéraires) et à une diminution du revenu (baisse de productivité de la personne malade et de celle qui s'en occupe). Dans les familles, on assiste souvent à :

- l'augmentation des dépenses pour les soins médicaux (formels et traditionnels), le transport pour les consultations médicales et les autres besoins de subsistance (nourriture) ; les ménages consacrent en moyenne près de 77,5% de leurs revenus à l'alimentation (enquête sécurité alimentaire des ménages, PAM, 2004) ;
- le ralentissement et/ou l'abandon des activités économiques et professionnelles ;
- la vente de biens (maison, terrain, voiture, mobilier, bijoux, etc.) ;
- l'appauvrissement de la famille affectée et le cercle vicieux entre sida et pauvreté ;
- le manque de moyens financiers pour la scolarisation des enfants ;
- l'éclatement du ménage notamment en cas de décès d'un(e) époux (se) ;
- la stigmatisation, la discrimination des PVVIH ;
- l'isolement et le rejet de la PVVIH par sa famille et son quartier.

3.3.5.2. Impact sur la communauté

L'impact du sida sur la société guinéenne se traduit aujourd'hui par :

- l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH qui se situe à 93.000 personnes infectées (selon ONUSIDA), dont 9.300 à 13.950 auraient besoin d'un traitement ARV ;
- l'augmentation du nombre d'orphelins qui passe de 20.000 en 2003 à 41.000 en 2007 (ONUSIDA). Selon l'étude du PNUD intitulée *Impact socioéconomique du VIH/sida en République de Guinée, 2004*, le nombre d'enfants qui seraient orphelins à cause du sida en 2015 se situerait entre 82.000 et 102.000 ;
- le nombre de décès liés au sida chez les personnes âgées de 15 à 49 ans, c'est-à-dire dans la tranche d'âge la plus économiquement active, semble également augmenter ;
- les besoins en termes de nombre de lits d'hôpitaux pour la prise en charge médicale des personnes malades du VIH/sida risquent d'atteindre en 2015 entre 39% et 67%

de la capacité actuelle du système public de santé. En particulier, le nombre de cas de tuberculose, une des principales maladies opportunistes, serait au moins 50% plus élevé en 2015 comparé à une situation sans VIH/sida.

3.3.5.3. Impact au niveau macroéconomique

Au niveau macroéconomique, la réduction de la main d'œuvre qualifiée, des revenus et des investissements pourrait entraîner une réduction significative de la croissance économique.

L'impact d'une baisse de la force de travail liée au VIH/sida sur le Produit Intérieur Brut du pays pourrait être de l'ordre de 0,4 à 0,6% en 2015 (PNUD, 2004). En particulier, la perte potentielle de productivité pour le secteur de l'agriculture, le premier pourvoyeur d'emplois en Guinée, est estimée entre 4,1 et 7,3 milliards de francs pour l'année 2015.

Une augmentation significative de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté attribuable au VIH/sida serait de l'ordre de 5,4 à 6,6% d'ici 2015.

Le nombre d'agents de santé qualifiés et d'enseignants seraient réduit par environ 3 à 4% d'ici 2015 pour des raisons attribuables au VIH/sida, par rapport à une situation sans VIH/sida.

3.3.5.4. Impacts sur le secteur de la santé :

Le coût élevé du traitement du sida et des affections opportunistes n'est pas supportable par le système de santé. Les statistiques du Service des maladies infectieuses relèvent 144 malades du sida sur 487 patients hospitalisés de janvier à septembre 2002 et 85 malades du sida sur 246 patients hospitalisés entre janvier et mai 2003. La tendance évolutive de l'épidémie de sida perturbera les programmes et services de santé encore plus. En particulier, les besoins en lits d'hôpitaux pour la prise en charge médicale des malades du sida atteindraient en 2015 entre 39% et 67% de la capacité actuelle du système public.

Une autre contrainte importante pour la capacité du système de santé à faire face à l'épidémie est le besoin croissant de remplacement du personnel soignant, malade ou décédé pour cause de sida. En effet, les agents à compétences particulières ayant une longue expérience professionnelle sont parmi les nombreuses victimes de la maladie du sida. La morbidité et la mortalité parmi le personnel de santé ont comme double effet une baisse de la productivité du travail et une augmentation des dépenses de l'État liées aux coûts élevés de formation pour leur remplacement.

3.3.5.5. Impacts projetés du VIH/sida sur le secteur de l'éducation

Les liens entre le VIH/sida et l'éducation peuvent être analysés en termes d'offre et de demande de services éducatifs et en termes sociaux et économiques. L'impact le plus direct du VIH/sida sur le secteur de l'éducation concerne le personnel enseignant. Il est spécialement lié à la diminution du capital humain en termes de qualité et de quantité. Les enseignants malades du sida sont beaucoup moins productifs et de plus en plus absents. Un coût important pour l'État est celui du remplacement des enseignants décédés de la maladie. Le personnel qualifié dans le

secteur de l'enseignement serait réduit d'environ 3 à 4% d'ici 2015, par rapport à une situation sans VIH/sida (PNUD, 2004).

Les conséquences seraient une augmentation du ratio élèves/maîtres si l'enseignant n'est pas remplacé. S'il est remplacé, ça serait probablement par quelqu'un qui aurait moins d'expérience. Une augmentation du taux d'absentéisme des enseignants dû à la maladie est aussi à prévoir, ce qui se traduirait par une détérioration de la qualité de l'enseignement et une diminution des taux de couverture des programmes.

3.3.5.6. Impacts projetés du VIH/sida sur le secteur de l'agriculture et des mines

La perte de productivité pour le sous-secteur de l'agriculture, le premier pourvoyeur d'emplois en Guinée (occupant 69% des actifs selon le QUIBB-2002), est estimée entre 4,1 et 7,3 milliards de FG en 2015 selon le scénario moyen (PNUD). En ce qui concerne le sous-secteur des mines, cette valeur se situerait entre 5,2 et 8,9 milliards de FG pour la même année.

3.3.5.7. Impacts du VIH/sida sur les entreprises

Il n'existe pas de données relatives aux impacts sur les entreprises, faute d'études et de recherches sur le sujet.

IV. LES PRINCIPES DIRECTEURS ADOPTES PAR LA GUINEE

A l'analyse, les principes directeurs retenus dans le Cadre Stratégique 2003-2007 sont davantage un catalogue des conventions, déclarations et engagements internationaux auxquels la Guinée a souscrit et une liste de dispositions légales et juridiques nationales. Il est important d'en tenir compte au niveau de l'analyse de l'environnement éthique et juridique du VIH/sida. Ces "principes directeurs" du CSN 2003-2007 sont rappelés ci-dessous.

"Au niveau International

La Guinée a adhéré à plusieurs conventions décisions, chartes et recommandations notamment :

- la déclaration universelle des droits de l'homme et des peuples (1948) ;
- la stratégie des soins de santé primaires (SSP) Alma Ata (1978) ;
- la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (09 Août 1982) ;
- les recommandations de l'OMS (1986) sur la lutte contre le sida dans tous les pays ;
- la convention relative aux droits de l'enfant (13 Juillet 1990) ;
- le rapport du Secrétaire Général des Nations Unies au sommet du millénaire (New York Septembre 2000) ;
- la déclaration d'engagement sur le VIH/sida à la 26^{ème} session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies (Juin 2001).

Au niveau Africain

La République de Guinée a adhéré à :

- la déclaration de Dakar relative à l'épidémie du sida en Afrique (1992) ;
- l'appel d'Alger pour l'intensification de la lutte contre le sida en Afrique (Août 2000) ;

- l'engagement d'actions de Ouagadougou pour la mise en œuvre des décisions et recommandations des chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA en vue du renforcement de la lutte contre le VIH/sida ;
- la déclaration de la 2^{ème} réunion de la commission indépendante de l'Afrique et les enjeux du 3^e millénaire en 2000 ;
- la déclaration des chefs d'Etat de l'OUA sur le VIH/sida à Lomé (Juillet 2000) ;
- l'initiative de Bamako sur les soins de santé primaires (SSP) ;
- les recommandations de Gorée relatives à l'accès aux ARV dans la prise en charge des PVVIH en Afrique (2001) ;
- la charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples.

Au niveau national

La République de Guinée a adopté de nombreux actes juridiques et administratifs portant sur les questions liées à la santé et à l'infection à VIH. Il s'agit entre autres de :

- la Loi Fondamentale garantissant à tout citoyen de la République de Guinée le droit à la santé, le droit à la vie (1991) ;
- la Déclaration de Politique de Population en 1992 ;
- les recommandations du forum national de la santé (1997) ;
- le Décret n° D/229/PRG/SGG (25/novembre 1998), portant adoption de la politique nationale de lutte contre le sida ;
- les Directives sur la prise en charge et de diagnostic biologique des IST-VIH/sida ;
- la loi L10 sur la santé de la reproduction (protection de l'intégrité physique de la personne humaine, protection des droits des personnes vivant avec le VIH) ;
- le décret N° 98 du 25/03/98 relatif à la Politique Nationale de Transfusion Sanguine".

Pour le Cadre Stratégique National 2008-2012, l'Equipe Nationale de Revue et Planification devra proposer des principes directeurs différents, formulés comme des règles admises par toutes les parties prenantes et régissant la mise en œuvre du CSN en Guinée.

V. RESUME DE L'ANALYSE DE LA REPONSE

L'analyse de la réponse nationale au VIH/sida a été réalisée par l'Equipe Nationale de Revue et Planification (ENRP), sur la base des domaines d'intervention et des stratégies retenues dans le Cadre Stratégique 2003-2007. Pour les besoins de l'exhaustivité et de la rigueur dans la riposte nationale au VIH pour 2008-2012, l'ENRP a proposé une réorganisation des axes stratégiques et des domaines d'action (ou domaines d'intervention comme indiqué dans le CSN 2003-2007). Ainsi, au niveau de chaque domaine d'action, il est rappelé les objectifs et les stratégies en vue d'analyser leur pertinence et leur cohérence au regard des problèmes qu'ils sont censés résoudre. Au-delà de la conception, les stratégies et les activités ont été revues et la mise en œuvre ainsi analysée au regard des résultats obtenus. Pour chaque domaine d'action, les forces et les opportunités d'une part, les faiblesses et les obstacles d'autre part, ont été identifiés. Sur la base de ce qui précède, les perspectives pour 2008-2012 ont été formulées.

Cette démarche a permis de noter que beaucoup de réalisations au cours de la période 2003-2007 n'avaient pas été prévues dans le CSN 2003-2007. Les financements de la Banque Mondiale (MAP) et du Fonds Mondial ont permis d'aller au-delà des prévisions et de définir un plan opérationnel en 2004 et un plan de suivi & évaluation en 2005.

Les impacts du CSN 2003-2007 sont reflétés par la baisse des prévalences du VIH et des autres IST, par l'amélioration du bien-être des PVVIH et l'amélioration de la qualité de vie des personnes affectées par le sida.

5.1. AXE STRATEGIQUE "PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH"

5.1.1. Domaine d'action 1 : Réduction de la transmission sexuelle du VIH et des autres IST

5.1.1.1. Conception du domaine d'action : cohérence et adéquation

- Le problème à résoudre est la persistance des comportements sexuels à risque surtout chez les groupes dont la vulnérabilité est prouvée sinon supposée : les prostituées ou travailleuses du sexe (TS), les femmes, les jeunes adolescents (en particulier cireurs, apprentis chauffeurs, etc.), les étudiants et élèves, les PVVIH, les routiers, les miniers, les militaires, les pêcheurs, les commerçants ambulants (dans les zones frontalières), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les éleveurs transhumants, les chasseurs, les cantonniers forestiers et les agriculteurs saisonniers.

- Les objectifs sont pertinents mais restent vagues dans leur formulation. Tous les groupes cités ne sont pas réellement des groupes vulnérables en ce moment, notamment les réfugiés ou les groupes mobiles qui doivent être éclatés et décrits selon le contexte guinéen. Par ailleurs, les objectifs ne sont pas mesurables.

- Les stratégies préconisées sont néanmoins en adéquation avec les objectifs et actions envisagées.

- Il est difficile de comparer les résultats atteints et ceux attendus d'autant que ces derniers n'ont pas été bien définis et pour d'autres, les niveaux de départ n'ont pas été spécifiés. Les résultats pourraient être mieux appréciés si les indicateurs étaient mieux définis et quantifiés.

5.1.1.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

La situation actuelle est appréciable au vu de la multisectorialité des interventions et l'implication de nombreux bailleurs de fonds. La majorité des groupes vulnérables ont fait l'objet d'interventions même si le CSN 2003-2007 n'avait pas pris certains en compte.

- D'énormes efforts ont été déployés par les secteurs public et privé et la société civile durant les 5 dernières années dans le cadre de l'IEC/CCC en direction de la population générale et plus particulièrement, en direction des groupes vulnérables cités plus hauts. Au bilan des réalisations on peut citer : sensibilisation de 500 fonctionnaires de divers ministères sur le VIH ; installation de 24 Comités d'Ecoute Jeunes et Adolescents (CEJA) dans les chefs lieux des régions administratives et les 5 communes de Conakry ; initiation de 480 jeunes membres des CEJA au jeu du meilleur stoppeur du sida dans les chefs lieux des régions administratives et les 5 communes de Conakry ; 19 cadres formés en technique de communication sociale et plaidoyer ; 250 membres des cellules techniques régionales et pairs éducateurs formés en mobilisation sociale et aux techniques de l'Education Sexuelle Informelle (ESI) dans les régions de Labé, Nzérékoré et Conakry ; près de 100.000 jeunes déscolarisés et non scolarisés ont été informés et sensibilisés sur les modes de transmission et les moyens de prévention des IST-VIH/sida et l'utilisation correcte du préservatif masculin à travers les activités de célébration de la journée nationale "jeunes sans sida" ; mise en place de 8 Cellules Techniques Régionales d'Action Jeunes de lutte contre le VIH/sida (CTRAJ/sida), 38 Cellules Techniques Préfectorales et Communales d'Action Jeunes de lutte contre le VIH/sida (CTPAJ/sida) et 302 cellules techniques d'action jeunes de lutte contre le VIH/sida au niveau des CRD et sous-préfectures ; Formation de 35 agents de la police nationale sur l'encadrement sans répression des TS ; mise en place d'une clinique mobile pour la prise en charge des IST chez les TS ; prise en charge de 3909 TS dans les services adaptés ; mise en place de système de référence des TS dans les services adaptés ; formation et déploiement de plus de 800 pairs éducateurs dans toutes les garnisons ; formation et déploiement de 175 animatrices épouses de militaires ; formation de 240 pairs éducateurs de la police nationale ; fabrication de kiosques d'écoute dans les débarcadères de Conakry ; réalisation d'émissions radiophoniques à l'intention des pêcheurs ; les Clubs anti-sida au niveau des établissements scolaires et Universitaires.

Les activités d'IEC/CCC sur les IST-sida sont également menées par des animateurs communautaires et des pairs éducateurs selon les groupes concernés qui couvrent les gares routières, les zones minières, les maisons closes et les quartiers. En direction des jeunes, les activités IEC/CCC sont animées à travers 120 clubs stop SIDA qui ont été mis en place dans la plupart des écoles secondaires du pays et autour de 25 CECOJE implantés dans 15 communes.

Selon l'ESCOMB 2007, la proportion de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant les modes de transmission du virus est de 16,2%. Selon la même source, la proportion, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus est de : 4,3% chez les TS ; 24,8% chez les agents en uniforme ; 18,6% chez les miniers ; 3,8% chez les routiers et, 7,8% chez les pêcheurs.

5.1.1.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Existence d'une stratégie nationale de communication pour le changement de comportement ;
- Existence de ressources humaines capables de concevoir, d'exécuter, de suivre et évaluer les projets de lutte contre les IST-VIH/sida ;
- Couverture de tous les secteurs publics et privés (multisectorialité du programme) ;
- Existence d'associations et réseaux de PVVIH et autres OSC ;
- Implication active des PVVIH dans la sensibilisation par les témoignages ;
- Matériel d'IEC/CCC et des guides pédagogiques ont été produits et disponibles ;
- Adhésion totale des décideurs, travailleurs des départements et des leaders syndicaux des départements dans le cadre de la lutte contre le sida ;
- Choix du poste de sécurité de la ville de Coyah à 36 kilomètres de la capitale (Km36) comme site référentiel PSAMAO ou projet Prévention du Sida sur les Axes Migratoires en Afrique de l'Ouest ;
- Implication des médias dans les activités d'information sur les IST-VIH/sida ;
- Forte réponse sectorielle au niveau des forces de sécurité, des jeunes et des TS.

❖ Les faiblesses et obstacles

- Inexistence d'organes décentralisés et opérationnels du SE/CNLS capables de coordonner et suivre la mise en œuvre des activités ;
- Faible couverture géographique et des groupes vulnérables ;
- Faible taux de décaissement des financements disponibles ;
- Certains matériels d'IEC/CCC ne sont pas assez adaptés aux groupes prioritaires ;
- Structures d'encadrement des jeunes pas suffisamment équipées ;
- Pairs éducateurs insuffisamment formés et outillés pour affronter le terrain ;
- Persistance de croyances et pratiques culturelles qui limitent l'impact des messages et des stratégies de prévention au niveau de certains groupes ;
- Féminisation de l'épidémie de sida insuffisamment prise en compte.

5.1.1.4. Perspectives pour 2008-2012

- Prendre en compte toutes les réalisations et renforcer la coordination des interventions sur le terrain par une décentralisation effective du SE/CNLS ;
- Étendre les interventions sur tout le territoire national y compris sur les sites frontaliers dans le cadre des initiatives sous-régionales et prendre en compte le genre ;
- Réaliser une enquête socio-comportementale et de séroprévalence chez les groupes vulnérables en vue d'apprécier les changements de comportement et leurs effets ;
- Renforcer la prévention chez les jeunes par la redynamisation et le renforcement des clubs anti-sida, des IES et des CECOJE ;
- Développer un programme spécifique en faveur de chaque groupe identifié comme vulnérable et impliquer davantage les travailleuses du sexe (TS) ;
- Concevoir et produire des supports éducatifs plus adaptés aux groupes vulnérables (pêcheurs, commerçants ambulants, agriculteurs saisonniers, éleveurs transhumants, cantonniers forestiers, etc.) ;

- Evaluer la formation des pairs éducateurs ainsi que les supports utilisés en vue d'apporter les améliorations nécessaires ;
- Revoir les dispositions du code pénal guinéen notamment en ses articles relatifs à la prostitution et dont les dispositions poussent les travailleuses du sexe à la clandestinité.

5.1.2. Domaine d'action 2 : Promotion de l'utilisation du préservatif

5.1.2.1. Conception du domaine d'action : cohérence et adéquation

- Le problème à résoudre : les rapports sexuels non protégés sont à l'origine de la transmission sexuelle du VIH et des autres IST.
- Le programme s'est fixé un seul objectif à savoir augmenter le taux d'utilisation correcte et systématique des préservatifs au sein des populations. Cet objectif est pertinent par rapport au problème à résoudre, cependant il n'est ni précis, ni mesurable.
- au préalable des stratégies destinées à la promotion du préservatif n'étaient pas définies, cependant des ressources ont été mises à disposition pour réaliser d'importantes activités. C'est pourquoi dans le prochain Cadre Stratégique National, il sera judicieux de formuler de nouvelles stratégies qui prennent en compte les activités qui ont donné des résultats dans le domaine de la promotion des préservatifs.

5.1.2.2. Mise en œuvre et résultats obtenus

En Guinée, la gestion des approvisionnements et des stocks en préservatifs n'est pas centralisée et ne relève pas d'une coordination unique. Plusieurs organismes dont l'USAID, le FNUAP et la Coopération allemande (KfW/GTZ) assurent l'approvisionnement du secteur public. Ces préservatifs sont mis à la disposition des différentes structures de santé et services communautaires pour la distribution gratuite. PSI mène des activités de marketing social et fait de la distribution vente avec un système de gestion et de suivi & évaluation bien tenu et régulièrement mis à jour. Le préservatif est également trouvé en vente dans les officines privées.

Mise en œuvre des activités promotionnelles par les pairs éducateurs en éducation sexuelle informelle sur le port correct du préservatif. Dans les principales activités on note, entre autres résultats : la vente de 8.829.960 préservatifs en 2006 par PSI/Guinée ; la distribution gratuite de 16.858 condoms en 2005 et 25.780 en 2006 par les projets SBC de l'AGBEF ; la distribution de 12.400 condoms en 2004 et 36.200 en 2005 par les projets jeunes AGBEF de Conakry et Labé. Le tableau ci-dessous ne prend en compte que les préservatifs vendus par PSI.

Tableau 11 : Evolution du nombre de préservatifs distribués par PSI

2003	2004	2005	2006	Juillet 2007
6.773.570	7.414.132	8.838.245	9.12.798	4.528.292

Source : Rapport PSI Guinée, août 2007

5.1.2.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Existence d'une Politique nationale du préservatif.

- Signature de sous-contrats avec les ONG nationales et locales qui jouent le rôle de relais communautaire pour la distribution et l'utilisation correcte du préservatif ;
- Contrats avec des grossistes pharmaceutiques et informels pour l'approvisionnement et la distribution des préservatifs ;
- Implantation et affichage des panneaux d'information pour la promotion du préservatif ;
- Diffusion des spots radio pour la promotion des préservatifs ;

❖ **Les faiblesses et obstacles**

- Faible coordination des interventions et dans l'utilisation des ressources ;
- Absence de données fiables et actualisées en dehors des PSI ;
- Dépendance financière ;
- Poids de la religion, faible crédibilité des programmes ;
- Faible mécanisme de suivi/évaluation ;
- Non vulgarisation du préservatif féminin ;
- Rupture de stock de préservatifs ;
- Faible couverture nationale en préservatifs ;
- Prix élevé des préservatifs surtout en milieu rural ;
- Insuffisance du système de contrôle de qualité des préservatifs.

5.1.2.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- Revoir la politique nationale du préservatif et en promouvoir l'application effective ;
- Coordonner les interventions et l'utilisation des ressources destinées aux préservatifs ;
- Vulgariser les indicateurs retenus, surtout au niveau des ONG/OSC afin de faciliter le suivi & évaluation des actions entreprises (disponibilité de données fiables) ;
- Améliorer la gestion des approvisionnements et des stocks pour éviter les ruptures ;
- Intensifier les activités de CCC en faveur de l'utilisation du préservatif féminin ;
- Réaliser des études sur les causes de la faible utilisation du préservatif ;
- Elargir la couverture en préservatif sur toute l'étendue du territoire national ;
- Développer le circuit public de distribution gratuite du préservatif, surtout en milieu rural ;
- Renforcer le système de contrôle de qualité des préservatifs.

5.1.3. Domaine d'action 3 : Dépistage volontaire et anonyme du VIH

5.1.3.1. Conception du programme : cohérence entre le problème à résoudre, les objectifs et les stratégies/activités du programme

- Le problème à résoudre : la méconnaissance du statut sérologique est un facteur de vulnérabilité qui ne favorise pas l'adoption de comportement approprié face au VIH.

Selon les rapports d'alors, moins de 5% de la population avait accès au test de dépistage volontaire.

- L'objectif qui était d'améliorer ce taux (5%) et étendre l'accès au conseil/dépistage volontaire du VIH est pertinent et réaliste. L'objectif n'est pas quantifié.

- Les stratégies et actions prioritaires (adoption des normes et standards de mise en place des CDV, formation des conseillers et laborantins, disponibilité des réactifs et autres produits de laboratoire, IEC/CCC) identifiées sont pertinentes et cohérentes pour la résolution du problème. Elles ont été renforcées en 2007 par la gratuité du test afin d'améliorer l'accès au dépistage. L'extension du réseau des CDV a été initiée avec l'appui des différents partenaires pour pallier l'insuffisance d'accessibilité et de couverture.

5.1.3.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

A la date du 30 Juin 2007, les efforts du gouvernement appuyé par les partenaires au développement, ont permis d'atteindre les résultats ci-dessous :

- une politique nationale en matière de conseil et dépistage volontaire du VIH a été élaborée et adoptée par le MSP ;
- il existe, au niveau national des normes et procédures en matière de CDV et des outils de formation pour le CDV (USAID/FHI, etc.) ;
- le conseil et dépistage volontaire a été intégré dans les activités de routine de 26 structures sanitaires après rénovation, équipement et formation des prestataires.
- Un total de 26 CDV a été mis en place. Chacune des 8 régions sanitaires dispose d'au moins deux CDV. Sur 38 districts sanitaires 22 soit 58% ont au moins un CDV. Deux cents conseillers et xxx laborantins ont été formés en conseil et dépistage volontaire.
- 200 conseillers ont été formés pour le CDV, et quelques laborantins en test rapide ;
- les liens sont établis entre les CDV mis en place et les services hospitaliers, les centres de traitement de la tuberculose, les services de consultation prénatale (CPN) avec un mécanisme de référence et contre-référence ;
- il y a eu une forte implication des ONG et des associations de PVVIH dans la mobilisation pour l'utilisation des CDV.

Tableau 12 : Evolution du nombre de dépistés dans les CDV

	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Nombre de personnes dépistées	ND	ND	ND	ND	ND	ND

ND : non disponible

L'absence de données sur le nombre de dépistés illustre la faiblesse du système d'information.

La cartographie des CDV montre que les préfectures ci-dessous disposent du nombre de sites de prestation de services de CDV inscrit dans la parenthèse qui suit le nom de la préfecture : Mamou (2sites), Dalaba (2 sites), Pita (3 sites), Labé (2 sites), Kindia (1 site), Boké (3 sites), Conakry (4 sites), Fria (1 site), Nzérékoré (1 site), Kissidougou (1 site), Gueckédougou (1 site), Kankan (1 site), Kérouané (1 site), Siguiro (1 site), Faranah (1 site).

Comme l'illustre la carte N° 3 à la page suivante, la couverture en CDV a connu une amélioration notable. Elle reste insuffisante et devra faire l'objet d'une attention particulière pour accompagner les efforts de prévention et de prise en charge médicale et psychosociale.

5.1.3.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- Mettre en œuvre un mécanisme de coordination des CDV et de contrôle de qualité en référence aux normes et directives nationales en matière de CDV ;
- Assurer le suivi & évaluation des services CDV pour améliorer la gestion des données statistiques (collecte, compilation, traitement, transmission au CNLS) ;
- Assurer l'approvisionnement régulier des CDV en réactifs et consommables de manière à éviter les ruptures de stocks ;
- Etendre les services de CDV sur tout le territoire national en poursuivant la stratégie d'intégration des services de CDV aux services offerts dans les structures de soins ;
- Disposer des kits mobiles pour le dépistage volontaire, à l'image du PEV, afin de pallier l'insuffisance de couverture (stratégie avancée) ;
- Evaluer les CDV et apporter les améliorations appropriées dans la qualité des services offerts et dans le fonctionnement (formation et motivation du personnel, disponibilité des équipements et réactifs sans rupture, etc.) ;
- Apporter un appui aux ONG et associations qui interviennent dans le dépistage volontaire et gratuit en fonction des besoins identifiés pour la performance.

5.1.4. Domaine d'action 4 : Diagnostic précoce et traitement des IST

5.1.4.1. Conception du programme : cohérence et adéquation

- Le problème à résoudre : les IST favorisent la transmission du VIH en lui offrant une porte d'entrée. Cependant leur prévalence n'étant pas connue, leur contribution dans la transmission du VIH est impossible à estimer.
- L'objectif visait à réduire la prévalence des IST dans la population. Cet objectif est pertinent même s'il manque de précision. Il n'est pas mesurable faute de données de base et de suivi.
- Les stratégies et principales actions préconisées sont en adéquation avec l'objectif, mais insuffisantes pour résoudre le problème. Elles doivent être retenues et complétées par d'autres stratégies/activités.

5.1.4.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

Il existe un programme national de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH/SIDA (PNPCSP) au sein du MSP. Les principaux intervenants qui ont développé la PEC syndromique en Guinée sont : (1) le Projet Sida 3 dans les régions de Boké, Kindia, Mamou, Labé et la ville de Conakry ; et (2) le PRISM dans les régions de Faranah et de Kankan.

L'exécution du programme souffre d'incohérences au regard des activités réalisées et qui sont sans liens avec les objectifs et les stratégies retenus. Les moyens mis en œuvre ont été insuffisants et mal distribués d'où une faiblesse du dispositif organisationnel ne favorisant pas un meilleur résultat.

Les principales réalisations dans ce domaine sont les suivantes :

- l'élaboration et la diffusion de manuel de PEC syndromique des IST ;

- l'intégration de l'approche syndromique dans le paquet minimum d'activités de 269 structures de santé publiques et privées ;
- la création de 8 services pour la prise en charge gratuite des IST chez TS ;
- la PEC de plus de 93.735 cas d'IST dans la population générale dont 3.554 cas chez les travailleuses du sexe ;
- la formation de plus de 792 agents de santé de plusieurs catégories professionnelles (médecins, infirmiers, sages femmes et agents de points de vente) ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des IST, celle-ci est passée de 7% à 79% tels que mesurée par les IP6 et IP7 et de 10% à 87% pour les traitements efficaces ;
- l'approche syndromique est introduite à la faculté de médecine (Département de santé Public, dans le cours de Gestion des Programmes) et dans les écoles de formation des agents de santé de Labé et de Kindia ;
- les algorithmes de PEC des IST ont été révisés et validés. A cette occasion, un algorithme spécifique pour les TS a été développé ;
- l'introduction de molécules anti-IST à dose unique et du gel lubrifiant sexuel dans la liste nationale des médicaments essentiels a été réalisée ;
- la Création d'une "Cellule de réflexion sur l'implication des TS dans la lutte contre le SIDA en Guinée" ;
- l'implication des média et des ONG dans les activités de CCC.

5.1.4.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Bonne couverture du pays en infrastructures sanitaires publiques dans les 7 régions ;
- La stratégie d'intégration de l'approche syndromique dans les prestations des formations sanitaires publiques a bien réussi et devrait être poursuivie ;
- La stratégie de la prise en charge syndromique est adoptée à l'échelle nationale ;
- Les médicaments anti-IST figurent sur la liste nationale des médicaments essentiels ;
- La disponibilité d'un algorithme de PEC des IST chez les TS ;
- Sources de financement diversifiées : Fonds IDA, Fonds Mondial et la coopération bilatérale, etc.

❖ Les faiblesses et obstacles

- Absence de données sur les IST ;
- Insuffisance de couverture en PEC des IST due à la non intégration de l'approche syndromique dans certaines préfectures et dans les infirmeries du système éducatif ;
- Faible implication du secteur privé est dans la prise en charge syndromique des IST ;
- Coordination insuffisante pour une utilisation plus rationnelle des ressources financières et des activités des partenaires par le programme national de prise en charge des IST ;
- L'absence de normes et procédures de PEC étiologique des IST au niveau des hôpitaux ;
- L'ignorance des signes des IST et de leur gravité par la population expliquerait la faible fréquentation des structures sanitaires en cas d'IST ;
- insuffisance du personnel dans les structures de santé surtout à l'intérieur du pays ;
- la rupture de stock de certaines molécules anti-IST dans les formations sanitaires ;
- le coût élevé des médicaments anti-IST dans le public, mais surtout dans le privé ;
- le manque de ressources financières propres pour assurer la pérennisation des activités.

Carte N° 4 : sites de prise en charge syndromique des IST



Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- Améliorer le suivi & évaluation des IST en organisant la collecte, la centralisation et le traitement des données et réaliser des études et recherches sur les IST ;
- Améliorer l'accessibilité géographique de la PEC des IST en développant l'approche syndromique dans toutes les formations sanitaires, y compris les infirmeries du système éducatif et des autres secteurs qui disposent de services médicaux ;
- Impliquer le secteur privé dans la PEC syndromique des IST et le mettre à contribution pour la collecte des données ;
- Développer des services de PEC des IST adaptés et accessibles aux cibles prioritaires (TS, jeunes, miniers, etc.) ;
- Introduire l'approche syndromique pour la PEC des IST dans le curricula de formation de tous les agents de santé ;
- Coordonner la mobilisation des ressources financières et la mise en œuvre d'un plan d'action concerté entre les différents partenaires et intervenants dans la PEC des IST ;
- Renforcer les ressources humaines en quantité et en qualité (compétences) pour une prise en charge adéquate dans toutes les structures de santé du pays ;
- Evaluer l'approche syndromique et le système de référence en vue de les améliorer ;
- Elaborer les normes et protocoles de PEC étiologique des IST ;
- Intensifier les activités de CCC en vue de relever le niveau de connaissance des populations en matière d'IST et la fréquentation des structures de soins pour IST ;
- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments anti-IST dans toutes les structures de prise en charge.

5.1.5. Domaine d'action 5 : Réduction des risques de transmission par voie sanguine

5.1.5.1. Conception du programme : cohérence et adéquation

- Le problème à résoudre : la transmission du VIH par voie sanguine reste une modalité non négligeable en Guinée.

- Deux objectifs avaient été définis : (1) assurer à 100% la sécurité transfusionnelle par rapport au VIH ; (2) minimiser la transmission du VIH lors des pratiques invasives. Bien que globaux, ces objectifs sont pertinents. Par rapport à ces objectifs, les stratégies et les actions envisagées sont adéquates.

5.1.5.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

○ Transfusion sanguine

- L'organisation de la transfusion sanguine est régie par une directive nationale. Dans le cadre de cette directive, trois niveaux sont impliqués dans la gestion de la transfusion sanguine : le CNTS, les 7 CRTS et les banques de sang au niveau périphérique.

Les réalisations suivantes sont à mettre sur le compte du programme de sécurité transfusionnelle :

- Le Centre National de Transfusion Sanguine est construit et équipé à Conakry
- Les 7 Hôpitaux Régionaux disposent chacun d'un CRTS dont ceux de Kindia et Labé construits et équipés (partiellement) sur financement du Fonds Mondial ;
- Equipement de 14 Unités de transfusion sanguine au niveau d'hôpitaux préfectoraux grâce au financement de l'Union Européenne ;
- 66 agents techniques des services de transfusion sanguine ont été formés à la pratique transfusionnelle et en assurance qualité sur financement du Fonds Mondial, OMS, UNICEF/BAD ;
- 140 cliniciens et personnels paramédicaux ont été formés sur les directives nationales de l'utilisation rationnelle du sang sur financement du Fonds Mondial, de l'OMS, de MSF Belgique et de la GTZ ;
- Des campagnes de sensibilisation de la population au don de sang ont été réalisées par la Croix Rouge Guinéenne et les associations de donneurs de sang, sur financement OMS, Croix Rouge Internationale et CNTS ;
- Une association nationale des donneurs de sang bénévoles a été créée et quelques clubs de donneurs ont été mis en place ;
- Un manuel de procédures de gestion administrative, financière et comptable au niveau du CNTS a été élaboré et le personnel formé sur son utilisation.

○ Transmission du VIH en milieu de soins

- Des directives sur la prophylaxie post-exposition ont été élaborées ;
- Un guide de communication sociale et de prise en charge psychosociale a été élaboré ainsi qu'un répertoire national des tradithérapeutes sur financement du MAP ;
- Des kits de prophylaxie post-exposition ont été mis en place dans certaines structures sanitaires y compris les sites CDV, sur financement de l'UNFPA et du MAP ;

- Réalisation de formations en prévention de l'infection à VIH à Conakry et dans les sites CDV sur financement de l'UE, d'Engenderhealth et de l'USAID.

- **Transmission du VIH par d'autres pratiques invasives**

Les pratiques, notamment les pratiques traditionnelles, par lesquelles le VIH pourrait être transmis n'ont pas été envisagées dans le CSN 2003-2007. Cette omission pourrait s'expliquer par l'absence de données dans ce domaine.

5.1.5.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Existence d'une politique nationale de transfusion sanguine coordonnée par le CNTS ;
- Existence des directives nationales sur l'utilisation rationnelle du sang et un certain nombre de praticiens ont été formés sur leur application ;
- Les normes et procédures d'assurance qualité en transfusion sanguine sont élaborées ;
- Décentralisation des services de transfusion sanguine jusqu'au niveau régional et dans quelques préfectures ;
- Engagement de la Croix Rouge guinéenne et des associations de donneurs de sang ;
- Dépistage systématique du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis sur tous les dons de sang ;
- Existence d'une ligne budgétaire dans la Loi des Finances pour le fonctionnement du CNTS.

❖ Les faiblesses et obstacles

- certains services décentralisés de transfusion sanguine ont une faible capacité en termes d'infrastructures, d'équipements et de ressources humaines qualifiées ;
- la mobilisation sociale en faveur du don de sang reste faible, malgré les efforts déployés ;
- absence d'une logistique pour la collecte du sang et le ravitaillement des hôpitaux ;
- approvisionnement en réactifs et consommables irrégulier et insuffisant face aux besoins ;
- le sang collecté n'est pas fractionné en ses divers composants ;
- l'assurance qualité en transfusion sanguine n'est pas mise en place au niveau national ;
- le budget alloué pour le fonctionnement du CNTS est faible eu égard au coût élevé du traitement du sang ;
- il n'existe pas de ligne budgétaire spécifique pour les services de transfusion sanguine au niveau décentralisé ;
- le mode de recouvrement des tarifs de cession du sang par paiement direct par les malades décourage le don bénévole de sang, s'il ne pose pas un problème d'éthique ;
- il n'existe pas de financement durable de la sécurité transfusionnelle en Guinée pour la pérennisation des activités ;
- absence d'incinérateurs dans les formations sanitaires.

5.1.5.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- **Sécurité transfusionnelle**

- Evaluer le CNTS et apporter les améliorations de nature à accroître ses performances en matière de sécurité transfusionnelle ;
- Compléter l'équipement des CRTS de Labé et de Kindia ;
- Construire et équiper les CRTS à Faranah, Boké, Kankan, Mamou et Nzérékoré ;

- Doter le CNTS et les CRTS d'une logistique de collecte et de ravitaillement des hôpitaux ;
 - Renforcer l'équipement des Unités Hospitalières de Transfusion Sanguine (UHTS) des hôpitaux préfectoraux ;
 - Renforcer le CNTS, les CRTS et les UHTS en ressources humaines qualifiées ;
 - Mettre en œuvre une stratégie complète et cohérente pour la promotion du don de sang en Guinée (implication des collectivités, formation de recruteurs de donneurs de sang, association des donneurs bénévoles, sensibilisation, fidélisation, etc.) ;
 - Assurer la supervision et le contrôle de qualité des services de transfusion sanguine ;
 - Mettre en place un système fiable d'approvisionnement en réactifs et consommables ;
 - Vulgariser les directives nationales relatives à l'utilisation rationnelle du sang ;
 - Promouvoir les techniques alternatives à la transfusion sanguine (substituts du sang, autotransfusions, alternatives pharmacologiques, etc.) ;
 - Développer et mettre en œuvre un plan de mobilisation des ressources pour le financement de la transfusion sanguine et des autres modalités de transmission sanguine du VIH.
- **Réduction de la transmission dans les structures de soins**
- Elaborer et mettre en œuvre une politique nationale de prophylaxie post-exposition ;
 - Former les prestataires de soins sur la prévention des infections en milieu de soins ;
 - Fournir les moyens de protection et le matériel et équipement de base nécessaire ;
 - Créer et rendre opérationnels les comités d'hygiène dans les formations sanitaires ;
 - Sensibiliser les tradithérapeutes ;
 - Approvisionner les structures de soins en réactifs et médicaments pour le dépistage et la chimioprophylaxie en cas d'accident d'exposition au sang ;
 - Doter les formations sanitaires d'incinérateurs performants.
- **Réduction de la transmission par les pratiques invasives (hors milieu de soins)**
- Explorer les possibilités de transmission du VIH par voie sanguine, autres que la transfusion et l'infection accidentelle en milieu de soins, et prendre les mesures adéquates. Explorer les pratiques traditionnelles, les salons de coiffures, etc.

5.1.6. Domaine d'action 6 : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

5.1.6.1. Conception du programme : cohérence et adéquation

- Le problème à résoudre : le VIH se transmet de la mère séropositive à l'enfant dans 1/3 des cas si aucune mesure n'est prise pour prévenir cette transmission.
- L'objectif du programme qui était de Réduire à moins de 15% la transmission du VIH de la mère à l'enfant est pertinent et réaliste, mais il n'existait pas de stratégies définies pour l'atteinte de cet objectif. Néanmoins il existait dans la politique nationale et le plan d'extension de la PTME un objectif et des actions dont la mise en œuvre a permis d'apporter quelques solutions.

5.1.6.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

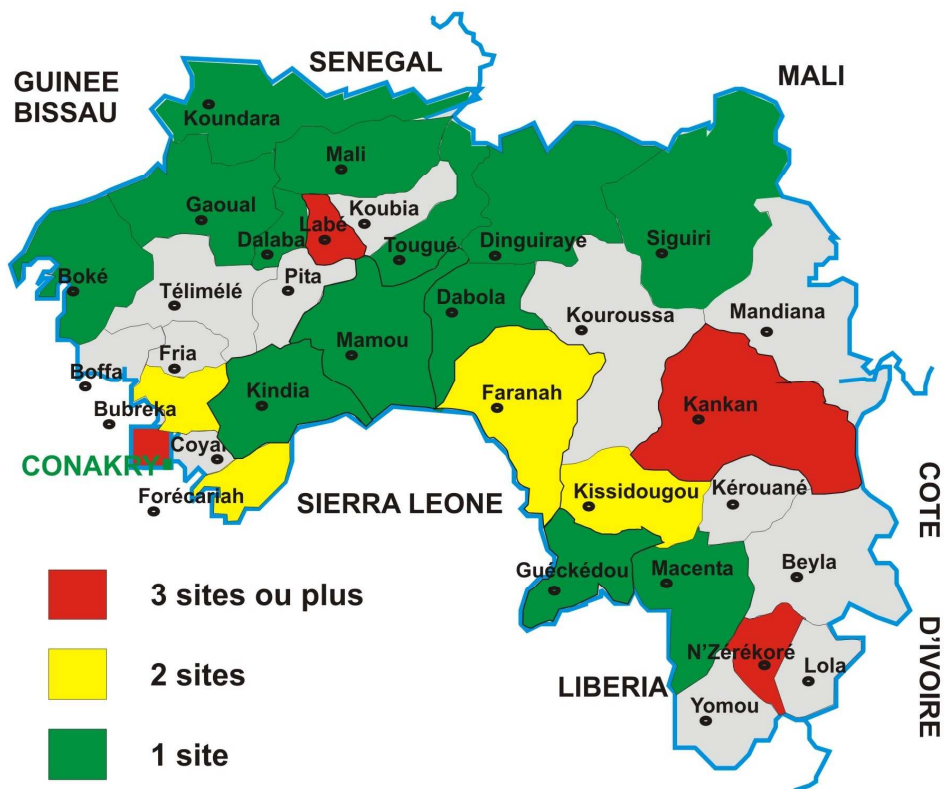
Les activités de PTME ont démarré en 2003 avec la validation du document de politique et le lancement de la phase pilote qui a permis d'ouvrir 5 sites à Conakry et 2 à Forécariah avec l'appui de l'UNICEF. Les prestations de PTME au cours de cette période étaient limitées, car les normes et procédures et les documents de formation de PTME n'étaient pas encore élaborés.

Tableau 13 : liste des sites PTME ouverts

N°	NOM DU SITE	DPS/DCS	DATE D'OUVERTURE
1	CS KOULEWONDY	KALOUM	2004
2	CS MACIRE	DIXINN	2004
4	CS SAINT GABRIEL	MATOTO	2004
5	CMC RATOMA	RATOMA	2004
6	CMC MATAM	MATAM	2004
9	CS MAFERINYAH	FORECARIAH	2004
8	CS URBAIN FORECARIAH	FORECARIAH	2004
9	CS DIBIA	BOKE	Fin 2005
10	CS KINDIA	DPS KINDIA	Fin 2005
11	CMC COLEAH	MATAM	Décembre 2005
12	CS GBESSIA PORT	MATOTO	Juillet 2005
13	CS HERMAKONO	KISSIDOUYOU	Décembre 2005
14	CS MADINA	KISSIDOUYOU	Décembre 2005
15	CS HERMAKONO	MACENTA	Décembre 2005
16	CS GONIA	N'ZEREKORE	Décembre 2005
17	CS COMMERCIAL	N'ZEREKORE	Décembre 2005
18	CS DOROTA	N'ZEREKORE	Décembre 2005
19	CS MISSIRA	DPS KANKAN	Novembre 2006
20	CS DALOBA SEKOU	DPS KANKAN	Novembre 2006
21	CS KABADA	DPS KANKAN	Novembre 2006
22	CS SALAMANI	DPS KANKAN	Novembre 2006
23	CS MADINA	GUECKEDOU	Novembre 2006
24	CS SIGUIRI KORO	DPS SIGUIRI	Novembre 2006
25	CS MAMOU	DPS MAMOU	Juillet 2006
26	CS LEYSARE	DPS LABE	Juillet 2006
27	CS DAKA	DPS LABE	Juillet 2006
28	CSU DABOLA	DPS DABOLA	Juillet 2006
29	CSU DUBREKA	DPS DUBREKA	Août 2007
30	CSU DALABA	DPS DALABA	Juillet 2007
31	CSU TOUGUE	DPS TOUGUE	Juillet 2007
32	CSU MALI	DPS MALI	Juillet 2007
33	CSU GAOUAL	DPS GUAOUAL	Juillet 2007
34	CSU KOUNDARA	DPS KOUNDARA	Juillet 2007
35	CS BOWOULOLO	DPS LABE	Juillet 2007
36	AGBEF clinique	DPS LABE	Juillet 2007
37	CSU DINGUIRAYE	DPS DINGUIRAYE	Août 2007
38	CSU TANENE	DPS DUBREKA	Août 2007
39	CS BOULBINET	DCS KALOUM	Août 2007
40	CS SONFONIA	DCS RATOMA	Août 2007
41	CS KOLOMA	DCS RATOMA	Août 2007
42	CS WANIDARA	DCS RATOMA	Août 2007
43	CSA FMG	DCS DIXINN	Août 2007
44	CS HAFIA	DCS DIXINN	Août 2007

Source : Rapport d'activités PNPCSP/PTME, 2007

Cartes N° 5 et 5bis : sites PTME en Guinée, en 2003 et en novembre 2007



Il existe actuellement 44 sites PTME. Malgré une nette augmentation du nombre de sites PTME, l'amélioration de la couverture nationale doit se poursuivre pour faciliter l'accès aux services de PTME dans tout le pays. La cartographie ci-dessous visualise bien la répartition géographique des sites PTME et leur nombre par district sanitaire.

Tableau 14 : Résultats PTME de 2004 au 31 octobre 2007

ACTIVITÉS	ANNÉES				Total
	2004	2005	2006	31 octobre 2007	
CPN 1	5638	8761	25582	33929	73910
Femmes enceintes conseillées	2615	3970	22457	34019	63061
Femmes enceintes dépistées	1862	3970	17644	23678	47154
Femmes enceintes séropositives	70	149	599	888	1706
Femmes enceintes sous ARV	70	59	281	741	1151
Enfants sous ARV prophylactique	13	52	182	241	488
Conjoints testés	5	17	670	2275	2967
Enfants suivis	17	166	759	221	1163
Allaitement maternel	13	44	130	211	398
Allaitement artificiel	0	62	211	83	356
Enfants testes positifs*	0	0	1	30	31
Enfants testes négatifs	0	0	71	50	121

Source : Rapport statistique PTME/PNPCSP, 2007

- Le nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV prophylactique est passé de 70 en 2004 à 741 au 31 octobre 2007, alors que le nombre de nouveau-nés sous ARV prophylactique est passé de 13 en 2004 à 241 au 31 octobre 2007.

En outre les activités suivantes ont été réalisées :

- la politique nationale en matière de PTME a été mise à jour et a pris en compte les aspects relatifs à l'alimentation du nourrisson né de mère séropositive ;
- le plan national de passage à l'échelle de la PTME est en voie de finalisation et validation ;
- sur 29 sites ouverts, 7 ont été effectivement rénovés et 11 ont été équipés ;
- l'intégration effective des activités de PTME dans les services de santé maternelle et infantile connaît quelques obstacles qu'il conviendrait d'identifier et d'analyser ;
- les guides et des outils de formation standard pour le renforcement des capacités humaines en matière de PTME ont été réalisés ;
- un système de référence et contre-référence entre les sites de PTME, les services de PF et les sites de traitement ARV est mis en place et fonctionnel par endroit ;
- le suivi des activités PTME est réalisé dans les sites fonctionnels :
 - o revue et validation des outils de collecte et des indicateurs de suivi en 2005;
 - o collecte effective, depuis 2005, des données des sites fonctionnels : Femmes conseillées : 88% en 2006 et 100% pour le premier semestre 2007 ; Femmes testées : 69% en 2006 et 67,2% pour le premier semestre 2007 (par rapport au nombre de femmes en première CPN) ; Femmes séropositives : 3,39% en 2006 et 3,02% au premier semestre 2007 ;
- 80 formateurs en PTME au niveau national ont été formés. Ils ne sont pas tous opérationnels ni tous impliqués dans les activités de PTME du fait que les critères de sélection des formateurs à former n'ont pas été respectés (certains n'ont aucune expérience dans la mise en œuvre de la PTME) ;
- 148 prestataires des hôpitaux et des CS ont été formés en PTME.

5.1.6.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Existence d'une politique nationale de PTME et d'un protocole PTME ;
- Formateurs et modules de formation adaptés sont disponibles ;
- Existence de structures de soins décentralisées capables d'intégrer la PTME ;
- Un comité consultatif PTME a été mis en place pour : (1) la coordination et la mobilisation des ressources ; (2) la gestion des aspects techniques de l'exécution ; et, (3) le suivi local au niveau des DPS ;
- Suivi et Evaluation réguliers des sites de PTME ;
- Plusieurs partenaires sont engagés dans la PTME sur le terrain et restent ouverts pour un appui financier ;
- Gratuité des prestations de services de PTME ;
- Intégration de la PTME dans les Soins de Santé Primaires ;
- Intégration de la PTME dans les documents de politique de la santé de la Reproduction.

❖ Les faiblesses et obstacles

- Insuffisance de coordination/partenariat des intervenants dans le cadre de la PTME ;
- Faible couverture de la PTME au niveau national ;
- Insuffisance du personnel entraînant une surcharge de travail dans les sites PTME ;
- Non application du protocole de prise en charge par tous les intervenants ;
- Faible application du volet alimentation/nutrition de la politique nationale PTME ;
- Absence d'appui nutritionnel à la mère séropositive et à son enfant après 6 mois d'allaitement au sein ;
- Ruptures de stocks en réactifs, matériel de dépistage et médicaments ;
- Insuffisance de promotion de la PTME ;
- Insuffisance d'implication du conjoint ;
- Faible implication des organisations de la société civile dans la PTME ;
- Inadéquation de l'infrastructure de certains sites pour l'offre de services de qualité ;
- Absence d'un protocole pour l'intégration de la PTME dans les structures sanitaires ;
- Lacunes dans le suivi des femmes séropositives et des enfants sortis de la PTME ;

5.1.6.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- Renforcer l'Unité PTME du PNPCSP en vue d'améliorer la coordination aux niveaux national et décentralisés, d'améliorer la gestion du programme PTME et celle des activités au niveau des structures impliquées ;
- Améliorer le processus d'intégration de la PTME dans les structures sanitaires, y compris le site du Km 36 à Coyah, en respectant les normes et procédures garantissant la qualité des services ;
- Développer les ressources humaines nécessaires en qualité et en quantité dans le cadre de l'amélioration de l'accessibilité des prestations de PTME ;
- Développer des sites de PTME de référence au niveau des hôpitaux nationaux et régionaux pouvant accueillir en stage de formation des prestataires et des étudiants ;
- Étendre la couverture PTME à toutes les préfectures ;

- Rénover tous les sites PTME afin de les rendre conformes aux normes ;
- Mettre en œuvre le plan d’extension de la PTME intégrant les soins pédiatriques ;
- Mettre à jour le document des normes et procédures de PTME ;
- Améliorer le système de référence et contre-référence pour la prise en charge globale des gestantes VIH+, leurs enfants et leurs conjoints ;
- Organiser la prise en charge nutritionnelle dans les sites PTME ;
- Inclure l’appui alimentaire en faveur des mères séropositives et des enfants qui en ont besoin, notamment ceux nés de mère séropositive ;
- Renforcer le système de gestion de l’information à travers la formation des agents à l’utilisation des outils de gestion et le respect du circuit de l’information ;
- Développer le volet soutien en faveur des femmes enrôlées dans le programme à la PTME ;
- Renforcer le système de supervision formative afin d’assurer la qualité des services et de la collecte des données ;
- Poursuivre et intensifier la stratégie d’enrôlement des conjoints dans le programme PTME ;
- Elaborer des stratégies pour améliorer le suivi des femmes pour diminuer le taux de perdues de vue.

5.2. AXE STRATEGIQUE "PRISE EN CHARGE MEDICALE ET PSYCHOSOCIALE"

5.2.7. Domaine d’action : Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/sida

5.2.7.1. Conception du domaine : cohérence et adéquation

- Le problème à résoudre est la fragilité psychologique et sociale des PVVIH. Comme pour aggraver ce problème, la prise en charge psychosociale n’était pas suffisamment développée en milieu de soins et il y avait peu ou pas d’associations de PVVIH impliquées dans la PEC psychosociale et les soins à domicile. Il n’y avait pas de directives claires, ni outils de formation en PEC psychosociale en 2003.
- Un seul objectif : Assurer une prise en charge correcte des PVVIH. Cet objectif est pertinent mais reste vague et restrictif puisqu’il ne s’intéresse qu’aux PVVIH.
- La stratégie consiste à assurer une prise en charge psychosociale de toutes les PVVIH. Elle exclue les personnes affectées et reste donc cohérent avec l’objectif.
- Les activités liées à la stratégie sont les suivantes : (1) encourager la création d’associations de PVVIH et de groupes d’auto-soutien pour animer des activités en faveur des PVVIH ; (2) assurer une prise en charge psychosociale, morale, spirituelle des PVVIH par la communauté ; (3) former les assistantes sociales et les volontaires des associations en counseling ; (4) doter les groupes d’auto-soutien en moyens logistiques pour assurer les visites à domicile.

5.2.7.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

- Au total 62 associations/ONG ont bénéficié d’appui dans le cadre du suivi communautaire et de nombreux agents ont été formés en counseling ;
- à travers des ONG/associations, le PAM a assisté 1.920 familles, soit 13.300 personnes, à Conakry, Kissidougou, Guéckédou et Nzérékoré ;

- un guide de prise en charge psychosociale élaboré en 2002 avec l'appui technique de l'AGBEF sous financement de l'OMS a été actualisé en 2004, multiplié et diffusé ;
- le document de politique, normes et procédures élaboré en 2006 n'est pas encore diffusé ;
- un guide de formation dans la prise en charge des soins à domicile a été élaboré en 2006 ;
- au cours de cette même année, 39 formateurs et 405 intervenants du personnel de santé et des ONG ont été formés dans la prise en charge à domicile. En outre, 25 prestataires de 12 associations de PVVIH ont été formés en prise en charge psychosociale et soins palliatifs. 30 intervenants dans les soins à domicile encadrés par ASFEGMASSI et 60 personnes des forces armées ont été formés ;
- les cinq centres de santé du projet AEDES/DSVCO ont réalisé 2.816 visites à domicile. La GTZ et MSF Belgique, à travers leur appui, interviennent de façon ponctuelle dans les visites et soins à domicile pour les PVVIH et l'assistance des malades au stade terminal.

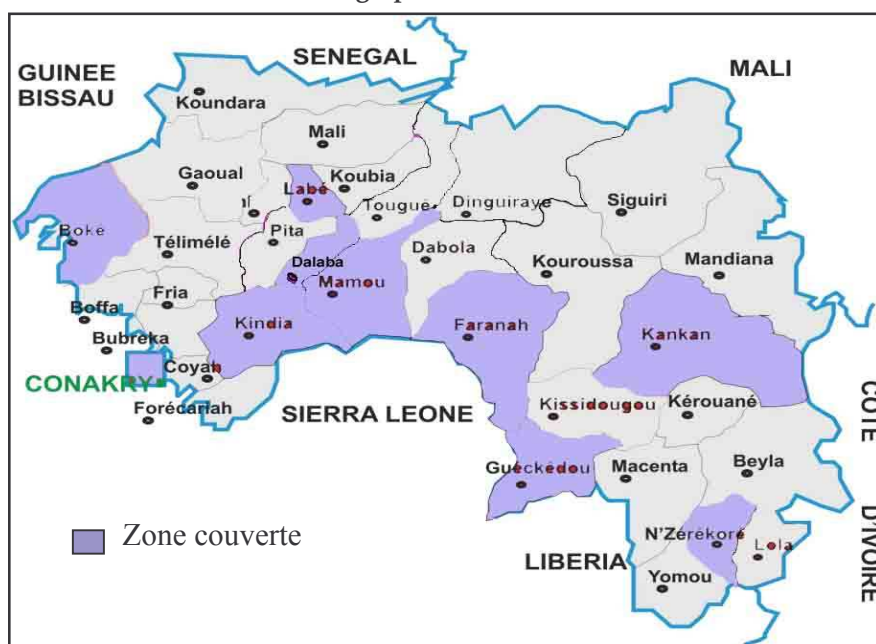
Les besoins de formation exprimés par les acteurs de la PEC psychosociale restent énormes.

5.2.7.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Expérience, relativement courte mais assez réussie, des ONG/associations dans la prise en charge psychosociale dont le concept reste quelque peu flou ;
- Existence d'outils de PEC psychosociale et d'acteurs engagés sur le terrain ;
- Gratuité de la PEC médicale (facilite la PEC psychosociale) ;
- Existence d'associations de PVVIH engagées dans la PEC psychosociale ;
- Existence d'un réseau d'ONG/associations de lutte contre le SIDA en Guinée, cadre potentiel de coordination et de partage d'expériences ;
- Appui financier et alimentaire des partenaires au développement en Guinée (Banque Mondiale, Fonds Mondial, PAM, etc.).

Carte N° 6 : Cartographie des Associations de PVVIH



❖ **Les faiblesses et obstacles**

- Le concept et le contenu de la "prise en charge psychosociale" ne sont pas compris de la même manière par les acteurs impliqués dans ce programme ;
- Lacunes dans la continuité de la prise en charge psychosociale à différents niveaux de la filière de soins ;
- Insuffisance de compétences dans la prise en charge psycho-sociale spécialement dans le secteur sanitaire public dont l'engagement reste relativement faible ;
- Capacités d'intervention et performance des associations et réseaux de lutte contre le SIDA par manque d'appui institutionnel et insuffisance de l'appui financier ;
- Faible capacité organisationnelle des ONG/Associations dans la mise en œuvre des activités de la PEC psychosociale ;
- Faible mise en œuvre du volet alimentation/nutrition du programme PTME et faible couverture géographique.

5.2.7.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- Adopter une définition consensuelle du concept de "prise en charge psychosociale" et, si possible, déterminer le rôle de chacune des catégories d'intervenants dans cette PEC psychosociale : personnels de santé et acteurs communautaires ;
- Élaborer un document national organisant la PEC psychosociale selon les composantes du programme et les niveaux d'intervention (cf. définition) ;
- Concevoir et mettre en œuvre un programme de développement des ressources humaines en matière de PEC psychosociale aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, en incluant les acteurs communautaires et le secteur privé ;
- Assurer un appui institutionnel, matériel, logistique et financier aux organisations (ONG, OSC, syndicats) engagées dans la PEC psychosociale ;
- Amélioration de la couverture nationale en matière de PEC psychosociale à travers la décentralisation et une plus grande implication du secteur public (cf. carte ci-dessous) ;
- Construire et équiper du siège du REGAP+ et des centres d'accueil, d'écoute, de conseil et d'orientation des PVVIH et personnes affectées par le VIH ;
- Organiser la prise en charge nutritionnelle dans les sites de prise en charge médicale et psychosociale ;
- Concevoir et mettre en œuvre un programme, à part entière, de prise en charge nutritionnelle et élaborer un protocole national de PEC nutritionnelle des PVVIH et des OEV ;
- Mettre en œuvre la résolution WHA 57.14 de la 57ème assemblée mondiale de la santé (mai 2004) invitant en priorité les Etats membres, à appliquer des politiques et des pratiques de nature à promouvoir l'intégration de la nutrition dans une riposte globale au VIH/sida.

5.2.8. Domaine : Prise en charge des infections opportunistes (IO)

5.2.8.1. Conception du domaine : cohérence et adéquation

- Le problème à résoudre à travers ce domaine d'action est l'insuffisance de la prise en charge médicale des infections opportunistes chez les PVVS. Si dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose des progrès ont été réalisés, il n'en est pas de même pour les autres infections opportunistes dont le diagnostic reste difficile du fait du manque de formation qui n'est qu'une dimension d'un plateau technique globalement inapproprié.
- L'objectif qui était d'assurer la prise en charge correcte des PVVIH est pertinent mais vague.
- La stratégie retenue repose essentiellement sur l'accessibilité des soins pour les PVVIH ;
- Les activités en rapport avec cette stratégie sont les suivantes : (1) intégrer et renforcer les activités de prise en charge des PVVIH dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires ; (2) assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels pour la prise en charge des infections opportunistes ; (3) intégrer de nouveaux médicaments génériques dans la liste des médicaments essentiels ; (4) réviser les directives nationales de prise en charge des PVVIH ; (5) appuyer l'émergence des capacités institutionnelles de prise en charge au niveau communautaire ; (6) créer des centres de traitement ambulatoire des PVVIH. Toutes ces activités sont en cohérence avec l'objectif et la stratégie retenue.

5.2.8.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

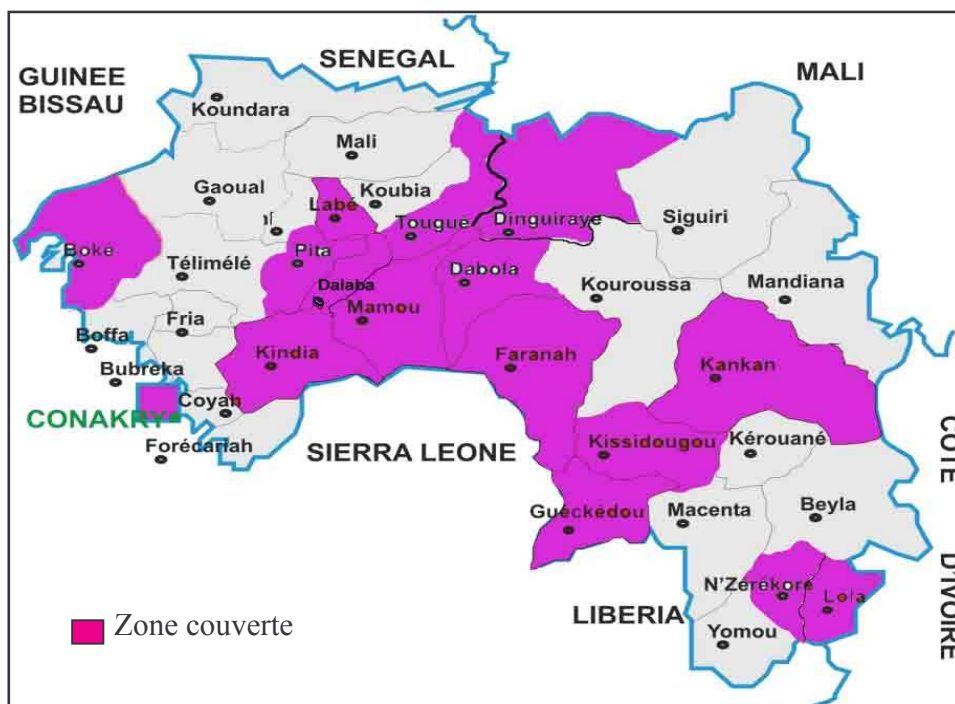
- Dans la PEC des IO, 498 médecins et paramédicaux ont été formés au courant de l'année 2006 ;
- trois manuels de prise en charge en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire ont été élaborés et diffusés depuis 2003 ;
- plus de 8000 malades ont bénéficié d'un traitement gratuit contre les infections opportunistes ;
- en 2005, un bâtiment a été construit au CHU de Donka avec l'appui du Fonds Mondial, pour abriter le CTA mais, il n'est pas fonctionnel faute d'équipement ;
- un module de prise en charge de la co-infection TB/VIH est élaboré par le PNLAT et la formation des prestataires est en cours au niveau des régions.

Tableau 15 : Carte sanitaire de la lutte antituberculeuse

Régions sanitaires	Hôpitaux		CMC		CSA		CLTO		Hôpital d'entreprise		CSI		PSI	
	Actif	Inactif	Actif	Inactif	Actif	Inactif	Actif	Inactif	Actif	Inactif	Actif	Inactif	Actif	Inactif
Kindia	4	1	1	0	0	2	1	0	0	1			0	82
Boké	5	0	0	0	1	0	0	0	3	0			0	70
Conakry	0	0	4	1	0	0	3	0	0	0			0	4
Mamou	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0			0	61
Faranah	4	0		0	0	0	2	0	0	0			0	44
Labé	4	1		0	0	0	1	0	0	0			0	93
Kankan	5	0		0	0	1	1	0	1	1			0	120
Nzérékoré	4	2	1	0	0	1	2	0	1	1			0	130
Total	29	4	6	1	1	4	12	0	5	3	240	154	0	604
	33		7		5		12		8		394		604	

La couverture nationale en prise en charge des IO, en dehors de la tuberculose, concerne 2 hôpitaux nationaux, 7 hôpitaux régionaux, 12 hôpitaux préfectoraux, 3 CMC, 8 Associations/ONG, 33 centres de santé et 2 programmes/projets.

Carte N° 7 : sites de prise en charge des IO par région administrative



5.2.8.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Bonne couverture géographique en structures de soins, ce qui pourrait faciliter la décentralisation de la PEC des infections opportunistes ;
- Expériences réussies de l'organisation de soins à domicile par le secteur associatif ;
- Le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNLAT) travaille en synergie avec le PNPCSP et encourage la référence croisée et l'intégration du dépistage dans les activités de DOTS ;
- Existence de modules PCIMAA et d'un manuel de PEC du SIDA pédiatrique ;
- Existence d'un document de normes et procédures des soins à domicile.

❖ Les faiblesses et obstacles

- Faible couverture géographique du programme de PEC des IO malgré la bonne distribution géographique des structures sanitaires dans le pays ;
- Faible contribution de l'Etat dans le financement des activités de PEC ;
- Implication d'un nombre limité de d'ONG/associations dans les soins à domicile ;
- Insuffisance dans la coordination des activités de soins à domicile ;
- Insuffisance et instabilité du personnel chargé de la PEC des infections opportunistes ;
- Ruptures de stock des médicaments et réactifs ;
- Insuffisance du plateau technique pour le diagnostic précoce et le suivi biologique des infections opportunistes.

5.2.8.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- Mettre à profit la bonne couverture géographique en infrastructures sanitaires pour étendre et décentraliser la PEC des IO et les soins à domicile (continuum des soins) ;
- Aménager/étendre le bâtiment abritant le CTA de Donka en vue d'y développer des activités de formation et de recherche sur les IO et leur PEC thérapeutique ;
- Renforcer les capacités des ONG engagées dans la prise en charge communautaire ;
- Renforcer et organiser l'implication des structures privées dans la prise en charge des IO (partenariat entre les structures publiques et privées) ;
- Renforcer la collaboration avec les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le paludisme, le PEV/SSP/ME pour une synergie d'action ;
- Renforcer le plateau technique de diagnostic et de suivi des IO à l'échelle nationale ;
- Renforcer le système d'approvisionnement en médicaments IO y compris les formes pédiatriques et les nouvelles molécules admises dans la liste des médicaments essentiels (tenir compte de la tuberculose, du paludisme et de l'hépatite) ;
- Reproduire et diffuser les documents de normes et procédures des soins à domicile, les modules PCIMAA et le manuel de PEC du sida pédiatrique ;
- Evaluer l'efficacité des schémas thérapeutiques actuels des IO ;
- Rendre gratuites les prestations relatives au VIH/sida (CDV, PTME, traitements ARV et IO, laboratoire, nutrition) à l'échelle nationale.

5.2.9. Domaine d'action 9 : Introduction des ARV dans le traitement des PVVIH

5.2.9.1. Conception du domaine : cohérence et adéquation

- Le problème formulé est le faible accès au traitement antirétroviral en Guinée, ce qui entraîne une multiplication des cas de sida et une augmentation des décès de PVVIH. Ce problème reste d'actualité car sur 12.500 PVVIH qui devraient être mis sous traitement antirétroviral à la fin de l'année 2007, seulement 6.416 sont sous traitement ARV.

- L'objectif était d'assurer la prise en charge correcte des PVVIH. Cet objectif est global et ne fixe pas le nombre de personnes qui devaient avoir accès au traitement ARV dans les 5 ans.

- L'introduction des ARV dans le traitement des PVVIH éligibles était la stratégie choisie.

- Les activités identifiées dans le plan d'action 2003-2007 sont les suivantes : (1) former le personnel pour la prescription et le suivi des traitements avec les ARV ; (2) mettre en place dans les hôpitaux un plateau technique nécessaire au suivi biologique des PVVIH ; (3) faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires pour l'achat des ARV ; (4) assurer le plaidoyer auprès du gouvernement pour la subvention des ARV.

- Les bénéficiaires cibles de ce domaine sont les personnes vivant avec le VIH/sida éligibles au traitement ARV.

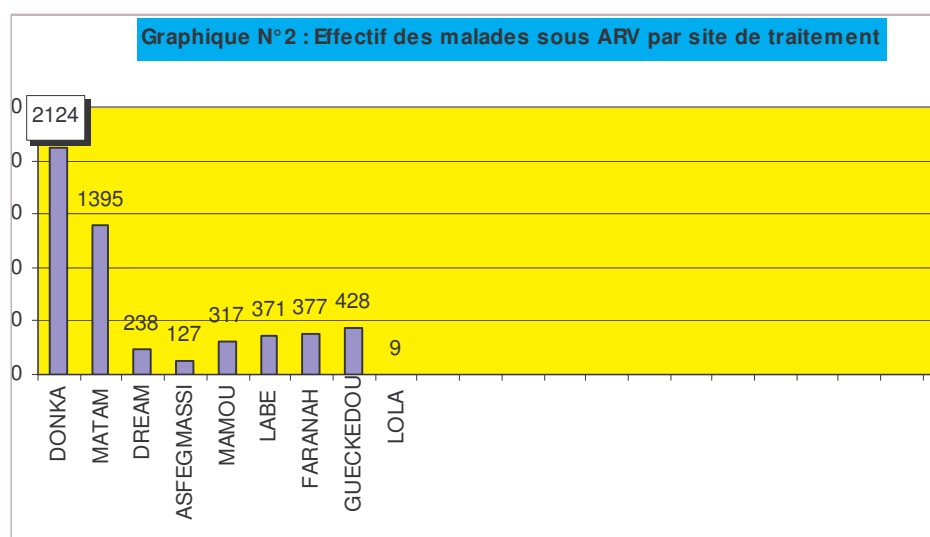
5.2.9.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

Environ 300 agents de santé ont été formés en Guinée et à l'extérieur pour le dépistage et la prescription des ARV (50 médecins formés à la prise en charge des accidents d'exposition au

sang et à l'approche PCIMAA ; 24 patients experts formés à l'approche PCIMAA ; 155 pharmaciens formés à la dispensation des ARV ; 25 prestataires formés à la PEC pédiatrique du VIH/sida et 25 paramédicaux formés à la PEC du sida pédiatrique). En suivi biologique, 16 biologistes ont été formés aux techniques de numération des CD4.

Plusieurs documents ont été élaborés dans le cadre de la PEC des PVVIH : Politique nationale de prise en charge, guide pour la prise en charge clinique et thérapeutique destiné aux postes et centres de santé, hôpitaux nationaux, régionaux et préfectoraux, documents de prise en charge intégrée de la maladie PCIMAA, documents normes et procédures des CDV, un module de formation des agents de santé à la PEC de la co-infection TB/VIH.

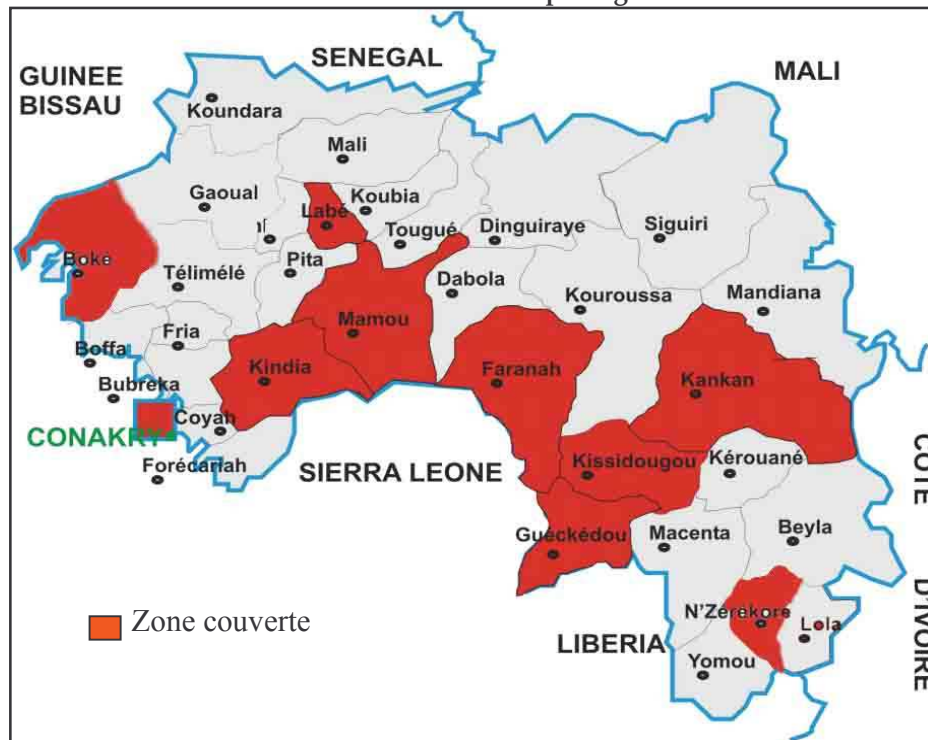
En août 2007, la Guinée compte 5.497 patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral, dont 165 enfants (estimation : entre 12.000 et 15.000 PVVIH seraient éligibles au TARV), dans les structures de prise en charge suivantes :



Depuis décembre 2004, le coût mensuel du traitement antirétroviral est de 35.000 FG, avec les médicaments achetés sur les fonds Banque mondiale (MAP), Fonds Mondial, budget de l'Etat guinéen et avec le don du Gouvernement Indien. Les ARV sont gratuits chez les enfants.

La prise en charge par les ARV et le suivi médical ont été proclamés gratuits par le gouvernement. Cette décision n'est pas assortie de document officiel. Cependant, sa mise en œuvre est effective sur toute l'étendue du territoire sauf au niveau des hôpitaux nationaux de Conakry. La disponibilité des ARV est assurée entièrement par les contributions financières des bailleurs de fonds. Les ARV sont disponibles pour tous les malades éligibles dans les 14 centres de traitement. Les estimations des besoins en ARV sont faites sur la base de la prévalence nationale de 2,8%. Au total, 5.283 malades de sida sont sous traitement à la date du 30 juin 2007.

Carte N° 8 : sites de traitement ARV par région administrative



L'accès aux ARV commande la mise en place des moyens et outils de suivi biologique, immunologique et virologique. Dans le cadre de la politique d'accès universel aux ARV utilisant des schémas simplifiés, il avait été prévu un certain nombre d'équipements par niveau. A mi-parcours du programme, les réalisations sont les suivantes : (1) le laboratoire de référence nationale (INSP), le CHU Donka, le laboratoire privé ABOUD (sous financement MAP) et DREAM possèdent un compteur automatisé de CD4. Il en est de même des régions de Kindia, Boké, Kankan, Kissidougou, Nzérékoré et de l'hôpital de Kamsar ; (2) les laboratoires de DREAM et Donka possèdent chacun un quantificateur de la charge virale, cependant, celui de Donka n'est pas encore fonctionnel. Dans les centres habilités pour le traitement ARV, l'éducation thérapeutique est assurée aux bénéficiaires par l'équipe de prise en charge. Il faut signaler l'acquisition de microscopes à fluorescence qui, malheureusement, n'ont jamais été mis en service, sans raison valable.

5.2.9.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Existence de professionnels formés dans la prescription des ARV ;
- Subvention des ARV et de réactifs pour le suivi biologique des PVVIH sous ARV ;
- Existence de protocoles nationaux de TARV (schémas thérapeutiques simplifiés) ;
- Expériences de certaines équipes de prise en charge en matière d'observance ;
- Deux études portant sur l'observance thérapeutique et l'itinéraire thérapeutique des PVVIH ont été réalisées (thèses de doctorat d'Etat en médecine).

❖ **Les faiblesses et obstacles**

- Absence de recherches pour évaluer les schémas thérapeutiques utilisés ;
- Faible capacité technique des laboratoires pour assurer le suivi biologique des PVVIH et réaliser des recherches ;
- Absence de plan national de développement des ressources humaines pour la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH ;
- Ruptures fréquentes des réactifs pour la surveillance biologique (et le dépistage) ;
- Aucun laboratoire dans le pays n'est équipé pour l'étude des résistances aux ARV ;
- Insuffisance de planification et de gestion des approvisionnements en ARV (notamment les formes pédiatriques), médicaments IO et IST, réactifs et produits de laboratoires ;
- Plusieurs intervenants possèdent leurs propres circuits d'importation des ARV, malgré la réglementation mise en place depuis 2003 en matière de gestion des ARV et réactifs ;
- Le Fonds national de solidarité annoncé est resté totalement inopérant ;
- Couverture géographique du traitement ARV et du dépistage très insuffisante ;
- Absence d'un logiciel harmonisé pour la gestion des données et le suivi des PVVIH.

5.2.9.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- Evaluer les schémas thérapeutiques ARV mis en œuvre depuis 2003 ;
- Réaliser des recherches sur le génotypage, les résistances aux ARV, l'observance et la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Mettre en place un système de surveillance des résistances aux ARV ;
- Mettre en réseau les laboratoires engagés dans le suivi biologique des PVVIH en vue d'une meilleure coordination des activités ;
- Concevoir et mettre en œuvre un plan de développement des personnels pour la PEC globale des PVVIH et les motiver ;
- Décentraliser les activités de PEC globale des PVVIH au niveau des 33 préfectures ;
- Coordonner et alléger les procédures pour l'acquisition des ARV, des autres médicaments entrant dans la prise en charge des PVVIH et des réactifs pour le suivi immunologique et virologique des patients sous ARV ;
- Elaborer un document de normes et procédures et un plan d'extension de la prise en charge des PVVIH à l'échelle nationale ;
- Mettre en place un fonds de solidarité pour la pérennité de la gratuité ;
- Renforcer les capacités des PVVIH sur le suivi des PVVS sous ARV au niveau décentralisé (visites à domicile, groupes de parole, observance, accompagnement) ;
- Assurer une gestion harmonisée et coordonnée des données de la PEC médicale et psychosociale ;
- Développer les capacités des OSC/ONG dans la PEC communautaire.

5.3. AXE STRATEGIQUE REDUCTION DES IMPACTS SOCIO-ECONOMIQUES DU SIDA

5.3.10. Domaine d'action 10 : Réduction de l'impact socio-économique sur les personnes infectées, et sur les personnes et les familles affectées

Le DSRP1 avait intégré le VIH comme un volet du secteur santé, de ce fait, aucune stratégie n'a été développée pour la réduction de l'impact socio économique de cette épidémie. De même, le

Cadre Stratégique National 2003-2007, sous revue, n'a développé aucune stratégie visant la réduction de l'impact de l'épidémie sur les personnes infectées et affectées et sur leur famille. Cependant, il convient de signaler que le CSN 2003-2007 avait prévu la création d'un fonds de solidarité pour la lutte contre le VIH et d'un fonds d'appui à l'amélioration du statut socio-économique de la femme). Le CSN 2008-2012 devra prendre en compte cette dimension impact socio-économique du VIH sur les PVVIH, les personnes affectées et leurs familles.

5.3.10.1. Conception du programme : cohérence et adéquation

Le problème à résoudre est celui de la précarité des PVVIH et leur famille. Ces personnes sont confrontées à la baisse de revenus du fait d'un absentéisme chronique au travail et parfois, du fait que la personne dédiée au chevet du malade cesse de travailler, aux dépenses liées à la prise en charge médicale, à la perte d'emploi et à la pauvreté en général.

5.3.10.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

Malgré l'absence de stratégies spécifiques, des initiatives ont été mises en œuvre parmi lesquelles la gratuité des ARV dans certaines structures et entreprises, l'appui nutritionnel et des activités génératrices de revenu en faveur des PVVIH, des personnes affectées et leurs familles (cf. domaine d'action 11).

5.3.10.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Le rapport de l'étude sur l'impact socioéconomique du VIH/sida en République de Guinée, PNUD 2004, donne des hypothèses intéressantes sur les impacts potentiels de l'épidémie de sida en fonction de scénarii d'évolution de l'infection par le VIH ;
- Le sida est pris en compte dans le DSRP2 comme secteur à part entière ;
- Existence d'un document de politique nationale d'appui social par le MASCFE ;
- Existence de textes d'application de la loi L025/2005 relative à la prévention, au contrôle des IST et à la prise en charge du VIH/sida.

❖ Les faiblesses et obstacles

- Il n'existe pas de données sur les impacts socioéconomiques du sida en Guinée ;
- Le code de travail ne prend pas en compte les aspects liés à l'impact socio-économique du VIH sur les PVVIH, les personnes affectées et leurs familles ;
- L'absence de stratégies de promotion des AGR et de leur financement ne permet pas d'assurer aux PVVIH le soutien que nécessite leur situation de précarité financière ;
- Absence des stratégies de promotion de la sécurité alimentaire.

5.3.10.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- Articuler de manière cohérente et synergique le Cadre stratégique de lutte contre le sida 2008-2012 et la Stratégie de réduction de la pauvreté en Guinée ;
- Elaborer un outil opérationnel commun de mise en œuvre de la lutte contre la pauvreté et de celle contre le VIH/sida :

- Promouvoir les activités génératrices de revenus et mettre en place effectivement le Fonds prévu en faveur des PVVIH et des personnes affectées et leurs familles ;
- Appliquer les dispositions de la loi L025/2005 relative à la prévention, au contrôle des IST et à la prise en charge du VIH/sida en Guinée ;
- Réviser le code du travail en vue d'y intégrer des dispositions relatives aux impacts socioéconomiques du sida sur les personnes infectées/affectées et leurs familles ;
- Mettre en œuvre des programmes de soutien alimentaire en faveur des PVVIH, des OEV et leurs familles aux niveaux national et décentralisé ;
- Concevoir et mettre en œuvre un programme de sécurité, au-delà du soutien alimentaire ;
- Concevoir et mettre en œuvre un programme de recherche sur les impacts socioéconomiques sur les individus et sur les familles.

5.3.11. Domaine d'action 11 : Prise en charge des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (OEV)

5.3.11.1. Conception du programme : cohérence et adéquation

- Le problème à résoudre est le nombre croissant d'orphelins et autres enfants vulnérables du fait du sida et la menace qu'ils constituent sur l'équilibre social et la sécurité dans le pays.

- L'objectif global du CSN 2003-2007 est de réduire le poids et l'impact socio-économique du VIH/sida en Guinée. Les objectifs généraux 3 et 14 du CSN 2003-2007 rappelés ci-dessous prennent en compte certains aspects des impacts sociaux du VIH/sida : (1) promouvoir la scolarisation et l'insertion professionnelle des orphelins non scolarisés ; (2) renforcer les capacités des femmes à s'engager dans la lutte contre les IST-VIH/sida.

Ces objectifs sont pertinents mais très insuffisants, ils ne couvrent pas tous les aspects des impacts socioéconomiques identifiés.

Les activités menées en faveur des OEV par des ONG et partenaires multilatéraux sont des initiatives isolées sans rapport direct avec les stratégies du CSN 2003-2007.

5.3.11.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

Les principales réalisations sont :

- Scolarisation de 9.681 orphelins par les ONG et le MASPFE/PMS ;
- Scolarisation de 150 orphelins par le MASPFE/Fonds Mondial ;
- Appui nutritionnel en faveur de 2.000 familles de PVVIH par le PAM ;
- 35 familles affectées par le VIH appuyées par le MASPFE ;
- Appui nutritionnel en faveur de 50 familles de PVVIH par le Centre DREAM.

5.3.11.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Existence d'une stratégie nationale en faveur des OEV ;
- Existence d'un document de politique nationale éducative de lutte contre le sida ;
- Existence d'une base de données sur les OEV au niveau du SE/CNLS ;
- Engagement des ONG/Associations/OBC pour la prise en charge des OEV ;

- Gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans ;
- Intérêt des bailleurs de fonds pour financer le programme OEV (BM, UNICEF, etc.).

❖ **Les faiblesses et obstacles**

- Le faible pouvoir économique des ménages ;
- Le faible taux de scolarisation des OEV ;
- Faible capacité des ONG/Associations/OBC en matière de formulation et de gestion de projets en faveur des OEV.
- La faiblesse de la part allouée à la lutte contre le VIH/sida dans le budget national ;
- Insuffisances de ressources financières pour couvrir les besoins des OEV.

5.3.11.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- Poursuivre et intensifier le programme de PEC des OEV en mobilisant des ressources financières additionnelles en faveur des OEV et en complémentarité avec le budget du MASPFE (couvrir les besoins identifiés) ;
- Mettre en œuvre un programme de scolarisation systématique des OEV et assurer aux OEV tout l'appui matériel et logistique nécessaire à la réussite du programme ;
- Responsabiliser le MASPFE comme chef de file du programme OEV du CNLS et augmenter la ligne budgétaire destinée aux OEV dans le budget du MASPFE ;
- Concevoir et mettre en œuvre un programme de renforcement des capacités des OSC en matière de formulation et de gestion de projets en faveur des OEV ;
- Mettre en place un mécanisme d'appui financier et alimentaire aux familles ayant des OEV en charge : activités génératrices de revenus (AGR) et distribution de vivres ;
- Renforcer la base de données existante en vue d'une meilleure maîtrise du nombre d'OEV par région et par préfecture et d'une meilleure planification des interventions en faveur des OEV ;
- Mener des études et recherches sur les OEV en vue d'une meilleure connaissance de leurs besoins, des stratégies mises en œuvre par la société guinéenne pour résoudre les problèmes des OEV, de l'impact des interventions, du devenir des OEV ;
- Elaborer et mettre en œuvre un programme d'action en faveur des enfants de la rue.

5.3.12. Domaine d'action 12 : Réduction de l'impact socio-économique global, sectoriel et sur les entreprises

5.3.12.1. Conception du programme : cohérence et adéquation

Le CSN 2003-2007 n'avait pas pris en compte cette dimension fautes de données sur les impacts socio-économiques.

5.3.12.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

Même si le CSN 2003-2007 n'a rien prévu dans ce domaine, les initiatives ci-dessous ont été prises.

- Réalisation d'une étude intitulée Impact socioéconomique du VIH/sida en République de Guinée réalisée sous l'égide du PNUD en 2003. Elle ouvre des perspectives pour 2008-2012 ;
- Mise en place par la chambre des mines de 6 CDV dans les sociétés minières (Kamsar, Sangaredi, Fria, Simbaya, Koron et Léro) et des sites PTME à Fria, Kamsar, Sangaredi et Koron ;
- La prise en charge ARV du personnel et des ayant droit est assurée par les sociétés Russal (Fria et Kindia), SMD (Léro), la SAG (Koron) et Shell ;
- La fédération des banques et assurances a pris en charge le traitement ARV des employés et ayant droit ;
- Les pétroliers Shell et Total ont réalisé des campagnes de communication, de mobilisation sociale et de dépistage volontaire auprès des routiers et des élèves ;
- Métal Guinée a réalisé des séances de sensibilisation de son personnel et un soutien à la scolarisation de 25 OEV ;
- Le Port Autonome de Conakry (AGEMAP) a réalisé des séances de sensibilisation du personnel et assure la distribution gratuite des préservatifs ;
- La chambre des mines a effectué un voyage d'étude en Afrique du Sud, au Cameroun et en Côte d'Ivoire pour partage d'expériences sur l'implication du secteur privé dans la lutte contre le sida.

5.3.12.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- L'étude Impact socioéconomique du VIH/SIDA en République de Guinée donne des orientations ;
- Existence d'un document de politique nationale de lutte contre le sida en milieu de travail proposé par le Gouvernement, le BIT, les syndicats de travailleurs et le patronat ;
- Expérience réussie d'engagement d'entreprises du secteur privé dans la lutte contre le sida ;
- Possibilités de financement de programme de lutte contre le sida dans le secteur privé par certains partenaires au développement comme l'USAID, la BM et le Fonds mondial, en plus des possibilités propres des entreprises ;

❖ Les faiblesses et obstacles

- Absence totale de données sur l'impact socio-économique du sida aux niveaux global, sectoriel et sur les entreprises en Guinée ;
- Méconnaissance, par les décideurs du secteur privé et les autorités nationales, des impacts de l'épidémie de sida sur les entreprises, les secteurs de développement et sur l'économie du pays ;
- Contribution financière des entreprises insuffisante ;
- Faible implication des PME dans la lutte contre le sida.

5.3.12.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- Exploiter le rapport de l'étude intitulée *Impact socioéconomique du VIH/sida en République de Guinée*, PNUD 2003 qui donne des pistes de recherche ;

- Réaliser des études d'impact du VIH/sida sur les entreprises et sur des secteurs clés du développement en Guinée : santé, éducation, agriculture, mines, entreprises, etc. ;
- S'appuyer sur les expériences en cours (chambre des mines, pétroliers, fédération des banques et assurances) dans le secteur privé pour enrôler d'autres entreprises dans la lutte contre le sida en milieu de travail ;
- Mener des actions de plaidoyer auprès des chefs d'entreprise, y compris des PME pour une prise en compte effective du VIH/sida dans l'entreprise ;
- Mener des actions de plaidoyer auprès des autorités gouvernementales pour une prise en compte effective du VIH/sida dans le secteur de développement qui leur est confié (programme d'action sectoriel contre le sida et ligne budgétaire propre) ;
- Mettre en œuvre le plan national tripartite de lutte contre le sida en milieu de travail qui implique les syndicats autant que le patronat et le ministère en charge du travail ;
- Appuyer les initiatives visant la réduction des impacts socioéconomiques sectoriels et sur les entreprises.

5.3.13. Domaine d'action 13 : amélioration de l'environnement éthique et juridique

5.3.13.1. Conception du programme : cohérence et adéquation

- Le VIH/sida pose des problèmes éthiques et juridiques. En Guinée, les PVVH sont victimes de stigmatisation et de discrimination en famille, en milieu de travail, dans l'accès à l'emploi et au crédit bancaire, à l'école et dans tout autre milieu où elles vivent et travaillent. Les personnes affectées, surtout les veuves et les orphelins, sont souvent privées de leurs droits de succession.

L'objectif était de "créer un environnement favorable pour la protection des droits et devoirs des PVVH". Il est pertinent et envisage aussi bien les devoirs que les droits mais, il exclut les personnes affectées.

Les stratégies retenues sont : (1) création d'une antenne nationale du réseau "Ethique, Droit et VIH" en Guinée ; (2) adoption par l'Assemblée Nationale des lois contre la stigmatisation et le rejet des PVVH. Elles sont adéquates et s'articulent bien avec les activités envisagées.

5.3.13.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

La plupart des activités réalisées n'ont pas été prévues dans le CSN 2003-2007.

- Création d'une division Promotion et Protection des Droits des Femmes au MASPFE ;
- Adoption de la Loi 025/AN 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA ainsi que son décret d'application ;
- Création de réseaux et d'associations de PVVH qui sont des cadres de solidarité et de défense des droits des PVVH ;
- Création d'une chaire VIH/sida à la faculté de Médecine en 2005 ;
- Inclusion du VIH/sida dans le programme des Instituts d'enseignement supérieur.

5.3.13.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Ratification par le pays des conventions et traités internationaux de protection de la personne humaine ;
- La Constitution nationale prévoit dans ses dispositions la non discrimination ;
- Implication des associations de PVVIH, des réseaux d'OSC dans le programme ;
- Adoption des lois L10 sur la santé de la reproduction (2001) et L025 sur le VIH (2005) ;
- Disponibilité du rapport d'une étude faite sur la situation des droits humains liés au VIH/sida en Guinée en 2005 (ROSIGUI/AfriCASO) ;
- Existence d'un guide de formateur en matière de droit et VIH réalisé par ROSIGUI.

❖ Les faiblesses et obstacles

- Le réseau national "Ethique, Droit et VIH" prévu n'a pas été créé malgré quelques initiatives prises par les réseaux d'OSC ;
- La problématique "genre et droits humains" n'est pas suffisamment prise en compte ;
- La méconnaissance des textes de lois, règlements, conventions et traités ne permet leur application.

5.3.13.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

- Vulgariser et appliquer la Loi 025/AN 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA en vue de créer un environnement favorable au respect des droits des PVVIH et à leur plus grande implication dans la lutte contre le sida ;
- Mettre en place le réseau national "Ethique, Droit et VIH" prévu dans le CSN 2003-2007 en vue de poursuivre la réflexion et l'action sur les dimensions éthique et juridique du VIH/sida et servir d'observatoire national des droits en matière de VIH/sida ;
- Recenser les conventions, déclarations et traités internationaux de protection de la personne humaine ratifiés par la Guinée et les vulgariser en vue de leur application ;
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans le milieu du travail, en famille et dans les lieux publics, dans l'accès au crédit bancaire, à l'emploi, à l'école, à la terre, à l'héritage, en prenant en compte le genre ;
- Renforcer les capacités institutionnelles des réseaux d'OSC en général, de PVVIH en particulier pour la promotion des aspects éthiques et juridiques liés au VIH ;
- Elaborer et vulgariser une loi sur les violences sexuelles et la prise en charge des filles et des femmes qui en sont victimes ;
- Réduire la vulnérabilité des femmes et des filles face au VIH/sida par l'élimination de toutes les formes de discrimination et de violence contre elles.

5.4. CADRE INSTITUTIONNEL ET GOUVERNANCE DE LA RIPOSTE NATIONALE AU VIH/SIDA

Un cadre institutionnel approprié et la bonne gouvernance de la riposte nationale sont déterminants pour la mise en œuvre du CSN 2008-2012 et la performance. Le cadre institutionnel comporte des organes de coordination politique, d'orientation et de décision, des organes de coordination stratégique et opérationnelle et des structures et organisations de mise en œuvre au niveau central et aux niveaux décentralisés. La gouvernance renvoie au

management de la riposte nationale, essentiellement par le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le SIDA. La Guinée a adopté les trois principes.

5.4.14. Domaine d'action 14 : Cadre institutionnel pour la gestion de la riposte nationale

Comme indiqué ci-dessus, il s'agit des organes/instances et structures impliqués dans la gestion de la lutte contre le SIDA en Guinée, y compris la mise en œuvre du cadre stratégique national.

5.4.14.1. Description des organes de coordination politique, des organes de coordination opérationnelle et des structures de mise en œuvre

5.4.14.1.a. Les organes de coordination politique et d'orientation

En vertu des "trois principes", il existe un organe national unique de coordination politique, d'orientation et de décision qui est le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS).

➤ Le Comité National de Lutte contre le VIH/sida (CNLS)

Créé par le décret N° 016 du 5 mars 2002, le CNLS est placé sous l'autorité de Monsieur le Premier Ministre qui en assure la présidence. Cette position conforte la décision du gouvernement guinéen de considérer le sida, non pas seulement comme un problème majeur de santé publique, mais encore et surtout comme une problématique de développement et une question de survie nationale. Cette tutelle de la Primature est de nature à faciliter la coordination de toutes les parties prenantes que sont le secteur public ou gouvernemental (les ministères), le secteur privé, les organisations de la société civile y compris les ONG et les partenaires au développement de la Guinée, à travers une autorité nationale unique. C'est par ailleurs une exigence de la multisectorialité et de la décentralisation, deux options stratégiques fondamentales du gouvernement guinéen.

Le décret définit les missions, la composition et le fonctionnement de chaque instance du Comité National de Lutte contre le sida (CNLS) du niveau central jusqu'au niveau des Communautés Rurales de Développement (CRD) en passant par les Régions, les Préfectures et les Communes.

▪ Missions du CNLS

Le Comité National de Lutte contre le sida est chargé de :

- définir la politique générale de lutte contre le sida en Guinée et d'en fixer les grandes orientations et les objectifs généraux ;
- orienter et impulser les activités de lutte contre le sida au niveau national.
- assurer la cohérence des interventions des différents partenaires ;
- approuver les plans d'action annuels, les budgets des associations et suivre la mise en œuvre des activités liées aux différents volets du programme multisectoriel de lutte contre le sida ;
- coordonner les interventions des départements ministériels et institutions impliqués ;
- rechercher les financements et appuis nécessaires aux activités de lutte contre le sida.

▪ **Composition du CNLS**

Le CNLS est un organe national regroupant les représentants de toutes les couches socioprofessionnelles du pays. Il comprend notamment :

- le Premier ministre ;
- les premiers responsables des différents départements ministériels ;
- les chefs des différentes entreprises publiques et privées et les syndicats ;
- les représentants des organisations de la société civile ;
- les représentants des communautés à la base ;
- les personnes vivant avec le VIH/sida.

▪ **Le Bureau Exécutif du CNLS**

L'organe directeur du CNLS est le Bureau Exécutif, composé comme suit :

- président : le Premier Ministre ;
- 1er Vice-président : le Ministre de la Santé ;
- 2^{ème} Vice-président : le Ministre des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance ;
- 3^{ème} Vice-président : le Ministre de la Jeunesse, des Sports et de la Culture ;
- 4^{ème} Vice-président : le Ministre de l'Economie et des Finances ;
- rapporteur : le Ministre de la Communication.

▪ **Fonctionnement du CNLS**

Le CNLS se réunit en session ordinaire deux fois par an sur convocation de son Président. Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande du Président ou de la majorité des membres. La convocation aux réunions est envoyée par le rapporteur du CNLS au moins 15 jours avant la date prévue pour la réunion. Le rapporteur consigne sur un registre spécialement destiné à cet effet, le procès verbal des réunions.

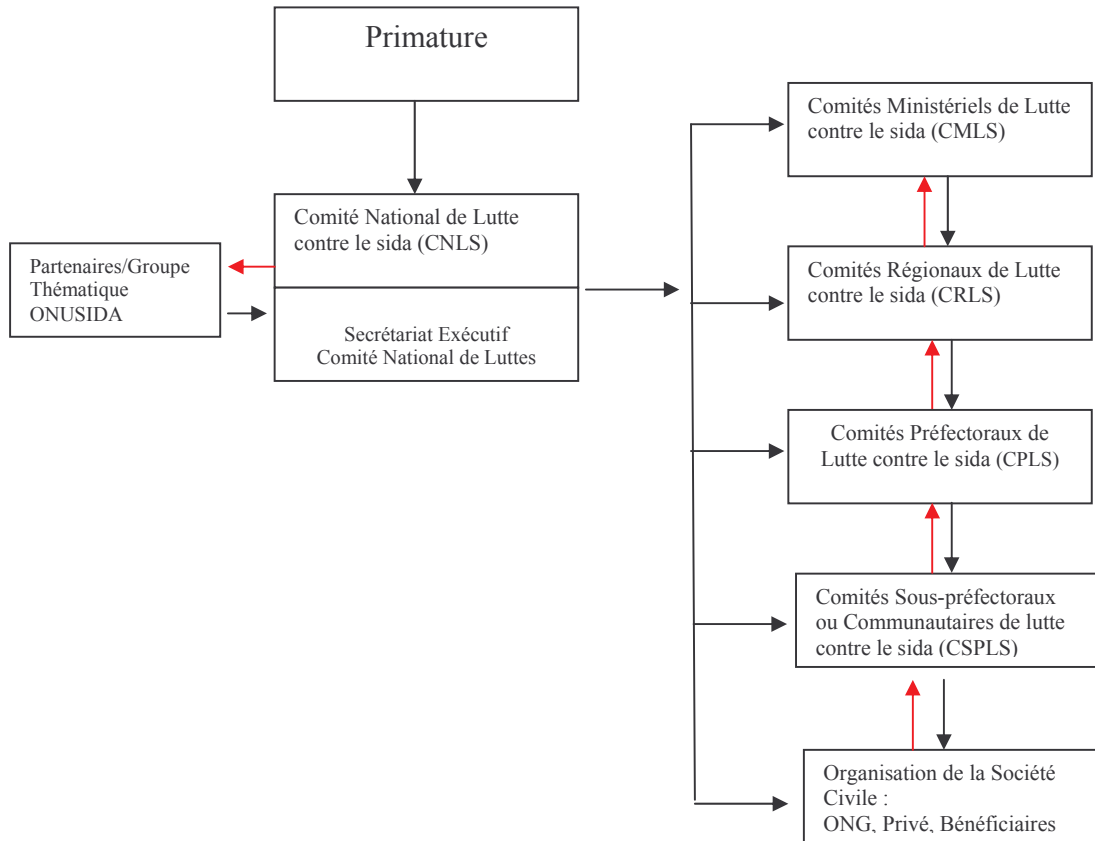
➤ **La déconcentration et les niveaux décentralisés du Comité National de Lutte contre le VIH/sida (CNLS)**

- Un Comité Ministériel de Lutte contre le Sida (CMLS) est créé au niveau de chaque département ministériel ;
- Un Comité Régional de Lutte contre le Sida (CRLS) est créé au niveau de chacune des sept régions administratives et au niveau de Conakry ;
- Un Comité Préfectoral de Lutte contre le sida (CPLS) est créé au niveau de chacune des 33 Préfectures ;
- Un Comité Communal de Lutte contre le Sida (CCLS) est créé pour chacune des 38 Communes urbaines ;
- les Comités Sous-préfectoraux ou Communautaires de lutte contre le sida (CSPLS) pour les Communautés rurales ou sous-préfectures.

Les organes du CNLS aux niveaux déconcentré et décentralisés sont des relais du CNLS à chacun de ces niveaux. Ils ont pour missions de :

- coordonner les activités de lutte contre le sida ;
- veiller à la mise en œuvre des réponses appropriées ;
- veiller à la bonne circulation de l'information sur les IST/sida à leur niveau respectif.

▪ Les structures du Comité National de Lutte contre le Sida



L'existence du CCM (Country Coordination Mechanism) et du Groupe thématique ONUSIDA ne doit être à l'origine d'aucune confusion quand à l'unicité de l'organe de coordination de la riposte nationale au VIH/sida. En effet, le CCM est dédié aux projets financés par le Fonds Mondial et relatifs au sida, à la tuberculose et au paludisme. Il joue un rôle essentiel lors de la rédaction des propositions et dans la supervision de l'utilisation des ressources allouées par le Fonds Mondial. Il est composé des représentants de toutes les parties prenantes concernées par les subventions reçues du Fonds Mondial.

Quant au Groupe Thématique ONUSIDA Elargi, présidé à tour de rôle par une des agences des Nations Unies, il a joué un rôle primordial dans la mobilisation des partenaires et la concertation. A la lumière de l'expérience d'autres pays, l'ONUSIDA suggère de mettre en place un forum de coordination placé sous la responsabilité d'une autorité nationale structurée et rationalisée. Ce forum, dit des partenaires, aidera à faciliter la participation accrue des acteurs, l'orientation vers les résultats, l'harmonisation au sein des partenaires et l'obligation de rendre compte.

Le Forum national des partenaires est une coalition dirigée par le Gouvernement et qui réunit tous les acteurs intervenant dans la riposte nationale au VIH/sida. Il est présidé par le Président du CNLS. Le CSN 2008-2012 s'attachera à mettre en place ce Forum des Partenaires.

5.4.14.1.b. Organes de coordination stratégique et opérationnelle

➤ Le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le sida (SE/CNLS)

Le Secrétariat Exécutif a été mis en place par arrêté N° 1856/PM/CAB 2002 du Premier Ministre, signé le 6 mai 2002. Le Secrétariat Exécutif du CNLS est l'unique organe technique devant impulser, faciliter et coordonner la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/sida en République de Guinée, en vertu des trois principes.

▪ Missions du Secrétariat Exécutif du CNLS (SE/CNLS)

Le Secrétariat Exécutif du CNLS :

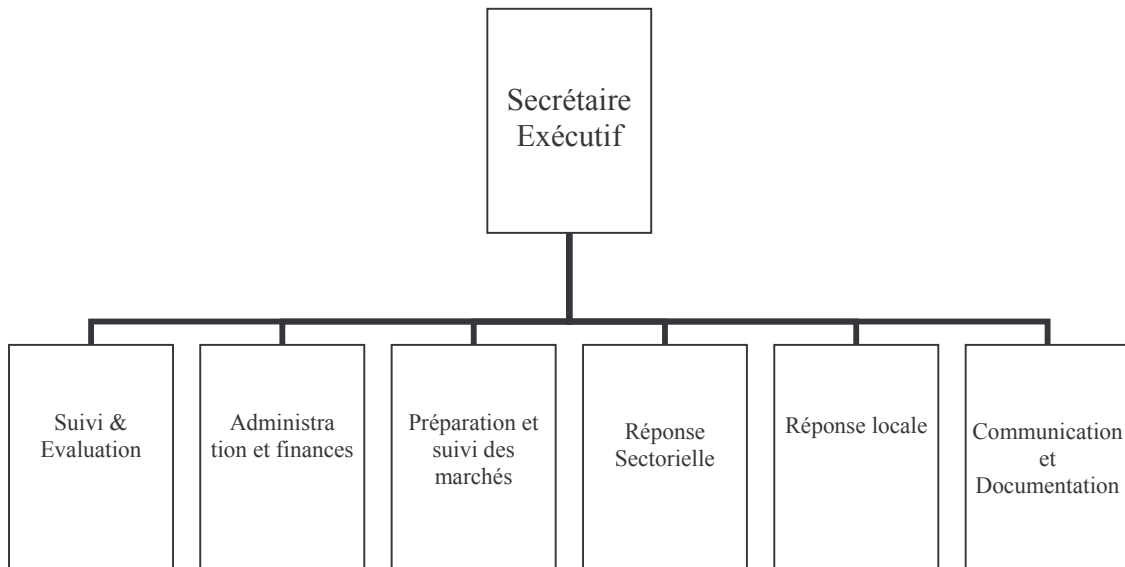
- assure le Secrétariat permanent du CNLS ;
- assure la coordination technique, le suivi et l'évaluation de toutes les activités de lutte contre le sida entreprises en Guinée. A cet effet, le Secrétariat exécutif est chargé d'approuver les plans d'action annuels soumis par les différents départements ministériels et les acteurs de la société civile et du secteur privé en concordance avec les objectifs du cadre stratégique national ;
- coordonne la gestion des ressources financières destinées à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le sida, la gestion des fonds étant confiée à une Agence fiduciaire ;
- apporte un appui technique aux partenaires impliqués dans la lutte contre le sida notamment dans les réponses sectorielles et locales ;
- assure la diffusion de l'information sur le VIH/sida et les activités entreprises dans le pays.

▪ Composition du Secrétariat Exécutif du CNLS (SE/CNLS)

Le Secrétariat exécutif est doté d'un personnel technique composé de :

- un secrétaire exécutif et son cabinet
- une cellule chargée de l'évaluation de la recherche opérationnelle et du suivi
- une cellule chargée de la gestion administrative et financière
- une cellule chargée de la communication et documentation interne et externe
- une cellule chargée de la préparation et du suivi des marchés
- une cellule chargée de la réponse sectorielle
- une cellule chargée de la réponse locale

▪ **Organigramme actuel du Secrétariat Exécutif du CNLS (Article 10 de l'arrêté N° 1856)**



▪ **Fonctionnement du Secrétariat Exécutif du CNLS**

"L'exécution de la politique de lutte contre les IST/sida définie par le CNLS est assurée par un secrétariat exécutif dont la composition, les attributions et le fonctionnement sont fixés par l'Arrêté N° 1856 du Premier Ministre. Le Secrétariat Exécutif est placé sous la tutelle du CNLS auquel il rend compte de ses activités. Au niveau régional, le secrétariat exécutif est représenté dans chaque région par une cellule régionale comprenant un responsable de cellule, un chargé des réponses locales et un chargé des réponses sectorielles. Les attributions, les modalités de désignation et de révocation des membres du secrétariat exécutif sont détaillées dans l'arrêté N° 1856/PM/CAB/2002 du 06 mai 2002 portant attributions et composition du Secrétariat Exécutif du CNLS". (Extrait du Décret N° D/2002/016/PRG/SGG).

▪ **Secrétariat Exécutif du CNLS et financement du Fonds Mondial**

Pour le volet sida des projets financés par le Fonds Mondial, la logique de la multisectorialité et le respect des Trois Principes voudraient que ce soit le SE/CNLS qui coordonne la mise en œuvre du projet financé par le Fonds Mondial, avec le pilotage du CCM. L'unicité ou tout au moins la rigoureuse coordination de la gestion des fonds destinés à la lutte contre le VIH/sida est un des principes fondamentaux de la devise "*mieux faire travailler l'argent*" pour atteindre les objectifs de "l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH". En l'espèce, l'expérience des autres pays tels que le Burundi, le Rwanda, le Sénégal constitue une "meilleure pratique" qui devrait inspirer la Guinée d'autant que, l'arrêté de création du SE/CNLS précise, dans les missions de ce dernier, qu'il "*coordonne la gestion des ressources financières destinées à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le sida*".

5.4.14.1.c. Structures et Organes de mise en œuvre

Le SE/CNLS, organe de coordination, s'appuie sur des structures et organisations de mise en œuvre avec lesquelles il établit des contrats de prestation de services, dans le respect des principes du "faire faire". Ces structures et organes appartiennent à tous les secteurs et travaillent au niveau central et aux niveaux décentralisés.

▪ Structures de mise en œuvre du secteur public

Aux niveaux central et déconcentré, ce sont les ministères et les Comités Régionaux de Lutte contre le Sida (CRLS).

Aux niveaux décentralisés, ce sont les Communes Urbaines (CU) et Communautés Rurales de Développement (CRD). L'exécution des plans d'action est assurée par les porteurs de projet (OSC, ONG et associations).

▪ Organisations de la Société Civile (associations et réseaux) et ONG

Les interventions des OSC dans la mise en œuvre du CSN sont prévues à deux niveaux :

- elles appuient les CRD, CU et CSLS, comme prestataires de services, dans la formulation de la demande ou comme maîtres d'œuvre délégués dans la mise en œuvre de certaines activités des plans opérationnels ;
- comme porteurs de microprojets pour des activités spécifiques relevant de la composante réponse locale. Dans ce dernier cas, elles sont directement liées au CNLS par un contrat de prestation de services assortie de critères de performance alors que, pour l'exécution des PAO des CU et CRD, elles sont en contrat avec ces derniers.

▪ le Secteur privé

Les acteurs de la mise en œuvre du secteur privé sont les entreprises privées et les organisations professionnelles (chambres consulaires et syndicats) engagées dans la lutte contre le sida.

5.4.14.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

Cette partie s'intéresse essentiellement au SE/CNLS qui est l'autorité unique chargée de la coordination de la mise en œuvre du Cadre Stratégique National au nom du Comité National de Lutte contre le Sida.

S'agissant des **Ressources Humaines**, le recrutement des personnels professionnels du SE/CNLS s'est fait sur la base d'un concours ouvert et de description des différents postes à pourvoir. Il convient de signaler que jusqu'à ce jour, les différentes cellules de l'organigramme du SE/CNLS ne sont pas toutes pourvues en ressources humaines. Celles qui sont pourvues en ressources humaines ne disposent pas de tout l'effectif requis pour la masse de travail attendu. L'exemple le plus éloquent est l'Unité Suivi & Evaluation tenu par un professionnel et un informaticien, sans aucun répondant aux niveaux déconcentrés ni aux niveaux décentralisés. Il s'ensuit des difficultés dans la coordination et la gestion de la riposte nationale au VIH, limitant considérablement les performances du Secrétariat Exécutif. Et en l'espèce, la présente revue a souffert de l'insuffisance sinon l'absence de données fiables et actualisées.

La revue du CSN 2003-2007 a révélé l'immensité de la tâche qui attend le SE/CNLS pour 2008-2012. D'ores et déjà, la définition d'un organigramme adapté aux ambitions du prochain Cadre Stratégique National s'avère nécessaire et inévitable si la Guinée veut se donner des chances de réaliser les objectifs de "l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH" et les Objectifs du Millénaire pour le Développement en ce qui concerne le sida.

Concernant les **Ressources Matérielles**, la lutte contre le sida a bénéficié d'un appui substantiel de la presque totalité des bailleurs de fonds, plus particulièrement la Banque Mondiale et le Fonds Mondial. Depuis la mise en place du SE/CNLS et dans le cadre de la mise en œuvre du CSN 2003-2007, des ressources matérielles ont été mises à disposition à différents niveaux. Il est difficile, sinon impossible, de faire un point précis de la situation de ce matériel, ce qui témoigne d'une gestion qu'il conviendrait d'évaluer et d'améliorer pour garantir la traçabilité des matériels et équipements acquis sur les fonds du VIH/sida.

Il y a, entre autres matériels, 7 radios communautaires et équipements de 18 CECOGE, 17 véhicules de supervision, du mobilier et des matériels informatiques et bureautiques pour les structures de coordination de la mise en œuvre (SE/CNLS, CMLS, CRLS). Quant aux médicaments, réactifs et consommables pour les structures sanitaires, ils sont fournis par le PMS, le FM, l'OMS, l'UNICEF et le MSP, chacun suivant sa procédure et ses sources d'approvisionnement. Il faut mettre fin à cette anarchie.

Au chapitre de la logistique, il faut évoquer le **local qui abrite les bureaux du SE/CNLS**. Ce local est exigu et non fonctionnel. Il n'y a pas assez de pièces pour les bureaux du personnel, il n'y a ni salle de réunion, ni salle de documentation fonctionnelle. Ce local donne du SE/CNLS l'image d'une structure sans ambition, ce qui est en totale contradiction avec la réalité. Le SE/CNLS se perçoit comme ce qu'il est en réalité. L'organe chargé de coordonner, au nom de la Primature, les actions des secteurs ministériels, des organisations de la société civile et des ONG, du secteur privé et des partenaires impliqués dans la mise en œuvre du Cadre Stratégique National doit pouvoir disposer de locaux dignes de la dimension de sa mission et de la grandeur de son ambition à réaliser les objectifs de "l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH".

La mobilisation et la gestion des **Ressources financières** : le CNLS et le CCM ont mobilisé pour la mise en œuvre du CSN 2003-2007 près de 55 millions de dollars US. L'appui financier apporté à la lutte contre le sida par les partenaires au développement en Guinée, représente 90% des ressources totales allouées à la lutte contre le sida (BM, FM, BAD, USAID, GTZ, KfW, Coopération allemande, Coopération canadienne et Coopération française, MSF Belgique, PNUD, UNICEF, OMS, PAM, HCR, St Egidio, etc.). Toutefois, il importe de souligner que la part du budget national accordée à la lutte contre le sida a connu un accroissement significatif ces dernières années.

La capacité d'absorption des fonds est bonne sauf pour les ressources mises à disposition par le Fonds Mondial. A ce niveau, il convient de corriger les erreurs concernant le Bénéficiaire principal des fonds alloués à la lutte contre le VIH en Guinée. A l'instar de tous les autres pays

qui prônent la bonne gouvernance, le SE/CNLS doit être le Bénéficiaire principal des fonds alloués au sida, en tant que responsable de la coordination des ressources du VIH/sida.

Quant à la gestion de **l'information stratégique**, un document de Stratégie de communication a été élaboré. Pour la communication avec le grand public, un site web du CNLS a été créé sous l'adresse www.cnlsguinee.org. Il n'y a aucune autre modalité de communication avec le grand public (bulletin d'information, revue, achat de pages dans des journaux de la place, etc.). Quant à la communication avec les partenaires et les acteurs impliqués dans la riposte nationale au VIH, des rapports trimestriels et annuels sont produits et diffusés. De même, les rapports d'étude et de recherche sont disséminés selon différentes modalités. Le dernier rapport cofinancé et diffusé a été l'EDSG III + réalisé en 2205.

Concernant la communication interne, au sein de l'équipe du SE/CNLS, elle se fait à travers les réunions hebdomadaires de coordination, mais également, à travers des séances de travail entre le SE/CNLS et chaque expert.

Concernant la gestion des données de suivi & évaluation, un Groupe Technique Suivi & Evaluation a été mis en place, un Plan Opérationnel de Suivi et Évaluation et des outils appropriés ont été élaborés en concertation avec les OSC et mis à la disposition de tous les acteurs. Le système est informatisé, avec un réseau d'ordinateurs au niveau du SE/CNLS et aux niveaux central et déconcentrés. C'est le système d'information "SIDAPES" qui est utilisé avec comme logiciel LaPESCH.

5.4.14.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- **Structures de coordination politique, d'orientation et de décision**
 - Engagement politique au plus haut niveau : Présidence & Primature ;
 - Multisectorialité effective et existence de plans sectoriels ;
 - Autonomie de fonctionnement & de gestion du SE/CNLS ;
 - Engagement des bailleurs et des partenaires à soutenir la riposte nationale.
- **Structures de Coordination stratégique et opérationnelle**
 - Système de gestion financière fiable et transparente au niveau du SE/CNLS ;
 - Existence d'un Plan Opérationnel de Suivi et Évaluation et des outils y afférant ;
 - Solides partenariats développés pour la mise en œuvre ;
 - Site web du CNLS (www.cnlsguinee.org) opérationnel.
- **Structures de mise en œuvre**
 - Réalisation des plans d'action opérationnels (PAO) de l'ensemble des collectivités locales (CRD et Communes urbaines), sous financement du PMS via le CNLS ;
 - Mobilisation de la société civile y compris les syndicats, et du secteur privé dans la lutte contre le VIH/sida ;
 - Implication des leaders religieux.

❖ **Les faiblesses et obstacles**

○ **Structures de coordination politique, d'orientation et de décision**

- Irrégularité dans la tenue des réunions du CNLS ;
- Absence d'un règlement intérieur qui pourrait servir de mécanisme régulateur et contribuer à une plus grande fonctionnalité du CNLS ;
- Coordination de la gestion des fonds du VIH/sida encore inexistante en Guinée du fait que le CNLS n'a pas encore l'autorité sur tous les fonds du sida ;
- Besoin de financement du plan stratégique 2003-2007 non estimé, le plan opérationnel n'ayant pas été budgétisé ;
- Absence d'une stratégie de mobilisation des ressources du CSN 2003-2007, en particulier, non tenue d'une table ronde de mobilisation des ressources.

○ **Structures de Coordination stratégique et opérationnelle**

- Organigramme inapproprié au regard des exigences d'efficacité et des performances attendues du SE/CNLS (cf. textes de création) ;
- Insuffisance des personnels du SE/CNLS (la cellule chargée de la communication ne disposant d'aucun personnel alors que d'autres unités disposent d'une seule personne) ;
- Coordination de la gestion des fonds du VIH/sida encore inexistante en Guinée du fait que le SE/CNLS qui en a la responsabilité n'en a pas encore les moyens ;
- L'information financière relative à la mise en œuvre du Plan stratégique 2003-2007 n'est pas disponible au niveau SE/CNLS ;
- Représentation du SE/CNLS inexistante au niveau régional et aux autres niveaux décentralisés ;
- Le local abritant les bureaux du SE/CNLS est exigü. Les bureaux sont exigües et en nombre insuffisant, il n'y a pas de salle de réunion, ni de salle de documentation et archivage et il n'y a pas l'internet à haut débit ;
- L'inventaire des équipements et matériels logistiques acquis et mis à la disposition des différents acteurs n'est pas systématique ;
- Non implication formelle du comité national de nutrition dans la gestion de la riposte nationale au VIH/sida ;
- La non standardisation des manuels de procédures des différents financements.

○ **Structures de Mise en œuvre:**

- Insuffisance de l'appui institutionnel aux réseaux de coordination des OSC et des ONG impliqués dans la mise en œuvre ;
- Faible capacité de formulation, de mise en œuvre et de suivi des projets qui se traduit par une lenteur dans l'exécution des plans d'action ou microprojets de certains acteurs, dans la production des rapports d'activités et financiers et dans la fourniture des pièces justificatives des dépenses effectuées ;
- Faible capacité de gestion des approvisionnements (estimation des besoins, état des stocks, distribution des médicaments, réactifs et consommables aux structures bénéficiaires, niveau du stock d'alerte, contrôle de l'utilisation) au niveau du PNPCSP et de la Pharmacie Centrale de Guinée ;
- Multiples sources et procédures d'approvisionnements en médicaments (y compris ARV), en réactifs et consommables instaurant une véritable anarchie ;

- Ruptures de stocks et retards dans la livraison des médicaments (y compris ARV), et autres produits consommables ;
- Faible implication du secteur privé dans la mise en œuvre du CSN 2003-2007 ;
- Faible coordination des interventions sur le terrain en l'absence de structures décentralisées du SE/CNLS ;
- Faible décentralisation des activités et des ressources.

5.4.14.4. Orientations et perspectives pour 2008-2012

○ Structures d'orientation politiques

- Formuler un cadre stratégique avec un plan d'action budgétisé indiquant les sources de financement et en impliquant tous les partenaires dans le processus (secteur gouvernemental, société civile, privés et partenaires au développement) ;
- Réviser les textes fondamentaux du cadre institutionnel en vue de les adapter au nouveau cadre stratégique 2008-2012 (missions, attributions, composition, structuration aux niveaux central, déconcentré et décentralisés) ;
- Tenir régulièrement les réunions statutaires du CNLS et de ses démembrements afin de soutenir l'action du SE/CNLS ;
- Mettre à la disposition du SE/CNLS un local à grande capacité d'accueil pour abriter ses bureaux et le mettre dans les meilleures conditions de travail, à la mesure de la mission qui lui est assignée ;
- Affirmer l'autonomie du CCM par rapport aux différents secteurs et préciser ses liens fonctionnels avec le CNLS en tant que autorité unique de coordination de la lutte contre le SIDA et avec le SE/CNLS en tant que coordonnateur unique des ressources du sida en Guinée ;
- Aligner la coordination et la gestion des fonds alloués à la lutte contre le VIH/sida sur le CNLS (pour le respect des trois principes - "Three Ones") ;
- Concevoir et mettre en œuvre une stratégie de mobilisation des ressources financières ;
- Organiser la table ronde des bailleurs de fonds pour la mobilisation des ressources du CSN 2008-2012.

○ Structures de Coordination stratégiques et opérationnelles

- Redéfinir l'organigramme du SE/CNLS et recruter tout le personnel nécessaire au fonctionnement optimal du Secrétariat Exécutif ;
- Procéder à la décentralisation du SE/CNLS au moins jusqu'au niveau régional en veillant à ce qu'il y ait dans l'équipe du SE/CNLS régional un chargé du Suivi & Evaluation pour la collecte, le traitement local et l'acheminement des données ;
- Assurer l'appui institutionnel complet (bureau, mobilier, équipement, personnel, fonctionnement) aux réseaux de coordination des OSC et ONG pour une meilleure coordination des actions de terrain ;
- Mettre en place un système de communication régulière avec les partenaires, les différentes entités de la riposte nationale et le public (rapport, bulletin d'information, articles dans la presse nationale, émissions radiotélévisées, etc.) ;
- Harmoniser les mécanismes de gestion et de décaissement des fonds alloués par les partenaires à la lutte contre le sida en Guinée ;
- Associer un membre du comité national de nutrition à la conception et à la mise en œuvre des programmes comportant un volet nutrition/alimentation ;

- Adapter et mettre à jour le manuel de procédures par rapport au contexte et former les agents d'exécution à l'utilisation des outils de gestion ;
 - Établir périodiquement un rapport financier de la mise en œuvre du CSN 2008-2012, en fonction des axes stratégiques et des programmes ou domaines d'action ;
 - En concertation avec le Ministère de la Santé, réorganiser la gestion des approvisionnements en médicaments, réactifs et autres consommables afin d'éviter l'anarchie actuelle, de faire respecter les schémas thérapeutiques adoptés et de garantir la qualité des produits.
- **Structures de mise en œuvre**
 - Renforcer les capacités institutionnelles des réseaux de coordination des OSC en leur accordant un appui financier, matériel et logistique substantiel ;
 - Renforcer les capacités techniques des acteurs pour produire régulièrement et à temps les rapports techniques et financiers et y joindre systématiquement les pièces justificatives des dépenses effectuées ;
 - Améliorer la gestion des approvisionnements et des stocks : estimation des besoins annuels, constitution de stocks de sécurité, information des partenaires sur la gestion des médicaments et autres produits consommables pour les besoins de transparence ;
 - Mise en place d'un système de suivi (inventaire) et de maintenance préventive du matériel et des équipements mis à disposition ;
 - Mobiliser davantage le secteur privé dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le sida en Guinée.
 - Rendre effective la décentralisation par la planification, la coordination, le suivi & évaluation et l'allocation des ressources.

5.4.15. Domaine d'action 15 : Système d'Information pour la bonne gouvernance de la riposte nationale (Suivi & évaluation, décision, planification)

Le système d'information est, sans nul doute, le maillon le plus important dans le management de la riposte nationale au VIH. Sans données fiables, il n'y a pas de planification pertinente puisque les données collectées et les informations qu'elles produisent ne reflètent pas la réalité. Ainsi, les problèmes à résoudre ne sont pas appréhendés avec précision quant à leur ampleur réelle, leur sévérité, leurs causes profondes et leur sensibilité aux solutions envisagées. C'est pourquoi, le système d'information en général et les mécanismes de suivi & évaluation en particulier doivent être la priorité des priorités du CSN 2008-2012 pour générer des informations fiables et crédibles à partir de données fiables et crédibles.

Un bref rappel de l'évolution du système d'information guinéen et du mécanisme de suivi & évaluation mis en œuvre depuis la déclaration du premier cas de sida en 1987 pourrait éclairer les choix pour l'avenir. Sous l'égide du Ministère de la Santé Publique, la notification des cas d'infection par le VIH et la surveillance par sites sentinelles sont les premières initiatives qui ont prévalu en matière de suivi & évolution de l'épidémie du sida en Guinée. Parallèlement, des études et recherches ont été menées sur les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH, ses modes de transmission et de prévention. Ces études socio-comportementales ont permis l'implantation de programmes de communication pour le changement de comportement et l'évaluation des impacts des interventions mises en œuvre. Ainsi, des programmes en ont été

conduits en direction des travailleurs du sexe (TS), des routiers, des miniers, des hommes en uniformes (militaires) de la ville de Conakry, des jeunes et de la population générale.

En 2001, la première enquête nationale de séroprévalence fut réalisée en Guinée sur les sept groupes de populations considérés comme prioritaires face au VIH : les professionnels du sexe, les routiers, les militaires, les femmes enceintes, les travailleurs des mines, les jeunes et les femmes en âge de procréer. Cette Enquête de Séroprévalence du sida en Guinée dite ESSIDAGUI-2001 en abrégé a été réalisée sur l'initiative du Ministère de la Santé Publique, à travers le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS).

De juin à novembre 2001, une première analyse de la situation de l'épidémie du sida a été menée par une équipe pluridisciplinaire et multisectorielle, à partir d'une revue documentaire, de visites sur le terrain et d'entretiens avec les acteurs impliqués. Cette analyse de la situation du VIH a permis d'étudier les tendances évolutives, de dégager les déterminants qui alimentent la propagation de l'épidémie et d'explorer les domaines d'action prioritaires.

Avec la création du CNLS en 2002, le système d'information concernant le VIH/sida est de la responsabilité du SE/CNLS qui doit travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des secteurs et plus particulièrement avec le Ministère de la Santé. En juin 2002, sur la base des taux de prévalence chez les femmes enceintes, révélés aux niveaux national et régional par l'étude transversale réalisée en 2001, l'équipe pluridisciplinaire a effectué des projections qui ont fourni les bases pour l'élaboration du CSN 2003-2007 dont la revue est actuellement en cours pour l'élaboration du CSN 2008-2012.

En 2005, la Troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSG-III, 2005) s'est intéressée à la problématique de l'infection à VIH. Les résultats fournissent des données qui permettent la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire, en même temps qu'ils donnent des indications plus précises sur l'infection à VIH et le sida.

Le système d'information et le mécanisme de suivi & évaluation de l'infection à VIH en Guinée sont restés faibles comme en témoigne la pauvreté qualitative et quantitative des données et des informations collectées au cours de la présente revue du CSN 2003-2007.

5.4.15.1. Conception du programme : cohérence entre le problème à résoudre, les objectifs et les stratégies/activités du programme

Tout au long de la mise en œuvre du CSN 2003-2007, des efforts ont été déployés pour appréhender le niveau de prévalence et l'étendue de l'épidémie du VIH/sida en Guinée. Dans ce cadre, le système de suivi & évaluation a certes enregistré quelques progrès mais il reste très peu performant. L'analyse ci-dessous a abouti à des constats et des hypothèses sur base desquels ont été définies des actions appropriées pour le futur cadre stratégique national.

5.4.15.1a. Le système d'information

Au départ, seul le Ministère de la Santé Publique collectait et traitait les données relatives au VIH/sida à travers la coordination du PNLS. Ces données étaient d'ailleurs très sommaires se limitant aux effectifs répartis par sexe, grands groupes d'âges et par zone géographique.

La conception d'une riposte nationale multisectorielle en 2002, le CSN 2003-2007, a dicté la mise en place d'un système nouveau obéissant à la décentralisation de la lutte contre le VIH/sida. En

conséquence, et conformément au cadre institutionnel adopté, le CNLS doit veiller à la mise en place de réponses appropriées au niveau des secteurs et des régions. En collaboration avec ses structures décentralisées, il doit insérer les départements ministériels, les régions et préfectures, les organisations de la société civile et le secteur privé dans la dynamique de la riposte nationale au VIH du point de vue des actions et du système d'information, de suivi et d'évaluation. Il doit s'assurer du traitement adéquat des données et de la bonne circulation de l'information sur les IST-VIH/sida au niveau national. Le passage de la gestion du système d'information en matière de VIH/sida du ministère de la santé au Secrétariat Exécutif du CNLS n'a jamais été formalisé et la médiocrité des relations entre ces deux institutions explique en grande partie les mauvaises performances du système d'information et de suivi & évaluation en matière de VIH.

5.4.15.1b. Les mécanismes de suivi & évaluation

Le CSN 2003-2007 ne détaillait cependant pas le plan de suivi et d'évaluation. En particulier, les indicateurs manquaient de précision par rapport aux objectifs définis. C'est le plan opérationnel inspiré de ce Cadre qui a revu ces indicateurs en fonction des axes stratégiques, des domaines d'action et des objectifs.

Le Plan Opérationnel pour le Suivi & Evaluation constitue un référentiel de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2003-2007. Il est adressé à tous les intervenants dans le domaine des IST-VIH/sida. Le Plan met l'accent sur le suivi systématique et standardisé des activités en matière d'IST-VIH/sida. Il est complémentaire aux protocoles de surveillance et à la documentation dans le cadre du système national d'information sanitaire. Le plan vise à harmoniser la collecte et la remontée des données en matière d'IST-VIH/sida sur toute l'étendue du territoire national.

5.4.15.1c. Les types d'indicateurs utilisés

Indicateurs d'apport : les apports sont les individus, la formation, l'équipement et les ressources que nous mettons dans un projet, en vue d'atteindre des produits

Indicateurs de produit : les produits sont les activités ou les services fournis, y compris les activités de prévention, de soins et de soutien aux PVVIH, pour atteindre des résultats. Appelés aussi processus, les produits sont associés à la qualité, aux coûts, à l'accès et à la couverture.

Indicateurs de résultats : par le biais de prestations de services de qualité, économiques, accessibles et très répandus, l'on obtient des résultats. Les résultats sont les changements de comportement ou de compétence, un meilleur état physique, psychologique et/ou social.

Indicateurs d'impact : les résultats mentionnés ci-dessus visent à obtenir des impacts majeurs mesurables en matière de santé, notamment la réduction de la transmission des IST/VIH et un impact moindre du sida.

5.4.15.1d. Le circuit de l'information

Le système d'information et de suivi & évaluation décrit par ailleurs les responsabilités dévolues à tous les niveaux de gestion quant au suivi des réalisations sur le terrain. Chacun des secteurs et programmes produit ses données, les compile et adresse un rapport trimestriel d'activités au

niveau hiérarchique supérieur. Dans le souci d'améliorer la gestion des données, le circuit de l'information par rapport au VIH/sida fonctionne du niveau périphérique au niveau central et vice versa selon les composantes du programme. Ce circuit se présente comme suit :

a. Composante réponse sectorielle

La Sous-préfecture est le niveau le plus décentralisé de rédaction du rapport trimestriel. La sous-préfecture transmet l'original du rapport trimestriel à la Direction Préfectorale et en garde une copie.

La Direction préfectorale joue deux rôles dans la remontée des données : (1) elle centralise tous les rapports trimestriels venant des Sous-préfectures ; (2) elle élabore un rapport trimestriel des activités mises en œuvre au niveau préfectoral. Elle transmet l'original de ces rapports au CRLS et en garde une copie.

Le Comité Régional de Lutte contre le Sida (CRLS), après l'installation du système d'information SIDAPES, devrait pouvoir saisir les données et en faire une analyse simple au niveau régional avant de transmettre le rapport d'activités et le rapport financier régionaux au niveau central.

Le Comité Ministériel de Lutte contre le sida (CMLS) produit un rapport trimestriel des activités exécutées au niveau sectoriel. Le CMLS, comme membre du réseau de SIDAPES, fait la saisie des données trimestrielles dans le module Suivi de LaPESCH, logiciel utilisé par SIDAPES.

Le SE/CNLS télécharge les données informatisées de suivi des activités de chaque région.

La validation des données et la rétro information/dissémination est assurée par l'Unité Suivi Recherche Evaluation du SE/CNLS.

b. Composante initiatives locales

La Communauté Rurale de Développement (CRD) est le niveau le plus décentralisé de rédaction du rapport trimestriel par l'agent de développement communautaire, en collaboration avec les acteurs du terrain. La CRD transmet l'original du rapport trimestriel à la SPD et en garde une copie. La SPD centralise tous les rapports trimestriels venant des CRD et les transmet au CRLS.

Le CRLS, fait la saisie des données dans le système d'information SIDAPES et en fait une analyse simple.

Le SE/CNLS télécharge les données informatisées du suivi des activités de chaque région saisies par le CRLS. La validation des données et la rétro information/dissémination sont assurées par l'Unité Suivi Recherche Evaluation du SE/CNLS.

L'unité Suivi & Evaluation du SE/CNLS traite l'ensemble des données relatives aux deux composantes, les analyse et prépare un rapport d'ensemble. Ce rapport est mis à la disposition des partenaires et acteurs.

c. Stockage et traitement des données

En ce qui concerne la gestion des données relatives au VIH/sida, elle est assurée par le SE/CNLS depuis sa création, en relais du Ministère de la Santé Publique. Le SE/CNLS dispose d'une base de données pour les activités et pour les ressources financières et matérielles. Le système d'information SIDAPES proposé par la "BACKUP Initiative" financée par la GTZ et bénéficiant de l'appui technique du bureau Health Focus. Le système d'information SIDAPES est adopté d'un commun accord par le SE/CNLS et MSP dans un souci d'unification du système d'information en matière de lutte contre le VIH/sida.

5.4.15.2. Mise en œuvre et Résultats obtenus

5.4.15.2a. Surveillance épidémiologique

a. Surveillance du VIH

- Enquête de surveillance de deuxième génération et surveillance par sites sentinelles

La Guinée dispose d'un protocole pour la surveillance de deuxième génération. Le protocole est rédigé par un groupe technique de coordination mis en place par le CNLS et comprenant des experts du CNLS, du PNPCSP, du PSS/GTS, du DNSP, de l'USAID, du projet SIDA 3, du SNIGS, du PNLAT, du CNTS et du Laboratoire National. L'enquête sera réalisée dans les 7 régions administratives du pays.

Au plan de l'organisation de la surveillance par sites sentinelles, la Guinée a fait les choix stratégiques et méthodologiques ci-après :

- la séro-surveillance anonyme et non corrélée du VIH chez les femmes enceintes et les sous-groupes de populations considérées à plus haut risque (routiers, militaires, professionnelles du sexe, patients tuberculeux, miniers). Elle s'effectuera à la fréquence d'une enquête tous les deux ans ;
 - la surveillance comportementale sous la forme d'enquête à réaliser tous les deux ans auprès des jeunes de 15-24 ans et tous les 4 ou 5 ans dans la population générale au niveau des sites sentinelles de surveillance biologique.
- Surveillance dans les groupes à haut risque (TS et routiers)

Les études répondant aux critères de surveillance de deuxième génération (périodicité de 3 ans, même clientèle cible, combinant la biologie et l'analyse des comportements sexuels) est effectuée auprès des professionnelles du sexe et des routiers, avec l'appui financier du Canada et l'appui technique du Projet SIDA 3 en Guinée. Ces enquêtes ont été effectuées en 2003 et 2005.

b. Surveillance des IST

La surveillance des IST est basée sur la notification des cas syndromiques par les formations sanitaires qui transmettent les données collectées au SNIGS.

En dehors de cette surveillance continue portant sur l'ensemble des IST, la prévalence de la syphilis, du *Neisseria gonorrhoeae* (NG) et du *Chlamydia trachomatis* (CT) est documentée soit dans le cadre de la surveillance sentinelle du VIH pour la syphilis, soit dans la surveillance de seconde génération auprès des TS et des routiers (leurs clients) réalisée par le projet SIDA 3 pour ce qui est de *Neisseria gonorrhoeae* et du *Chlamydia trachomatis*. Réalisée en 2004, la surveillance du VIH chez les femmes enceintes de 18 sites sentinelles de la Guinée réparties dans 5 régions a été couplée à la mesure biologique de la prévalence de la syphilis par la technique de la RPR et confirmation par le TPHA.

La faible intégration de l'approche syndromique pour la PEC des IST dans les structures sanitaires du pays et la couverture géographique limitée qui en découle expliquent les lacunes dans la notification des cas.

c. Surveillance comportementale

La surveillance comportementale est essentiellement mise en œuvre par la société civile et les structures associatives avec l'appui des partenaires techniques et financiers tels que PSI, Université de Montréal à travers SIDA 3, Banque mondiale, UNICEF, St Egidio, FHI, GTZ, etc. Le niveau de changement vis-à-vis du sida est documenté à travers les rapports d'activités et quelques études CAP. L'enquête EDSG III spécifiquement s'est intéressée aux connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis des IST-VIH.

5.4.15.2b. Les Etudes et Recherches

En Guinée, il existe des ressources humaines capables de mener des études et des recherches. A partir de 2001, des initiatives non négligeables ont été mises en œuvre. C'est ainsi que les études suivantes ont été réalisées :

- ESSIDAGUI 2001 ;
- l'enquête à indicateurs multiples en 2003 (2e édition après celle de 1996) ;
- l'enquête intégrée de base pour l'évaluation de la pauvreté en 2003 ;
- le questionnaire unifié sur les indicateurs de base du bien-être en 2003 ;
- l'étude sur l'impact socio-économique du VIH/sida en Guinée, 2003-2004 ;
- EDSG III +, 2005.

5.4.15.2c. Gestion de l'information stratégique

- Un document national de Stratégie de Communication a été élaboré ;
- Un Groupe Technique de Suivi & Évaluation est mis en place ;
- Un Plan Opérationnel de Suivi & Évaluation et les outils appropriés ont été élaborés ;
- Le système est informatisé avec un réseau d'ordinateurs au niveau central ;
- Le système d'information "SIDAPES" a été adopté et son utilisation a commencé au niveau central et va s'étendre aux niveaux décentralisés ;
- Les résultats de l'EDSG III + et des autres études et recherches ont été disséminés ;
- Les rapports trimestriels et annuels du SE/CNLS sont régulièrement produits et diffusés ;
- Un site web du CNLS (www.cnlsguinee.org) a été créé pour mettre à la disposition de tous les acteurs, des partenaires et de la population générale les informations sur les IST-VIH/sida en Guinée.

5.4.15.3. Synthèse des forces, faiblesses, obstacles et opportunités

❖ Les forces et opportunités

- Existence d'un cadre stratégique national de lutte contre le VIH/sida ;
- Existence d'un plan opérationnel de suivi/évaluation décrivant clairement les niveaux d'intervention, le circuit d'acheminement des données et les rôles des acteurs ;
- Existence d'outils de collecte (malgré leurs insuffisances constatées) ;
- Existence d'un système d'information intégré dénommé "SIDAPES" au niveau du CNLS ;
- Création d'une unité suivi & évaluation et d'une unité communication au SE/CNLS ;
- Existence de capacités de recherche et de formation dont une chaire VIH/sida à l'université de Conakry ;
- Les Structures de coordination (CRLS et secteurs) sont équipées et le personnel formé ;
- Mise en place des radios communautaires dans 7 préfectures du pays ;
- Existence d'un site Web et d'un bulletin d'information (qui a cessé de paraître).

❖ Les faiblesses et obstacles

- Faible appropriation du CSN 2003-2007 et du plan opérationnel de suivi & évaluation ;
- Outils de collectes inadaptés par rapport aux engagements internationaux (certaines données ne sont pas prises en compte telle que la répartition des PVVIH par tranches d'âges) ;
- Absence totale de personnel à l'Unité de communication du SE/CNLS, ce qui expliquerait l'irrégularité de la parution du bulletin d'information "CNLS Action" et la non mise à jour du site web ;
- Absence de collaboration entre l'USRE du SE/CNLS et le SNIGS du MSP ;
- Insuffisance du personnel qualifié au niveau de l'Unité Suivi, Recherche et Evaluation du SE/CNLS et absence de personnel de suivi & évaluation à tous les niveaux décentralisés ;
- Faible capacité de gestion des données au niveau local (collecte, compilation, traitement, interprétations et décision et/ou planification) ;
- Informatisation insuffisante (limitée aux niveaux national) et utilisation limitée du système d'information SIDAPES au niveau du SE/CNLS ;
- Mécanisme de suivi, de supervision, d'évaluation formative et de rétro-information quasi-inexistante faute de moyens logistiques et de personnel techniquement compétent ;
- Non respect du circuit d'acheminement des données par les acteurs à la base ;
- Faible accès à l'internet et même au téléphone par endroit ;
- Faible implication de la presse publique et privée dans la diffusion des résultats ;
- Nombre pléthorique d'indicateurs pour le programme de lutte contre le sida ;
- Non prise en compte des indicateurs en rapport avec la dimension éthique et juridique du VIH (droits et devoirs des PVVIH et personnes affectées) ;
- Insuffisance de rétro-information sur les activités de lutte contre le VIH/sida ;
- Faible exploitation des résultats des études et recherches sur les IST-VIH/sida ;
- Absence d'informations sur la prise en charge nutritionnelle des PVVIH ;
- Insuffisance des études et recherches sur les IST-VIH/sida.

5.4.15.4. Orientations et Recommandations pour 2008-2012

5.4.15.4a. Unifier le système de suivi & évaluation en matière de IST-VIH/sida

- Disséminer le système d'information SIDAPES à tous les niveaux (départements, régions, préfectures et partenaires) et former, en conséquence, tous les personnels impliqués ;
- Sélectionner les indicateurs les plus pertinents pour le suivi & évaluation, adopter les mêmes outils de collecte, les mêmes formats de rapport et les mêmes techniques d'exploitation des données ;
- Assurer la connexion internet à tous les niveaux institutionnels de suivi & évaluation et instaurer l'intranet entre les éléments impliqués dans le suivi & évaluation.

5.4.15.4b. Professionnaliser les unités de suivi & évaluation à tous les niveaux

- Recruter des agents "experts" chargés du suivi & évaluation à tous les niveaux, notamment au niveau des régions et des préfectures ;
- Renforcer le personnel de l'Unité Suivi, Recherche & Evaluation du SE/CNLS ;
- Etablir un réseau de relations fonctionnelles et hiérarchiques entre ces opérateurs du Suivi & Evaluation eux-mêmes et entre eux et l'Unité Communication du SE/CNLS.

5.4.15.4c. Renforcer les capacités techniques et matérielles des unités de suivi & évaluation à tous les niveaux

- Former tous les agents concernés au traitement et à l'analyse des données au niveau local avant leur transmission, y compris la formation à l'utilisation du système d'information SIDAPES ;
- Organiser des voyages d'échanges d'expériences ;
- Doter toutes les unités impliquées dans le suivi & évaluation, à tous les niveaux, du matériel nécessaire pour qu'elles s'acquittent de leur mission avec efficacité (matériel informatique et bureautique, groupe électrogène ou dispositif solaire, etc.).

5.4.15.4d. Mettre en place l'Unité Communication (UC) au sein du SE/CNLS

- Recruter le personnel chargé de la communication au SE/CNLS, y compris le personnel des centres de documentation qui sont partie intégrante de l'UC ;
- Renforcer les capacités de communication en matière de prévention et de prise en charge des IST-VIH/sida au niveau Régional et préfectoral ;
- Doter l'Unité Communication de l'équipement nécessaire pour s'acquitter de sa mission avec efficacité (matériel informatique, appareil photo numérique, caméra et table de montage, radio communication, photocopieuse, véhicule de reportage, etc.) ;
- Etablir un cadre de collaboration entre l'Unité Communication et les médias privés et publics de la place, notamment les radios rurales, radios communautaires et sites web pour la diffusion périodique des informations relatives au VIH/sida ;

5.4.15.4e. Créer les conditions d'une supervision décentralisée et régulière

- Elaborer un guide de supervision pour les équipes de suivi & évaluation ;
- Doter les équipes régionales et préfectorales de la logistique la plus adaptée (véhicules, motos, vélos) pour la supervision et la collecte des rapports ;
- Mettre en place des mécanismes et moyens de motivations.

5.4.15.4f. Développer les activités de recherche sur les IST, le VIH et le sida

- Dégager une ligne budgétaire pour les études et recherches sur les IST, le VIH et le sida, en particulier des recherches sur les impacts socioéconomiques et la recherche-action ;
- Promouvoir la recherche appliquée notamment dans le domaine des traitements ARV et de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Renforcer la collaboration avec la Direction Nationale des Statistiques (DNS) dans le cadre des opérations de collectes d'envergure nationale ;
- Assurer la formation des acteurs aux techniques de recherches ;
- Disséminer les résultats de recherche et promouvoir leur utilisation effective.

5.4.15.4g. Renforcer la collaboration entre le SNIGS et l'unité de suivi, recherche et évaluation du SE/CNLS

- Intégrer les indicateurs des IST-VIH/sida dans le SNIGS ;
- Mettre en place un mécanisme de collaboration entre le SNIGS et le SE/CNLS ;
- Utiliser le même logiciel de préférence, sinon des logiciels compatibles au niveau du SNIGS et du SE/CNLS mais également aux niveaux central et décentralisés ;
- Doter le SNIGS d'équipement informatique et de logiciels appropriés pour le traitement des données sanitaires y compris celles des IST-VIH/sida ;

5.4.15.4h. Mettre en place un mécanisme de coordination et de partage au niveau national

- Organiser une revue trimestrielle et une revue annuelle du bilan des réalisations de tous les acteurs pour la mise à jour des données ;
- Organiser un atelier chaque année pour présenter aux acteurs et partenaires le rapport annuel du SE/CNLS faisant le bilan des réalisations de la riposte nationale au VIH en Guinée et le bilan financier.

VI. LES PRIORITES DE RECHERCHE POUR 2008-2012

La recherche en matière de VIH/sida doit se poursuivre et s'intensifier afin d'améliorer les connaissances sur les IST, le VIH et le sida, d'identifier les causes profondes de la propagation du VIH en Guinée et plus particulièrement la plus grande vulnérabilité des femmes, d'évaluer les stratégies d'intervention en vue d'améliorer les performances des programmes d'action contre le VIH/sida. De même, les recherches devraient se focaliser sur les impacts du VIH/sida pour fournir les arguments de plaidoyer auprès des autorités gouvernementales et des opérateurs économiques en vue de leur plus grand engagement dans la riposte nationale au VIH.

Quelques pistes d'études et de recherches que laisse entrevoir la présente revue sont :

- mener des études sur les impacts du VIH et du sida dans les secteurs clés de l'économie guinéenne : santé, éducation, agriculture, mines, etc. ;
- réaliser des études d'impact du VIH et du sida sur les entreprises en Guinée ;
- mener des études sur les impacts sur certaines entreprises privées, semi-publiques ou publiques ;
- mener des études sur les facteurs explicatifs de la plus grande vulnérabilité des femmes face au VIH en Guinée ;
- mener des enquêtes socio-comportementales et de séroprévalence chez les groupes vulnérables en vue d'apprécier les changements de comportement et leurs effets ;
- réaliser la cartographie du risque et de la vulnérabilité et une cartographie de l'offre de services pour des interventions mieux ciblées et une meilleure couverture géographique ;
- évaluer l'approche syndromique et le système de référence pour la prise en charge thérapeutique des IST autres que le VIH ;
- développer des études et recherche en matière de PTME ;
- réaliser des recherches sur le génotypage, les résistances aux ARV, l'observance et la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- mener des études et recherches sur les OEV en vue d'une meilleure connaissance de leurs besoins, des stratégies mises en œuvre par la société guinéenne pour résoudre les problèmes des OEV, de l'impact des interventions, du devenir des OEV, etc. ;
- recenser les textes internationaux ratifiés par la Guinée et les analyser sous l'angle du VIH/sida et du genre.

VII. GESTION FINANCIERE

7.1. MOBILISATION DES RESSOURCES

Le SE/CNLS est coordonnateur général de la gestion des ressources financières destinées à financer la riposte nationale au VIH/sida à travers la mise en œuvre du Cadre Stratégique National. A ce titre, il mobilise les fonds et les met à la disposition des différents acteurs des différentes parties prenantes impliquées : les ministères et autres institutions nationales (réponse sectorielle), le secteur associatif national (ONG, OSC, syndicats), les acteurs du secteur privé, les communautés rurales de développement et les communes urbaines (réponses initiatives locales) et différentes ONG Internationales d'assistance technique. Le SE/CNLS est également financé à partir des fonds qu'il mobilise.

Tableau 16 : Fonds mobilisés pour le financement du CSN 2003-2007, en USD

SOURCES	2003 à 2007	Observations
Budget de l'Etat	2 000 000	2005
Banque Mondiale (Projet MAP)	20 300 000	
Fonds Mondial	10 209 566	
Système des Nations Unies	1 125 000	2002-2006
UNICEF	530 000	2007
USAID (Rêve/FHI, PRISM, PSI)	13 280 000	2003-2006
KfW/GTZ (Sida Transversal)	8 631 470	2004-2005
MSF/B	844 780	2005
France & USAID (Forces armées)	131 000	2004
Canada (SIDA 3)	1 375 000	
Projet Mano River (BAD)	1 500 000	2005-2007
Autres (Africare, Plan)	57 000	2003-2005
TOTAL	59 983 816	CSN 2003-2007

Source : *Rapport UNGASS, 2008*

Comme le montre le tableau ci-dessus, qui n'a pas inclus toutes les sources de financement possible, certains partenaires n'ont pas participé au financement du CSN 2003-2007. La plupart de ceux qui y ont participé ont apporté une contribution relativement modeste au regard des besoins réels de financement. Il est aisé de remarquer que ce sont les partenaires traditionnels de la lutte contre le sida en Guinée qui sont venus vers le SE/CNLS. Il n'y a pas eu de recherche active de financement.

7.2. MODALITES DE GESTION COMPTABLE ET FINANCIERE

La gestion financière et administrative des ressources mises à la disposition du SE/CNLS par la Banque Mondiale est régie par les procédures générales de la Banque, les procédures applicables aux organismes publics (dans le cas où ces derniers ne sont pas en contradiction avec les procédures de la Banque) et les procédures prévues dans les dispositions de l'accord de don/crédit en matière de passation de marchés, d'établissement et de gestion des Comptes Spéciaux et des modalités de demande de retrait de fonds et de paiement direct.

Le manuel adopté en 2003 comporte des procédures détaillées et complètes applicables au Projet Multisectoriel de lutte contre le Sida (PMS). Fortement inspiré des dispositions de l'accord de financement de la Banque Mondiale, il couvre : (1) les aspects administratifs qui concernent l'organisation du SE/CNLS, la budgétisation, la gestion du personnel et celle des

approvisionnements ; (2) la passation des marchés qui concerne les appels d'offre nationaux et internationaux, le recrutement de cabinets de consultants et de consultants individuels et le suivi des contrats et marchés ; (3) la gestion financière relative aux demandes de retrait de fonds, aux demandes de paiements directs, à la tenue de la trésorerie en banque et en caisse et à la mobilisation des fonds de contrepartie ; (4) la comptabilité qui concerne le plan comptable, la tenue des comptes selon le SYSCOA, le schéma des principales écritures, les travaux de clôture des comptes et d'édition des états financiers.

En plus des outils ci-dessus cités, il existe un manuel d'opérations et des livrets d'information sur le mode opératoire et les modalités de décaissement des fonds (CNLS) pour les besoins des porteurs de projets. Dans la pratique, deux niveaux de gestion sont décrits ci-dessous.

7.2.1. Au niveau du SE/CNLS (niveau de coordination)

Pour faciliter l'exécution du budget, le Gouvernement guinéen a confié la gestion des ressources financières allouées par la Banque Mondiale et le Fonds Mondial à un cabinet privé qui joue le rôle d'Agence de Gestion Financière (AGF). Au niveau du SE/CNLS, le Responsable Administratif et Financier et le Responsable de la Passation de Marchés préparent les dossiers d'appel d'offre.

Les faiblesses suivantes ont été relevées dans la gestion financière et le contrôle Interne : (1) non tenue d'une comptabilité budgétaire par axe stratégique et par domaine d'action ou programme du CSN 2003-2007 ; (2) inventaire et mise à jour du fichier des immobilisations non effectués d'où un manque de traçabilité des mobiliers, équipements et autres matériels achetés et mis à la disposition des acteurs.

7.2.2. Au niveau des agences d'exécution (niveau de mise en œuvre)

Les contrats signés entre les principales agences d'exécution et le SE/CNLS définissent les modalités de gestion comptable et financière, ainsi que le rapport technique et financier à fournir par la structure de gestion qui diffère selon le secteur et le niveau.

○ Structures de gestion financière

- dans le secteur public, l'équipe de gestion financière comprend un point focal, un gestionnaire comptable et les suppléants tous désignés par la tutelle ;
- dans le secteur associatif et le secteur privé, l'exécution et la gestion financière du contrat s'effectuent sous l'autorité du chef de projet avec la collaboration du gestionnaire financier qui sont désignés par la structure ;
- aux niveaux décentralisés, les maires et gestionnaires (trésoriers) pour les Communes Urbaines et les Présidents CRD et gestionnaires (Trésoriers et secrétaires communautaires) pour les Communautés Rurales constituent les équipes de gestion ;

○ Rapport technique et financier

Les structures de gestion des agences d'exécution doivent tenir à jour des registres et préparer des rapports techniques et financiers conformes aux modèles joints en annexe du contrat. Il est également joint à ces rapports les pièces justificatives des dépenses.

A la faveur de la mise en place des CRLS, la mobilisation des fonds au profit des régions a débuté en 2004 avec de faibles montants : 55,550 USD pour les 8 CRLS. En 2005, ce financement total enregistrera une très forte augmentation pour atteindre 310,648 USD. Cependant, en 2006 et en 2007, il n'y a pas eu de financement pour deux raisons : (1) non achèvement des activités (physiques et financières) des plans d'action de 2005 jusqu'en fin 2006 ; (2) épuisement des fonds sur la ligne budgétaire utilisée pour les principales activités menées par les CRLS.

Tableau 17 : Financement des CRLS pour 2004 et 2005 (en GNF et en US \$)

CRLS	2004		2005		TOTAL	
	GNF	USD	GNF	USD	GNF	USD
NZEREKORE	10 633 500	4 253,40	137 858 603	38 198,56	148 492 103	42 451,96
KANKAN	10 455 000	4 182,00	149 056 300	43 418,67	159 511 300	47 600,67
FARANAH	17 085 000	6 834,00	126 229 473	34 162,24	143 314 473	40 996,24
MAMOU	10 455 000	4 182,00	150 496 420	44 004,80	160 951 420	48 186,80
LABE	9 511 500	3 804,60	110 459 439	30 606,66	119 970 939	34 411,26
BOKE	11 976 260	4 790,50	143 260 520	42 764,33	155 236 780	47 554,83
KINDIA	9 562 500	3 825,00	132 305 733	38 810,72	141 868 233	42 635,72
CONAKRY	59 202 000	23 680,80	132 798 300	38 682,87	192 000 300	62 363,67
TOTAL	138 880 760	55 552,30	1 082 464 788	310 648,85	1 221 345 548	366 201,15

Source : Suivi des contrats SE/CNLS

Les insuffisances suivantes ont été relevées : (1) retard dans la transmission des rapports et avec les pièces justificatives ; (2) faible capacité de gestion financière des acteurs ; (3) instabilité du personnel clé tels que les points focaux et les comptables, les secrétaires communautaires et les trésoriers qui sont, pour la plupart, des fonctionnaires mis à disposition par le Gouvernement.

Par ailleurs, depuis sa mise en place en 2003, le manuel des procédures n'a pas été formellement validé et diffusé. Il n'a jamais été mis à jour, en dépit des changements et mutations intervenus.

7.3. PROCESSUS ET PROCEDURES DE FINANCEMENT

7.3.1. Gestion des opérations

L'option a été prise de contractualiser la gestion des opérations de lutte contre les IST-VIH/sida. Dans ce cadre, le Secrétariat Exécutif du CNLS (SE/CNLS) signe des contrats de partenariat suivant des dispositions variables selon la nature et l'objet du contrat :

- pour les financements au titre des actions de la Réponse Sectorielle, le contrat est signé entre le SE/CNLS et les différents ministères et institutions nationales pour "l'exécution de plans d'action sectoriels de lutte contre le SIDA" des services centraux et déconcentrés de l'administration ;
- pour les financements au titre des actions de la Réponse Initiatives Locales (RIL), le contrat est signé entre le SE/CNLS et les ONG éligibles (approuvées par la Commission de la RIL), les OSC et les acteurs du secteur privé en termes de contrats de performance pour l'exécution des actions relevant de leur compétence. Le montant plafond des contrats est de 4,500 USD pour les ONG et OSC et 20,000 USD pour les acteurs du secteur Privé. Quant aux Communautés Rurales de Développement et Communes Urbaines, ce sont des contrats de subvention subsidiaires pour les "Microprojets

Communautaires/Communaux" avec une enveloppe maximum 5,000 USD par CRD et 10,000 USD par CU par contrat ;

- pour les financements au titre des prestations de services d'assistance technique, des contrats sont signés entre le SE/CNLS et les différentes ONG Internationales pour le "renforcement de capacités des intervenants et bénéficiaires".

Le plan d'action opérationnel (PAO) et le budget annuel pour la lutte contre les IST-VIH/sida qui résument les allocations à affecter à ces différentes propositions de contrat doivent, au préalable, être examinés et approuvés par le Comité de National de Lutte contre le Sida et par la Banque Mondiale au début chaque année. Aussi, des contrats ou marchés au titre de prestation de services ou de fourniture de biens sont passés au profit d'autres exécutants d'activités spécifiques du PMS :

- entre le SE/CNLS et le cabinet de consultants indépendants pour la gestion financière (AGF) ;
- entre le SE/CNLS et le cabinet de consultants indépendants pour l'audit des comptes ;
- entre le SE/CNLS et les sociétés et entreprises adjudgées selon les procédures de passation de marché pour "la livraison des équipements et matériels de transport et mobiliers" ;
- entre le SE/CNLS et les sociétés et entreprises adjudicataires selon les procédures de passation de marché pour "la livraison des médicaments y compris les ARV".

Les propositions de contrats de cette dernière catégorie sont soumises à l'avis de non objection préalable de la Banque Mondiale, dans la plupart des cas.

7.3.2. Financement des opérations

La mise en œuvre de l'action commence après signature du contrat par le SE/CNLS qui s'engage à mettre à la disposition du bénéficiaire les fonds nécessaires pour financer le plan d'action objet du contrat. Dans le cadre du contrat liant le SE/CNLS et l'Agence de Gestion Financière (AGF), celui-ci s'engage à son tour à mettre les ressources financières à la disposition des instances gestionnaires des projets.

7.3.3. Modalités de paiement

7.3.3.1. Entre la Banque Mondiale et le SE/CNLS

Les fonds de la subvention MAP accordée à la Guinée par la Banque Mondiale est versée au SE/CNLS par l'IDA pour les périodes d'exécution convenues dans l'accord de don et en conformité avec les dispositions contractuelles relatives :

- à la passation des marchés ;
- à l'établissement et la gestion des Comptes Spéciaux A et B ;
- aux modalités de la "lettre de décaissement" (demande de retrait de fonds pour la reconstitution des comptes spéciaux et demande de paiement direct) ;
- à la tenue de la comptabilité et la production des Rapports de Suivi Financier ;

- au dépôt, dans les délais, du rapport d'audit financier et comptable établi par un cabinet d'audit pour la période d'exécution.

7.3.3.2. Entre le SE/CNLS et les agences d'exécution

- concernant les ministères de premières lignes et les CRLS : le paiement s'effectue en tranches successives de montants équivalents à 90 jours de mise en œuvre d'activités du plan d'action sectoriel de lutte contre le SIDA pour les ministères de première ligne et 60 jours pour les Comités Régionaux de Lutte contre le sida ;
- concernant les autres ministères et institutions nationales : le paiement du montant couvrant les activités approuvées du plan d'action sectoriel se fait en tranches successives selon le chronogramme convenu ;
- concernant les communautés Rurales de Développement et Communes Urbaines : les fonds correspondant au montant du contrat de la période d'exécution sont mis à disposition en un versement unique ;
- concernant les ONG/OSC : le paiement se fait en deux tranches d'un montant égal à concurrence du budget convenu pour la période d'exécution ;
- concernant le secteur privé : le paiement s'effectue en tranches successives selon le chronogramme du plan d'action opérationnel de lutte contre le sida ;
- concernant les fournisseurs et prestataires : le paiement est fait conformément aux pratiques commerciales admises et aux modalités de paiement contractuelles.

Les premiers paiements sont effectués en faveur de ces différents bénéficiaires par l'Agence de Gestion Financière (AGF) à la réception du contrat signé par les deux parties et sur la base d'une demande de paiement approuvée par le SE/CNLS et appuyée des pièces justificatives ayant satisfait les contrôles de qualité requis, conformément aux modalités de paiement contractuelles.

Au chapitre des obstacles et faiblesses, il a été noté que : (1) le faible niveau des seuils de passation des marchés n'entraîne pas suffisamment de propositions concurrentes pour les appels d'offres internationaux ; (2) le plafond des fonds alloués aux agences d'exécution est trop bas et ne permet pas de réaliser des percées significatives de nature à changer la situation et améliorer notablement le bien-être des PVVIH et des personnes affectées ; (3) les retards dans la soumission des rapports et pièces justificatives des agences d'exécution se répercutent sur la mise à disposition des fonds et la poursuite des activités.

7.4. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS POUR 2008-2012

Dans le domaine financier, les perspectives et recommandations pour 2008-2012 sont :

- assurer une mobilisation des ressources financières plus exhaustive par une diversification des sources et plus agressive en allant vers les partenaires financiers traditionnels et potentiels ;

- transférer la gestion des ressources du Fonds Mondial destinées à la lutte contre le sida au SE/CNLS afin de lui permettre de s'acquitter de ses responsabilités de coordination des ressources de la riposte nationale au VIH ;
- revisiter le manuel des procédures et y introduire les adaptations nécessaires en vue d'améliorer et d'alléger éventuellement les procédures ;
- tenir la comptabilité budgétaire informatisée par axe stratégique et par domaine d'action ou programme du CSN 2008-2012 ;
- revoir les modalités de gestion financière et de paiement à tous les niveaux en vue de proposer des améliorations de nature à faciliter l'exécution des budgets et d'accroître les capacités d'absorption des agences d'exécution ;
- renforcer les capacités de gestion des agences d'exécution dans la perspective d'améliorer et d'accélérer la confection des rapports techniques et financiers ;
- envisager la décentralisation de la gestion financière dans le contexte guinéen et en apprécier les avantages et les inconvénients en vue d'une décision bien éclairée ;
- faire un inventaire et mettre à jour régulièrement le fichier des mobiliers, des équipements, des matériels et autres moyens logistiques mis à la disposition des acteurs à tous les niveaux et en assurer la traçabilité ;
- relever le niveau des seuils de passation des marchés pour susciter l'intérêt des fournisseurs en vue d'élargir le choix pour les appels d'offres internationaux ;
- harmoniser les procédures des différents partenaires financiers du CNLS afin de faciliter le travail de gestion et de coordination des ressources financières destinées au sida en Guinée.

VIII. CONCLUSIONS

La présente revue du CSN 2003-2007 aux fins de la planification stratégique pour 2008-2012 a mis en lumière les faiblesses notoires des mécanismes de suivi & évaluation des IST-VIH/sida et, plus généralement les lacunes du système d'information sanitaire en Guinée. L'absence quasi-totale de collaboration/coordination entre le SNIGS et l'Unité Suivi, Recherche et Evaluation du SE/CNLS a beaucoup affecté le système d'information relatif aux IST-VIH/sida. La crédibilité et la viabilité des données et des informations rassemblées semblent assez limitées mais, étant les seules disponibles, elles serviront de base pour la planification de la riposte nationale 2008-2012. Au cours de cette période, la priorité devrait être mise sur le système d'information en général, le suivi & évaluation en particulier, afin de disposer de données et d'informations qui reflètent la réalité de l'épidémie de sida en Guinée et qui fournissent des bases plus objectives de planification.

Néanmoins, le bilan des réalisations est largement positif quand on sait que la plupart des principales interventions n'ont démarré qu'en 2004. De manière générale, les problèmes à résoudre ont été bien identifiés dans le CSN 2003-2007, même s'ils n'ont pas toujours été clairement formulés. Les objectifs sont en adéquation avec les problèmes à résoudre. Cependant leur formulation n'a pas toujours répondu aux caractéristiques d'un objectif telles que recommandées par les experts en la matière. Certains objectifs ne disposent pas de données de base qui pourraient permettre d'apprécier les progrès réalisés vers leur atteinte. De même, les résultats attendus n'étaient pas formulés dans un plan d'action. Cependant, en général, il y a cohérence entre les objectifs et les stratégies d'une part, entre les stratégies et les activités d'autre

part. Parfois, l'on constate que les activités ou les stratégies retenues ne couvrent pas l'objectif et qu'en conséquence, leur réalisation ne permet pas d'atteindre l'objectif dans sa complétude. Ces quelques lacunes dans la conception n'ont pas affecté les résultats positifs enregistrés par les acteurs de la riposte nationale au VIH. En effet, beaucoup d'activités réalisées n'étaient pas prévues dans le CSN 2003-2007.

La revue méthodique du CSN 2003-2007 a permis de faire un bilan des activités et des résultats atteints pour chaque axe stratégique et chaque domaine d'action prioritaire du CSN 2003-2007. L'analyse a permis d'identifier les forces et les opportunités sur lesquelles il faut bâtir les interventions du prochain cadre stratégique national, 2008-2012. Elle a permis de mettre en évidence les faiblesses et les obstacles à lever pour améliorer les performances dans la riposte nationale au VIH. Il en a découlé des orientations pour le cadre stratégique 2008-2012.

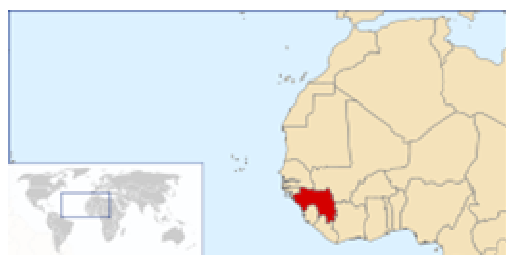
Le non respect des "Trois Principes" est, sans doute, la mère des faiblesses. En Guinée, le SE/CNLS n'est pas bénéficiaire principal du don du Fonds Mondial destiné à la lutte contre le sida. Le fonds Mondial étant une des plus importantes sources de financement de la riposte nationale au sida, le SE/CNLS privé de cette manne voit son autorité sapée. En effet, le SE/CNLS a pour rôle de : "assurer la coordination technique, le suivi et l'évaluation de toutes les activités de lutte contre le sida entreprises en Guinée. A cet effet, le Secrétariat exécutif est chargé d'approuver les plans d'action annuels soumis par les différents départements ministériels, les acteurs de la société civile et du secteur privé en concordance avec les objectifs du plan stratégique national. Il coordonne la gestion des ressources financières destinées à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le sida. La gestion des fonds est confiée à une Agence de gestion financière". Les "Trois Principes" stipulent que le CNLS est l'autorité unique de coordination de la riposte nationale au VIH ; le Cadre stratégique national est l'unique cadre de référence de tous les acteurs de la riposte nationale ; le Plan de suivi & évaluation est unique pour tous les intervenants dans la riposte nationale et pour toutes les parties prenantes. Il est urgent de donner au SE/CNLS les moyens de s'acquitter de ses responsabilités et de sa mission.

Les mauvaises conditions de travail du SE/CNLS constituent un autre facteur limitant ses performances. En effet, le local qui abrite les bureaux du SE/CNLS est exigu et non fonctionnel, le personnel est en effectif réduit et il n'y a pas de répondant du SE/CNLS en tant qu'organe exécutif aux différents niveaux décentralisés.

L'accès universel à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien reste un défi majeur de la riposte nationale au VIH. Pour relever ce défi, l'obligation de résultats et à l'imputabilité devront être adoptés comme principes directeurs partagés. Il sera alors nécessaire de revoir le cadre institutionnel et l'organigramme du SE/CNLS en vue de les adapter aux orientations et aux ambitions du CSN 2008-2012.

ANNEXES

ANNEXE 1



PROFIL GUINÉE



Août 2007

Généralités *

- **Location géographique** : Afrique de l'Ouest
- **Pays limitrophes** : Guinée-Bissau, Sénégal, Mali, Cote d'Ivoire, Liberia et Sierra Leone
- **Superficie** : 245.857 km²
- **Population** : 9,6 millions (estimation pour 2007)*
- **Population urbaine** : 32.6% (estimation pour 2004)*
- **Taux de croissance annuel moyen de la population**: 3,1%*
- **Population de moins de 15 ans (estimation pour 2007)** : 41,7%*
- **Densité (estimation pour 2007)**: 39 hab. /km²*
- **Espérance de vie à la naissance** : 53,9
- **Taux d'alphabétisme des adultes de 15 ans et plus** : 29,5% (2004)
- **Taux d'alphabétisme des jeunes de 15 - 24 ans** : 46,6% (2004)
- **PNB en milliards de US\$** : 2,9 (Cadrage macro-économique, 2006)
- **PNB par habitant en US\$** : 321,7 (Cadrage macro-économique, 2006)
- **Indicateur de Développement Humain (IDH)** : 0,445 (2004)
- **Classement sur la base de l'IDH** : 160^{ème} sur 177 pays
- **Indicateur sexo-spécifique de développement humain (ISDH)** : 0,434 (2004)
- **Classement sur la base de l'ISDH** : 121^{ème} sur 177 pays

Source : Rapport sur le développement humain 2006 ; *RGPH 1996

Système de santé et autres services sociaux de base

Indicateurs sanitaires en Guinée *

Espérance de vie à la naissance, 2000-2005	53,9 ans
Taux de mortalité infantile (EDS 2005)	91 pour 1.000
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, (EDSG III+ 2005)	163 pour 1.000
Taux de mortalité maternelle (EDS 2005)	980 pour 100.000 naissances vivantes
Ratio médecins/populations, 1990-2004	1 médecin pour 10.000 habitants
Cas de tuberculose – prévalence, 2004	410 pour 100.000
Dépenses sanitaires – (% PIB), 2006	0,4*
Dépenses sanitaires – (% BND), 2006	6*

- Source : Rapport sur le développement humain 2006, EDSG III+, 2005 ; *DSRP 2007

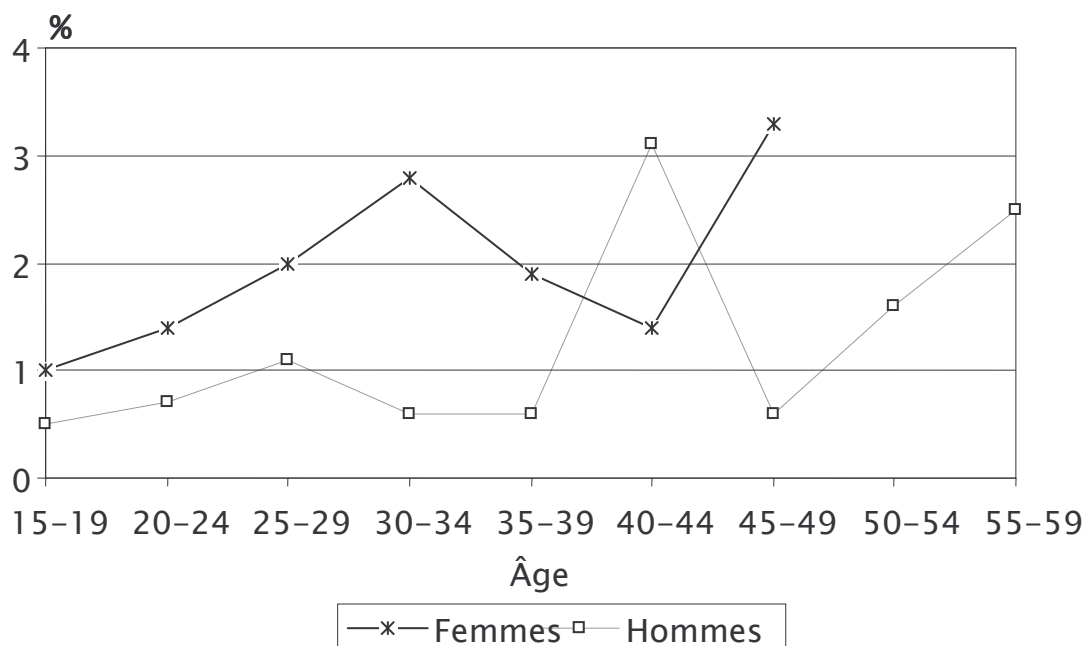
Indicateurs « Genre » et « réfugiés »

Espérance de vie à la naissance – femmes (2004)*	54,2 ans
Espérance de vie à la naissance – hommes (2004)*	53,6 ans
Taux d'alphabétisme de femmes de 15 ans et plus (EDSG III+ 2005)	16,1%
Taux d'alphabétisme d'hommes de 15 ans et plus (EDS III, 2005)	44,1%
Nombre de personnes déplacées internes*	82.000
Nombre de réfugiés*	64.000

* Rapport sur le développement humain 2006

Situation épidémiologique du VIH

Graphique 1: Prévalence du VIH selon le sexe et l'âge



Source : EDSG-III+, 2005

Estimations et données sur le VIH et le SIDA

	2003	2005	2007*	Source
Estimation du nombre de PVVIH				
▪ Nombre de PVVIH – adultes et enfants	80.000 [62.000-99.000]	85.000 [69.000-100.000]	93 000 [70 000 – 112 000]	ONUSIDA
▪ Nombre de PVVIH – adultes (15+)	74.000 [58.000-91.000]	78.000 [62.000-91.000]	84 000 [65 000 – 103 000]	ONUSIDA
▪ Nombre de PVVIH – femmes (15+)	51.00 [39.000-62.000]	53.000 [42.000-61.000]	58 000 [44 000 – 70 000]	ONUSIDA
▪ Nombre de PVVIH – enfants (0-14)	6.100 [2.000-14.000]	7.000 [2.400-16.000]	8 000 [3 000 – 18 000]	ONUSIDA
Taux de prévalence du VIH dans la population (%)				
▪ Taux de prévalence chez les adultes (15-49)	1,6 [1,2-1,9]	1,5 [1,2-1,8]	1,5 [1,2-1,8]	ONUSIDA & EDS III
▪ Taux de prévalence chez les hommes (15-49)	ND	0,9	0,9	EDSG III+ 2005
▪ Taux de prévalence chez les femmes (15-49)	ND	1,9	1,9	EDSG III+ 2005
▪ Taux de prévalence chez les jeunes femmes (15-24)	ND	1,4 [1,1-1,6]	1,4 [1,1-1,6]	ONUSIDA
▪ Taux de prévalence chez les jeunes hommes (15-24)	ND	0,5 [0,4-0,5]	0,5 [0,4-0,5]	ONUSIDA
▪ Taux de prévalence chez les professionnelles du sexe	ND	42	ND	ESSIDAGUI 2001
▪ Taux de prévalence chez les militaires	ND	6,6	ND	ESSIDAGUI 2001

	2003	2005	2007*	Source
▪ Taux de prévalence chez les tuberculeux	ND	17.0	ND	ESSIDAGUI 2001
▪ Taux de prévalence chez les transporteurs/camionneurs)	7,3	7, 3	ND	ESSIDAGUI 2001
▪ Taux de prévalence chez les pêcheurs	ND	11.0	ND	ONG Fraternité Médicale
Taux de prévalence du VIH selon le milieu et les régions administratives (%)				
▪ Taux de prévalence en milieu urbain	ND	2,4	2,4	EDSG III+ 2005
▪ Taux de prévalence en milieu rural	ND	1,0	1,0	EDSG III+ 2005
▪ Taux de prévalence à Conakry	ND	2,1 (avec 3,4 chez les femmes)	2,1 (avec 3,4 chez les femmes)	EDSG III+ 2005
▪ Taux de prévalence à Labé	ND	1,8	1,8	EDSG III+ 2005
▪ Taux de prévalence à N'Zérékoré	ND	1,7	1,7	EDSG III+ 2005
▪ Taux de prévalence à Faranah	ND	1,6	1,6	EDSG III+ 2005
▪ Taux de prévalence à Kindia	ND	0,9	0,9	EDSG III+ 2005
▪ Taux de prévalence à Mamou	ND	0,7	0,7	EDSG III+ 2005
Décès dus au SIDA				
▪ Décès d'adultes et d'enfants	6.000 [3.700-9.100]	7.100 [4.700-9.900]	8.000 [6.000-11.000]	ONUSIDA
Orphelins du SIDA				
▪ Orphelins (0-17) en vie	20.000 [12.000-34.000]	28.000 [18.000-43.000]	41.000 [29.000-56.000]	ONUSIDA

- | | | | | |
|---|----|----|------|------------------|
| ▪ Nombre d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables, âgés de moins de 17 ans, vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge (Requis pour UNGASS 2008). | ND | ND | 2000 | Rapport PAM 2007 |
|---|----|----|------|------------------|

Données épidémiologiques sur les infections sexuellement transmissibles (IST)

- | | | | | |
|---|----|------|------|----------------|
| ▪ Pourcentage d'hommes ayant déclaré avoir eu une IST et/ou symptômes d'IST au cours des 12 derniers 12 mois | ND | 8,1 | 8,1 | EDSG III+ 2005 |
| ▪ Pourcentage de femmes ayant déclaré avoir eu une IST et/ou symptômes d'IST au cours des 12 derniers 12 mois | ND | 31,5 | 31,5 | EDSG III+ 2005 |

Lutte contre le VIH sur le lieu du travail

- | | | | | |
|---|----|------|----|-------------|
| ▪ Pourcentage de grandes entreprises/compagnies disposant de politiques et programmes concernant le VIH sur le lieu du travail | ND | 30,0 | ND | UNGASS 2005 |
| ▪ Pourcentage de grandes entreprises/compagnies disposant de politiques et programmes concernant le VIH sur le lieu du travail – secteur publique | ND | 60,0 | ND | UNGASS 2005 |
| ▪ Pourcentage de grandes entreprises/compagnies disposant de politiques et programmes concernant le VIH sur le lieu du travail – secteur privé | ND | 24,0 | ND | UNGASS 2005 |

Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

- | | | | | |
|--|---|-----|-------------|--|
| ▪ Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME (Requis pour UNGASS 2008) | 0 | 0,4 | 8,3%* | UNGASS 2005, SE/CNLS
*Calculé à partir de la prévalence du VIH chez les femmes âgées de 15-49 ans
(EDSG III+ 2005) |
| ▪ Nombre de sites de consultation prénatale et capacité | 7 | 15 | 29 (dont 27 | SE/CNLS (17 districts sanitaires |

estimée à offrir des services de PTME			fonctionnels) Prévision fin 2007 : 40	sur 38 (45%) ont au moins un site PTME
▪ Pourcentage d'adultes ayant une connaissance de la PTME – hommes	ND	66,0	66,0	EDSG III+ 2005
▪ Pourcentage d'adultes ayant une connaissance de la PTME – femmes	ND	52,0	52,0	EDSG III+ 2005
▪ Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu des conseils sur le VIH durant une visite prénatale	ND	1,3%	9,5%	EDSG III+ 2005, rapport MSP 2007
▪ Pourcentage de femmes enceintes qui ont effectué volontairement un test du VIH au cours des visites prénatales	ND	0,8%	5,28%	Rapports MSP 2005 et 2007
Conseil et Dépistage Volontaire (CDV)				
▪ Nombre de sites de CDV	3	10	26	Rapports MSP 2003, 2005 et 2007
▪ Nombre de cadre/personnel formé en CDV	ND	ND	200	MAP. PRISM, OCPH, etc.
▪ Couverture géographique en CDV sur 38 districts sanitaires	3	9	18	Rapports MSP 2003, 2005 et 2007
▪ Pourcentage des hommes et femmes (15-49) qui ont effectué un test VIH dans les 12 derniers mois et qui ont été informés du résultat (Requis pour UNGASS 2008) .	ND	ND	ND	
▪ Pourcentage de la population générale ou les populations les plus à risque qui ont effectué un test VIH dans les 12 derniers mois et qui a été informée du résultat - Professionnelles du sexe (Requis pour UNGASS 2008) ..	ND	ND	ND	
▪ Nombre de dispensaires antituberculeux et d'hôpitaux qui ont institué une offre systématique de test VIH	3	5	9	Rapports MSP 2003, 2005 et 2007

initiée par le prestataire de soins				
▪ Pourcentage d'adultes ayant une connaissance des moyens de transmission et de prévention du VIH - hommes	ND	79,0	79,0	EDSG III+ 2005
▪ Pourcentage d'adultes ayant une connaissance des moyens de transmission et de prévention du VIH - femmes	ND	68,0	68,0	EDSG III+ 2005
▪ Pourcentage des populations (cibles) les plus à risque ayant accès aux services de CDV	ND	5,0	ND	UNGASS 2005
▪ Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats au cours des derniers 12 mois - Hommes	ND	3,0	3,0	EDSG III+ 2005
▪ Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats au cours des derniers 12 mois - femmes	ND	1,0	1,0	EDSG III+ 2005
Traitement du VIH - Thérapie par association d'ARV				
▪ Estimation de la couverture par la thérapie ARV	0,47	9,0	27,59*	UNGASS 2005, SE/CNLS
▪ Nombre de femmes, hommes et enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'antirétroviraux (Requis pour UNGASS 2008)	95	1912	6416 dont 165 enfants	UNGASS 2005 SE/CNLS 2007
▪ Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci	ND	ND	ND	
▪ Nombre/pourcentage de patients sous traitement ARV et contre la tuberculose (Requis pour UNGASS 2008)	ND	ND	91	Rapport PNLAT
▪ Nombre d'adultes et d'enfants infectés qui ont besoin d'un traitement antirétroviral	20000	18000-23000	23250* [20.000-25.000]	SE/CNLS *Calculé à partir de 25% de PVVIH pour thérapie ARV
▪ Nombre d'établissements de santé offrant des services	10	15	29	Rapports MSP 2003 2005 et 2007

de traitement de base (soins cliniques, tests de laboratoire, et approvisionnement pharmaceutique durable)

Sécurité transfusionnelle

▪ Dons de sang contrôlés pour le VIH	13218	15862	7544 (30 juin 2007)	Rapports CNTS 2003, 2005 et 2007
▪ Pourcentage d'unités de sang transfusées contrôlées pour le VIH (Requis pour UNGASS 2008)	100%	100%	100%	Rapports CNTS 2003, 2005 et 2007
▪ Pourcentage de don de sang volontaire	44%	28%	35%	Rapports CNTS 2003, 2005 et 2007
▪ Pourcentage d'unité de sang contrôlé positif au VIH	2,3%	2,3%	2,08%	Rapports CNTS 2003, 2005 et 2007
▪ Pourcentage d'unité de sang contrôlé positif à la syphilis	0,18%	0,9%	0,09%	Rapports CNTS 2003, 2005 et 2007
▪ Pourcentage d'unité de sang contrôlé positif à l'Hépatite B	12%	10,7%	9,7%	Rapports CNTS 2003, 2005 et 2007
▪ Pourcentage d'unité de sang contrôlé positif à l'Hépatite C	-	0,3%	0,9%	Rapports CNTS 2003, 2005 et 2007

Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

▪ Pourcentage des 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	27%	16,6%	ND	OMS, ONUSIDA/UNGASS 2005
▪ Pourcentage des 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans - hommes	20%	15,7	ND	OMS, ONUSIDA/UNGASS 2005
▪ Pourcentage des 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans - femmes	ND	17,6	ND	UNGASS 2005

Rapports sexuels à hauts risques parmi les adultes et les jeunes

▪ Pourcentage d'hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	ND	53,6	53,6	EDSG III+ 2005
--	----	------	------	----------------

▪ Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	ND	15,6	15,6	EDSG III+ 2005
▪ Pourcentage de jeunes hommes (15-24 ans) ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	ND	94,8	94,8	EDSG III+ 2005
▪ Pourcentage de jeunes femmes (15-24 ans) ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	ND	36,0	36,0	EDSG III+ 2005

Utilisation du préservatif

▪ Pourcentage de jeunes hommes (15-24 ans) ayant utilisé un préservatif lors des rapports à hauts risques	32.0	37,2	37,2	UNGASS 2003 & EDSG III+ 2005
▪ Pourcentage de jeunes femmes (15-24 ans) ayant utilisé un préservatif lors des rapports à hauts risques	17.0	26,0	26,0	UNGASS 2003 & EDSG III+ 2005
▪ Nombre de préservatifs distribués annuellement par le secteur public et le secteur privé.	6.773.570	8.838.245	10 858 752 (jusqu'en juillet 2007)	PSI/UNFPA

*Les données de 2007 ont été estimées à partir de EDSG III+ 2005, RGPH 1996, SE/CNLS et MSP.

ANNEXE 2

Liste des indicateurs UNGASS en 2008

N°	Indicateurs	Rapport 2003-2004		Rapport 2005		Rapport 2008			Observations
		Valeur	Source	Valeur	Source	Valeur	Source	Période	
Engagement et actions au plan national									
1	Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le SIDA par catégories et sources de financement	-	-	-	-	USD 25,3 millions USD 3,6 millions	MEFP	2006 2007	Définition modifiée
2	Indice composite des politiques nationales (domaines : sexospécificité, programmes sur les lieux de travail, stigmatisation et discrimination, prévention, soins et soutien, droits de la personne, participation de la société civile, suivi et évaluation).	-	-	5,3	UNGASS 2005	6,5	Questionnaire Indice Composite	2007	- Voir annexe - Score non calculé pour 2003
Programme National									
3	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH.	-	-	-	-	52,5	CNTS	2006	- Définition modifiée -Données 2007 en cours de traitement
4	Pourcentage d’adultes et d’enfants atteints d’infection à VIH à un stade avancé sous ARV.	-	-	-	-	22,5		Janv-sept 2007	Définition modifiée (Enfants inclus)

N°	Indicateurs	Rapport 2003-2004		Rapport 2005		Rapport 2008			Observations
		Valeur	Source	Valeur	Source	Valeur	Source	Période	
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant.	84,5	Données de routines MSP	Non rapporté		46,9 66,5	MSP	2006 2007	Les chiffres de 2003-2004 ne concernent que 6 sites à Conakry et le CSU de Forécariah
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement anti-tuberculeux et un traitement contre le VIH	-	-	-	-	61,3	Service antituberculeux/MSFBe Igique	Janv-sept 2007	Indicateur ajouté à la liste de base
7	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat.	-	-	-	-	1,5	EDSG III+	2005	- Chaque 5ans - Indicateur ajouté à la liste de base
8	Pourcentage, parmi les population les plus à risque, de personnes ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat	Non rapporté		Non rapporté		PS : 58,2 Hommes Unifor : 41,0 Miniers : 24,7 Routiers : 19,0 Pêcheurs : 2,8	ESCOMB	2007	
9	Pourcentage, parmi les population les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre.	-	-	-	-	PS : 92,1 Hommes Unifor: 34,8 Miniers : 13,2 Routiers : 24,5 Pêcheurs : 35,3	ESCOMB	2007	Définition modifiée

N°	Indicateurs	Rapport 2003-2004		Rapport 2005		Rapport 2008			Observations
		Valeur	Source	Valeur	Source	Valeur	Source	Période	
10	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.	Non rapporté		Non rapporté		16,6	SE/CNLS, GTZ, UNICEF	Oct 2006-Oct 2007	
11	Pourcentage d'école ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire.	-	-	-	-	Non disponible	MENRS		- Définition modifiée - Programme élaboré en cour d'intégration
Connaissances et comportements									
12	Scolarisation des orphelins et des non orphelins âgés de 10 - 14 ans..					Pertinent mais pas de données suffisantes			- Définition modifiée - Données insuffisantes
13	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.	Non rapporté		19,0	EDSG III	16,2	ESCOMB	2007	

N°	Indicateurs	Rapport 2003-2004		Rapport 2005		Rapport 2008			Observations
		Valeur	Source	Valeur	Source	Valeur	Source	Période	
14	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.	Non rapporté		Non rapporté		PS : 4,3 Hommes en Uniforme : 24,8 Miniers : 18,6 Routiers : 3,8 Pêcheurs : 7,8	ESCOMB	2007	
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.	Non Rapporté		CRIS : 16,6 Rapport : 18,7	EDSG III	25,0	ESCOMB	2007	
16	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents.	Non rapporté		Non rapporté		7,8	EDSG III+	2005	2008 : calculé à partir des données complémentaires fournies par Macro
17	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.	H : 17,6 F : 3,3	EDSG 99	Incomplète (parte. Non cohabitant) 37,8		30,9	EDS III+	2005	Définition modifiée (groupe d'âge étendu à 15-49)

N°	Indicateurs	Rapport 2003-2004		Rapport 2005		Rapport 2008			Observations
		Valeur	Source	Valeur	Source	Valeur	Source	Période	
18	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Non rapporté		Non rapporté		99,8	ESCOMB	2007	
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec partenaire masculin.	Pertinent Pas de données disponibles		Pertinent mais pas de données disponibles		Pertinent mais pas de données disponibles			Pas d'information
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.	Non pertinent		Non pertinent		Non pertinent			Non pertinent pour le pays
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue.	Non pertinent		Non pertinent		Non pertinent			Non pertinent pour le pays
Impact									
22	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	2001 Garçons : 2.4 Filles : 2.7	ESSIDAGUI 2001	CRIS: 15-19: 0.51% 20-24: 1.48% Report: Capital:	EDSG III	Pertinent, ND			En 2007, ambiguïté entre la définition et la méthode d'évaluation ⁴

⁴ Indicateur 22: Pourcentage de jeunes **femmes** et de jeunes **hommes** âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH. Méthode d'évaluation : Numérateur = Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage indique qu'elles sont séropositives. Dénominateur = Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage VIH (cf. directives UNGASS 2008, pp 68).

N°	Indicateurs	Rapport 2003-2004		Rapport 2005		Rapport 2008			Observations
		Valeur	Source	Valeur	Source	Valeur	Source	Période	
		2004 4.4	ONUSIDA	All: 1.1% 15-19: 1.1% 20-24: 1.2%					
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque.	PS : 42,3 Routiers 7,3 Miniers. 4,7 H.Unif : 6,6	ESSIDAGUI 2001	PS : 42,3 Routiers : 7,3 Miniers : 4,7 H.Unif : 6,6	ESSIDAGUI 2001	PS : 34,4 Hommes Unifor: 6,5 Miniers : 5,2 Routiers : 5,5 Pêcheurs : 5,6	ESCOMB	2007	
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale.	Non rapporté		Non rapporté		Pertinent mais pas de données disponibles			Définition modifiée
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH.	Non rapporté		Non rapporté		Pertinent mais pas de données disponibles			Calculé par l'ONUSIDA

ANNEXE 3

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

LISTE DES DOCUMENTS

1. Stratégie d'information et de communication du CNLS (octobre 2004) ;
2. Enquête nationale de surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes, Guinée 2004 ;
3. Rapport du CNLS au Conseil interministériel, 3 juin 2007 ;
4. Stratégie de Diffusion du Plan National de communication en appui aux IST/VIH/SIDA (juin 2005) ;
5. Évaluation à mi-parcours du Cadre Stratégique National de lutte Contre le SIDA (CSN) 2003-2007, mai 2006 ;
6. Revue à mi-parcours du Projet Multisectoriel de lutte contre le Sida (PMS), CNLS, mai-juin 2006 ;
7. Rapport de synthèse des travaux des ateliers régionaux de Kindia et Kankan de la revue à mi-parcours du PMS, CNLS - mai 2006 ;
8. Élargissement pour parvenir à l'accès universel, rapport de la consultation nationale (draft), février 2006
9. Rapport de l'atelier national de la revue à mi-parcours du projet multisectoriel de lutte contre le SIDA (PMS), CNLS - juin 2006 ;
10. La prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles dans les zones d'intervention du projet, MSP - 2ème trimestre 2005 ;
11. Rapport assistance technique pour la mise à jour des répertoires des ONG et Associations, Vision Consulting International - décembre 2006 ;
12. Répertoire 2006 des ONG/Associations de lutte contre le SIDA, Vision Consulting International ;
13. MONISIT, manuel de présentation 1ère édition, Université de Montréal, décembre 2006 ;
14. Lexique des termes employés dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA dans les établissements hospitaliers et assimilés en Guinée, Université de Montréal ;
15. Répertoire des environnements prostitutionnels de Guinée - Université de Montréal, décembre 2006 ;
16. Enquête Démographique et de Santé en Guinée (EDSGIII+) 2005 ;
17. Impact socio-économique du VIH/SIDA en République de Guinée (PNUD) 2004 ;
18. Enquête CAP sur les IST/VIH/SIDA au sein des forces de police guinéennes - cas de Conakry – Rapport d'analyse ;
19. Appui au programme financier par le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme - Rapport de mission 2006 ;
20. Directive et Normes de Planification régionale des activités de lutte contre le SIDA 2004, SE/CNLS, Unité Suivi Évaluation ;
21. CNLS- ACTION "Stop SIDA" Tenons notre promesse (2007) ;
22. Facteur de blocage à l'utilisation du préservatif par les jeunes de 15 à 24 ans en Guinée, Rapport de recherche UNFPA ;
23. Livret technique des secteurs publics dans la lutte contre le VIH/SIDA, octobre 2003 ;

24. Livret technique des ONG et Associations impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA en Guinée, édition : CNLS , Conakry octobre 2003 ;
25. Livret des secteurs privés dans la lutte contre le VIH/SIDA, octobre 2003 ;
26. Livret des CRD/CU dans la lutte contre le VIH/SIDA, édition : CNLS , Conakry octobre 2003 ;
27. Normes et protocoles, Centre de dépistage volontaire et anonyme de Mamou, GTZ ;
28. Concours Qualité – Rapport 2005, vol. 1 MSP ;
29. Répertoire des ONG, SE/CNLS ;
30. Rapport final de l’atelier de réflexion sur l’encadrement des travailleuses de sexe, SE/CNLS - SIDA3 ;
31. Rapport des activités du 1er trimestre 2006, SE/CNLS ;
32. Évaluation de la situation des droits humains liés au VIH/SIDA en République de Guinée, ROSIGUI/AfriCASO, novembre 2005 ;
33. Loi/2000/010/ An 2000 du 10/07/2000 portant santé de la reproduction ;
34. Projet de code de l’Enfant, Conakry 2003, MASPFE ;
35. Protocole pour la prévention et la prise en charge intégrale des victimes de viol et violences sexuelles en Guinée, MSP/OMS, juin 2006 ;
36. Rapport d’activités du CNTS 2005, mai 2006
37. Rapport d’activités 2006 du CNTS, avril 2007
38. PNDS Guinée, MSP 2002 ;
39. Aide-mémoire : Projet MAP, mission de supervision mai 2007 (SE/CNLS 2007)

ANNEXE 4

LISTE DES PERSONNES AYANT PRIS PART AU PROCESSUS DE LA REVUE

N°	Prénoms	Nom	Fonction/Institution	Téléphone	E.mail
1	Dr Thierno Souleymane	DIALLO	SE/CNLS chargé du Suivi & évaluation	60216288 64315846	tsdiallo53@yahoo.fr
2	Dr Mandiou	DIAKITE	Labo CHU Donka	60290592	mandioud@yahoo.fr
3	Dr Kalifa	BANGOURA	DRS N'zérékoré	60525943 64521401	kalifabangoura@yahoo.fr
4	Dr Maurice Cécé	GOA	DRS Faranah	60468512	
5	Mme Diallo Kadiatou	BARRY	FG/IBWC	60297087	khadiatou@yahoo.fr
6	Dr Cellou Donghol	DIALLO	Ministère Santé Publique	60420895	eddonghol@yahoo.fr
7	Mr Mamady	KEIRA	ONG ASFEGMASSI	60549630	keiramama@yahoo.fr
8	Dr Fatou	BARRY	ROSIGUI	60290101	drfbarry@yahoo.fr
9	Dr Mahamed Lamine	SYLLA	DRS Kindia	60520113	
10	Dr Mouctar	DIALLO	Coord. National PNPCSP	60540892	diallomguinee@yahoo.fr
11	Dr Thierno Mouctar	DIALLO	ONG FMG	60265426	drdiallomouct@yahoo.fr
12	Dr Mohamed Hady	BARRY	Consultant BACOFI	64291946	hhadybarry@yahoo.fr
13	Dr Fatoumata Binta	BALDE	Chargée PTME PNPCSP	60345130	ayebalde@yahoo.fr
14	M. Saliou	SOW	ROSIGUI	60529270	
15	Dr Mamadou Bodiè	DIALLO	UNICEF	60299287	mbdiallo@yahoo.fr
16	Mamadouba	SOUMAH	Point focal MASCFE	60566006	
17	Amadou Lamarana	DIALLO	Consultant BACOFI	60575529	
18	Dr Ibrahima Sory	DIALLO	Responsable PEC PNPCSP	60290465/643 68177	drdiallo@yahoo.fr
19	Mr Sétiguiba	TRAORE	FENOSIGUI	60556329	
20	Dr Ousmane	SOW	DRS Boké	64572459	psows@yahoo.fr
21	Alpha Amadou	BAH	M&E ONUSIDA	64563694	baha@unaid.org
	Marcos	SAHLU	UCC ONUSIDA	64290607	saklum@unaid.org

N°	Prénoms	Nom	Fonction/Institution	Téléphone	E.mail
22	Ckeick	KEITA	Consultant BACOFI	602977771	chkrcd@yahoo.fr
23	Mme Mariama	CAMARA	Consultant BACOFI	60575833	tantiemariama2005@yahoo.fr
24	Jean G. Aly	KOUROUMA	AGBEP	60293121	
25	Dr Fatoumata Binta	DIALLO	AFESMEG	60338365	neneentaren@yahoo.fr
26	Mme Nène Kindy	BARRY	SE/CNLS	60421858	nenkindy@yahoo.fr
27	Dr Younoussa	BALLO	Consultant BACOFI	60571015	balloyounoussa@yahoo.fr
28	Sékou	CONDE	Point focal MICTA	60526977	
29	Christina	CANNELI	Projet DREAM St Egidio	64597741	
30	Lamarana	DIALLO	Ministère Education Nationale	60526732	lam_diallo@yahoo.fr
31	Mme Kadiatou	TRAORE	ONG JVCS	64729849	tkreotra@yahoo.fr
32	Dr Mouslihou	DIALLO	USI/Université de Montréal	60544079	musliu@yahoo.fr
33	Ahmed Tidjani	CISSE	Assemblée Nationale	60217973	edjany@yahoo.fr
34	Dr Mariama Siré	KOUYATE	ONG ASFEGMASSI	60261852	kondofr@yahoo.fr
35	Mme Aïssatou	TRAORE	Point focal MEN-RS	60295722	astages@yahoo.fr
36	Mme Djenabou	DIALLO	ONG AJSC	60347289	
37	Ibrahima	BAH	Stat View	60557806	1bah_timbi@yahoo.fr
38	Aliou	BARRY	Stat View	60215997	
39	Dr Hadja Bintou	BARRY	ONG ASFEGMASSI	60520251	bintoubamba@yahoo.fr
40	El Hadj Mohamed	SANO	SE/CNLS	64204614	sano_mohamed03@yahoo.fr
41	Dr Mariama Djélo	BARRY	SE/CNLS	60294687	bmdjelo@yahoo.fr
42	Dr Cheick Tidiane	SIDIBE	SE/CNLS	60550335	sidibect@yahoo.fr
43	Mme Mariame Tendou	KAMARA	WAFRICA	60327767	mariam@wafrica.org
44	Foday	TURAY	PAM	64244252	
45	Delphin Diasolua	NGUDI	Consultant International PAM		
46	Adama	DOUMBOUYA	PAM	60584185	adama.doumbouya@yahoo.fr
47	Mohamed Maciré	CAMARA	Consultant BACOFI	64273793	macire20010@yahoo.fr

N°	Prénoms	Nom	Fonction/Institution	Téléphone	E.mail
48	Dr Djénabou	TALL	PNPSP	60549677	
49	Dr Thierno Souleymane	DIALLO	SE/CNLS	60216288	tsdiallo53@yahoo.fr
50	Mme Marie Luise	CAMPELL	SE/CNLS	64253045	cammalouse@yahoo.fr
51	Djibril	DIALLO	DND	60293806	djidiallo@yahoo.fr
52	Dr Mamadou Aliou	DIALLO	REGAP+	64244571	alimou02@yahoo.fr
53	Ibrahima	DIANE	SIDALERTE	64293238	idian2000@yahoo.fr
54	Bapaté	DIALLO	Syndicat Ministère Education Nationale	60338605	
55	Hadja Halimatou	DIALLO	Point focal Ministère Transport	63400239	
56	Mme Mariama	BEAVOGUI	Point focal SGG	60475891	miriambeav@yahoo.fr
57	Abdoulaye	KOUYATE	Journaliste	64639662	kouyate3000@yahoo.fr
58	Me Dinah	SAMPIL	Avocat	60212147	
59	Dr Mamadou Diouhé	BARRY	DRS Labé	60541802	
60	Thierno Amadou	SOW	GTZ-IS	60495402	
61	Zakaria	TOURE	DMR Commune Matoto	64131618	
62	Aliou	BARRY	IRAS Boké	64361214	
63	Tahirou	BARRY	Gandal Labé	64181572	
64	Mme Nantenin	CAMARA	GAP Faranah	63041714	
65	Mamadou Samba	BARRY	IRJ Boké	60462316	
66	Mme Diankamba	DIABATE	ONG CEFACAM Boké	60221624	
67	Abdoul Rahamane	BAH	IRJ N'zérékoré	64124216	
68	Ansoumane	CAMARA	IRAS Mamou	60127483	
69	Dr Naby	CAMARA	IRAS Kindia	64421619	
70	Mme Bintou	KOUYATE	ONG APRODI	60271306	yatousa@yahoo.fr
71	Mme Fatou	SOW	ONG GSP	64530315	nenefatousow@yahoo.fr
72	Mamadi	FOFANA	SE/CNLS	60342147	nfagn@yahoo.fr
73	Dr Zakaria	BAH	PNPCPP	60396139	zakaribah@yahoo.fr

N°	Prénoms	Nom	Fonction/Institution	Téléphone	E.mail
74	Dr Mamey	CONTE	PNPCPP	60544558	mameyconte@yahoo.fr
75	Mamadou Diouma	DIALLO	ONG GSP	64204025	mandioud@yahoo.fr
76	Dr Mohamed	CISSE	CHU Donka	60292590	cissebibi@yahoo.fr
77	Dr Mahawa	SOUMAH	SE/CNLS	60217878	drmsoumah@yahoo.fr
78	Dr André	LOUA	CNTS	60254182	louacnts@yahoo.fr
79	Dr Robert	CAMARA	DRS Mamou	60573690	
80	Dr Catherine	LOUA	ONG FELICA	60295317	felica@yahoo.fr
81	Dr Mamadou	SECK	Président AfSaD Chef de mission	(221) 776448178	mamseck1@yahoo.com
82	Lamine	YANSANE	Health Focus (GTZ)		yansanelamine@yahoo.fr