

RAPPORT DOCUMENTAIRE

Documentation et capitalisation des bonnes pratiques et des opportunités pour les acteurs communautaires pour assurer la prestation de services de santé dans des environnements fragiles en Guinée



Equipe de recherche

Investigateurs principaux :

- Dr. Hugues Asken TRAORE
- Mr. Félix BROU

Co-investigateurs :

- Mme. Véronique COULIBALY
- Mr. Aboubacar SYLLA
- Mr. Mohamed HAIDARA
-

Commanditaires

RAME

CRG

Cabinets de mise en œuvre

- **OASYS**
- **GLOBAL CHALLENGE CORPORATION**
- **ASAP**

Financement

France Expertise

Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le paludisme

Décembre 2019

Sigles et abréviations

ARV	: Antirétroviraux
GNP+	: Global Network of Person Living with HIV (Réseau Mondial des personnes vivant avec le VIH)
OMS	: Organisation Mondiale de la santé
OBC	: Organisation à base communautaire
ONG	: Organisation Non-Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies pour le VIH-SIDA
PNACC	: Programme National d'Appui aux Commune de Convergence en guinée
PF	: Planning Familial
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement Général de la population
SIDA	: Syndrome de l'immunodéficience Acquise
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive
TB	: Tuberculose
VIH	: Virus de l'immunodéficience Acquise

I. CONTEXTE

1.1 Contexte pays

Située en Afrique occidentale, la république de Guinée 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, avec une population totale estimée à 12 609 000 habitants en 2016 (projection basée sur le RGPH 2014). Les femmes représentent 51,62%. La majorité de la population réside en milieu rural (64.7%)¹. La Guinée est un pays à revenu faible dont 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. La pauvreté, combinée avec le faible niveau d'instruction (33% des femmes et 60% des hommes) ainsi que la persistance de tabous socioculturels favorisent la réticence aux changements de comportements favorables à la bonne santé des populations.

La faible couverture en eau potable (75% en général et 65% en milieu rural), en installations sanitaires salubres (56% en général et 29% en milieu rural) et en habitats décents, ainsi que l'insuffisance d'hygiène individuelle et collective, la pollution de l'environnement et les effets du changement climatique sont à la base des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles. Le pays se place au 183^e rang sur 188 pays selon l'indice de développement humain 2016 du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

1.2 Contexte sanitaire (général et spécifique au VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme)

1.2.1 Contexte et organisation du système de santé

L'état de santé de la population guinéenne est caractérisé par la forte mortalité et morbidité liées à des maladies évitables : de 2012 à 2016, la mortalité maternelle est passée de 724 à 550 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité infanto-juvénile a baissé de 123 à 88⁰/₀₀, la mortalité infantile de 67 à 44⁰/₀₀ et la mortalité néonatale est de 20⁰/₀₀ en 2016. On note également la récurrence des épidémies dont Ebola de 2014 à Juin 2016 (3814 cas et 2544 décès² dont 115 agents de santé), la poliomyélite au poliovirus sauvage en 2015 et la rougeole en 2016. Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance.

Le système de santé est confronté à de nombreux problèmes dont: (i) la faible accessibilité géographique aux soins pour la majorité de la population, (ii) l'insuffisance globale de l'offre de soins aussi bien en quantité qu'en qualité ; (iii) l'inégale répartition des ressources humaines en santé entre zones urbaines et zones rurales; (iv) la faible accessibilité de la population aux médicaments de qualité (une officine pour 10.000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100.000 habitants à l'intérieur du pays), etc.

Le principal défi pour le système de santé guinéen est de parvenir à élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population, notamment en développant la santé communautaire et en renforçant les prestations de services de santé.

¹ Institut National de la Statistique, 2017. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2016), Rapport final, Conakry, Guinée.

² Source: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/case-counts.html>

1.2.2 Contexte spécifique au VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme et la santé communautaire

VIH/Sida : La prévalence du VIH en Guinée, estimée à 1,4% en 2018³ est relativement faible mais présente de grandes variations entre les régions avec un pic de 2,7% à Conakry, entre les populations rurales (1,2%) et urbaines (2,7%), ainsi qu'entre les femmes (1,9%) et les hommes (1%). Il s'agit d'une épidémie concentrée parmi les groupes les plus exposés au risque en particulier les professionnelles de sexe (10,7%), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (11,4%) dont seulement 17% reçoivent des services de prévention du VIH et les prisonniers (2,3%). Parmi les 120.000 PVVIH, la couverture du traitement reste encore faible, soit environ 42% d'adultes et 20% d'enfants qui ont accès au traitement ARV en 2018, selon l'ONUSIDA. Seulement 65% de femmes enceintes reçoivent les ARV pour la PTME. La stigmatisation reste à un niveau élevé avec 80% de la population qui refuserait d'acheter des fruits frais chez un commerçant infecté du VIH.

Paludisme : Le paludisme est endémique en Guinée et le parasite responsable de tous les cas est le plasmodium falciparum. Toute la population est exposée. Selon une étude réalisée par P. Carnevale et al en 2010, il existe 4 zones de niveaux d'endémicité différents : Une zone hypo endémique située en Basse Guinée, constituée de deux foyers sur la façade atlantique (les villes de Conakry et Kamsar). Le vecteur prédominant est Anopheles melas; une zone méso endémique, qui concerne la partie nord frontalière du Sénégal et de la Guinée, à pluviométrie faible où le vecteur majeur est A. funestus, et la façade atlantique; une zone hyper endémique qui s'étend du sud-est de la basse Guinée à la forêt tropicale guinéenne (Frontière du Liberia et de la Côte d'Ivoire). Il s'agit d'une zone de forte pluviométrie (6 à 10 mois de pluie). Le vecteur dominant est A. gambiaess. Une zone holoendémique située en Haute guinée, zone de savane et de plaine fortement irriguée à pluviométrie moyenne. Les vecteurs dominants sont A. funestus et A. arabiensis. La prévalence parasitaire en Guinée est de 15% avec 1 214 996 cas de paludisme pris en charge en 2018 dont 1300 décès liés au paludisme⁴. Pour y faire face 3,1 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées.

Tuberculose : Selon le rapport de l'OMS 2018⁵, l'incidence de la tuberculose en Guinée est estimée à 176 pour 100 000 habitants (cela correspond à 22 000 cas estimés par l'OMS). En 2018, le pays a déclaré 14 476 cas toutes formes dont 14 250 nouveaux cas et rechutes. La couverture de notification et de traitement est encore faible, soit 65%. Le pays compte également 342 cas de tuberculose multi-résistante (2.4%) et 8,1% d'enfants de moins de 5 ans, contacts familiaux – sont sous traitement préventif. Le taux du succès du traitement est de 88% en 2018.

Objectif de l'étude en Guinée: Documenter les approches, opportunités et défis dans le cadre de (i) de l'engagement des populations clés, notamment au travers de l'observatoire communautaire d'accès aux soins de santé, (ii) de la lutte contre la stigmatisation au sein de la communauté et (iii), de la réalisation du test de dépistage rapide et de la notification aux conjoints/partenaires des femmes enceintes.

³ ONUSIDA. (2019). *Où nous travaillons. Pays, Guinée*. Consulté le 22 Décembre 2019, sur www.unaids.org:

<https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/guinea>

⁴ Rapport paludisme dans le monde 2019. Profil pays, consulté le 22 Décembre 2019

⁵ OMS (2019). Profil pays. Guinée. consulté le 22 Décembre 2019 [en ligne]

https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=GN&outtype=html&LAN=FR

II. REVUE DOCUMENTAIRE

I. II.1 Documents supports/sources de références

Voir références bibliographiques en annexe

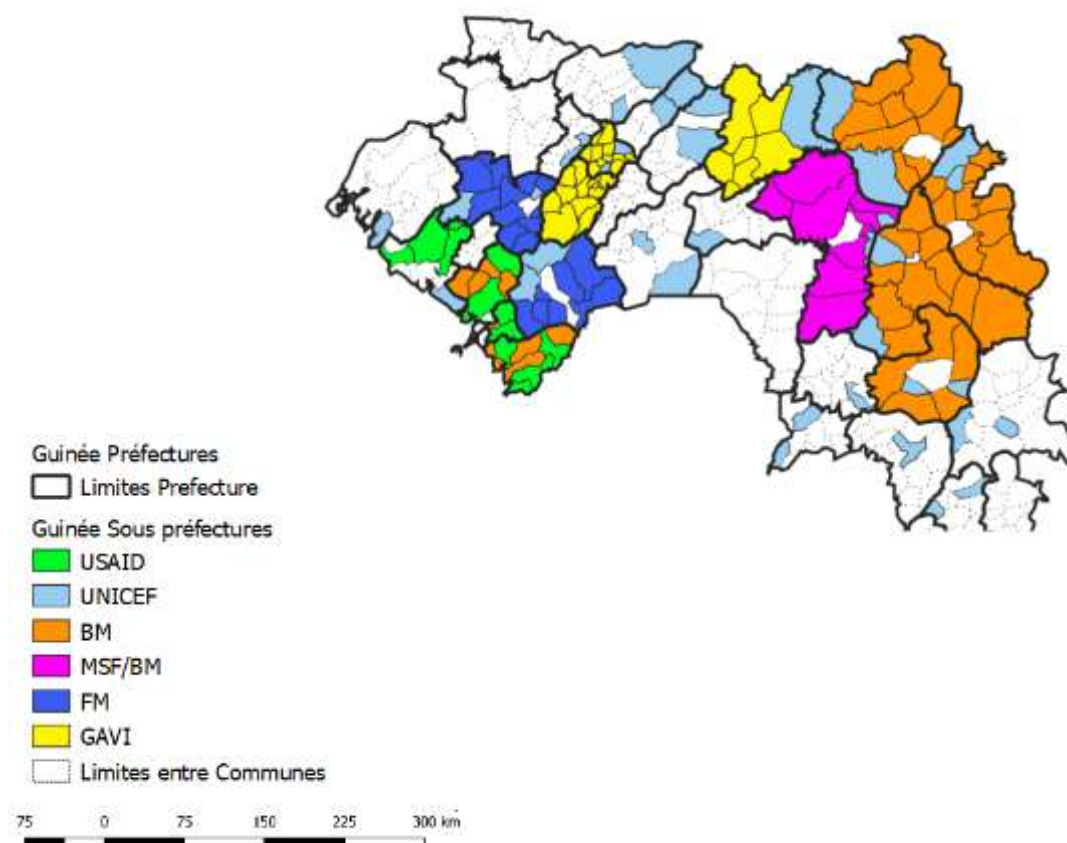
II. II.2 Résultats de l'analyse de la revue documentaire

1.2 Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société civile dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes pour l'accès des populations clés et vulnérables aux services de santé (et de façon spécifique à chaque maladie)

Les acteurs communautaires et la société civile occupent une place primordiale et leur rôle est devenu officiel avec l'adoption du document de politique pour le développement de la santé communautaire en juillet 2017. Ainsi, la société civile est présente dans les organes de gouvernance et de décision tels que le CNLS, le CCM, etc. Par ailleurs, le plan de développement sanitaire de la Guinée 2018-2022 prévoit l'utilisation des agents de santé communautaires comme une stratégie pour combler le déficit et l'inégale répartition des ressources humaines de santé en Guinée. Dans la quasi-totalité des plans stratégiques nationaux, la place et le rôle des agents de santé communautaire et de la société civile est décrite. On citera, sans s'y limiter :

- **Le Plan stratégique de santé communautaire (2018-2022)** : élaborée dans le but d'obtenir un cadre de référence pour les activités de santé au niveau communautaire.
- **Le plan stratégique du VIH/Sida** met l'accent sur le recrutement et l'extension des APS communautaire dans les suivis et la rétention des PVVIH, le dépistage communautaire du VIH, la dispensation communautaire des ARV avec les PODI, etc.
- **Le Plan d'accélération sur la prise en charge pédiatrique du VIH en Guinée 2017-2020** met l'accent sur le renforcement de la mobilisation communautaire pour la prise en charge pédiatrique de qualité, la définition et la mise en œuvre du paquet de soins communautaires de prise en charge pédiatrique, le renforcement des capacités des APS communautaires et des associations impliquées dans la lutte contre le VIH ;
- **Le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2018-2023)** met en exergue la prise en charge communautaire à domicile des cas (PECADOM).
- **Le Plan d'action national de planification familiale de la guinée (2019-2023)** met l'accent sur l'extension de la stratégie à base communautaire (SBC) pour l'injectable sous-cutané et l'auto-infection dans 8 Direction préfectorales de la santé (DPS) par an (DMPA-SC, etc.)

➔ Cartographie des RECO et ASC en Guinée



Source⁶ : Direction Nationale de la santé communautaire et de la médecine traditionnelle : État Actuel de mise en œuvre de la sante communautaire en Guinée, consulté en ligne le 19 février 2020

Tableau 1 : des ASC fonctionnels au 31 Décembre 2019.

Santé communautaire	Prévu	Opérationnel	Recrutement en cours en 2020	Total
Nombre communes	342	69	54	123
Nombre de RECO (relais communautaires)	19.000	2 904	2 672	5.576
Nombre d'ASC (agents de santé communautaires)	1.900	299	263	562

Source : Rapport CRS, 23 Janvier 2020

Tableau 2 : Répartition des ASC et RECO et des sites par partenaires (Rapport CRS 23 Janvier 2020)

	UNICEF	JHPIEGO	CRS/FM	BANQUE MONDIALE	GAVI	Total
Districts Préfectoral de Santé	24	4	2	3	3	36
Communes	40	11	18	10	30	109

⁶ Voir a l'adresse suivante pour la mise à jour <http://communityhealth.sante.gov.gn/#/7/11.636/-10.767>

ASC	186	35	75	62	134	492
RECO	1855	343	747	619	1341	4 905
Période	2018-2019	2019-2020	2019-2020	2020	2020-2021	

Tableau 3 : Typologie des acteurs communautaires :

Acteur	Implication dans la maladie
ASC : Agent de santé communautaire	VIH, TB, Paludisme, SSR/PF
RECO : Relais communautaire	VIH, TB, Paludisme, SSR/PF
ACS : animateurs communautaires de la santé	
APS	VIH,
Groupes d'action communautaire	Paludisme,

1.1. Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société civile dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes pour l'accès des populations clés et vulnérables aux services de santé (et de façon spécifique à chaque maladie)

Tableau 4 : Synthèse de la participation des organisations communautaires dans les processus nationaux

Domaines	Détails
Instances de coordination	<ul style="list-style-type: none"> Participation aux instances du Haut Conseil National de lutte contre le Sida (SECNLS) Participation aux organes de l'Instance de coordination (ICN) pour le suivi stratégique des subventions et l'accès aux ressources du Fonds mondial
Processus de planification stratégique	<ul style="list-style-type: none"> Participation à la revue des programmes Participation au processus de planification stratégique et opérationnelle (VIH, Paludisme, Tuberculose, Santé communautaire)
Mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> Participation à la demande des financements du Fonds mondial Mobilisation des ressources auprès de leurs partenaires internationaux
Mise en œuvre des programmes	<ul style="list-style-type: none"> Participation aux activités de supervision Mise en œuvre des activités (suivant les domaines de compétences)
Suivi-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Certaines données communautaires sont intégrées dans le système d'information sanitaire sur le paludisme et dans une moindre mesure la tuberculose et le VIH/Sida

Dans la politique de santé communautaire de la Guinée, il existe tout d'abord un organe de gestion du centre de santé, le Comité de Santé et d'Hygiène (CoSaH), qui assure la liaison entre la structure sanitaire. Deux acteurs principaux sont en ligne de front : les relais communautaires qui assurent les activités préventives et promotionnelles et les ASC qui assurent les activités de type préventif, promotionnel et curatif. Notons que depuis 2016-2017 a démarrée la mise en œuvre de la stratégie à base communautaire avec 18.234 AC.

En mai 2017, la loi AN 017, a révisé le code des collectivités pour un transfert de 14 compétences dont la compétence en santé aux collectivités locales. En Juillet 2017, la Guinée adopte la politique nationale de santé communautaire avec ses documents normatifs guide harmonisé de mise en œuvre, plan stratégique, plan de suivi évaluation, manuels de formations, outils de collecte des données), conformément aux recommandations du sommet des chefs d'États à la conférence d'Adis-Abeba qui a adopté le recrutement de 2 millions d'ASC en Afrique. En Avril 2018, la Guinée lance conjointement son PNACC et la santé communautaire. Ces ASC constituent une solution pour combler l'insuffisance des ressources humaines en santé tout en contribuant à l'accès des populations les plus éloignées aux services de santé primaire. Ces acteurs communautaires sont formés à assumer une variété de tâches de soins dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme qu'on résume dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Rôles des acteurs communautaires dans le VIH, la TB, le paludisme et la SSR

	Acteurs	Rôle
VIH	<ul style="list-style-type: none"> APS ONG Observatoire (est une ONG) 	<ul style="list-style-type: none"> Conseil au dépistage, aide à l'annonce du résultat au conjoint, Conseil à la mise sous ARV et à l'observance du traitement, Suivi auprès des patients par des visites à domicile, la recherche des perdus de vue ou des patients qui manquent un rendez-vous. Aident aussi à la rétention en traitement des PVVIH
Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> ASC 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation, identification et orientation des cas présumés vers les centres de prise en charge de TB Recherche des cas contacts; Suivi communautaire des TB et TB/VIH Recherche des irréguliers au traitement TB
Paludisme	<ul style="list-style-type: none"> ASC OBC ONG 	<ul style="list-style-type: none"> Distribution de MILDA dans les ménages par les ASC, les OBC/ONG ; Assurer le renouvellement des MILDA usées dans les ménages. Distribution des carnets seront produits et distribués aux ménages pour le suivi de la disponibilité, de l'utilisation et le remplacement des MILDA usagées. Traitement préventif intermittent à la SP Communication pour le changement social et de comportement /Mobilisation sociale par les ASC, les ONG Distribution de la chloroquine pour le traitement à domicile du paludisme dans les villages éloignés
SSR/PF	<ul style="list-style-type: none"> ASC 	<ul style="list-style-type: none"> Organisation de campagnes de sensibilisation concernant la PF, impliquant les communautaires Organisation de séances de dialogue communautaire par région 2 relais par village font la communication pour le changement de comportement en SR/PF et l'offre de méthodes contraceptives relevant de leurs compétences y compris l'initiation à la prescription des pilules et l'injectable sous-cutané

1.2. Contribution des acteurs communautaires et de la société civile dans les résultats de la lutte contre les maladies concernées.

Cf. Voir dans les résultats dans chaque approche innovante.

2.4 Liste des bonnes pratiques communautaires en Guinée

Malgré des progrès toujours plus importants, certains services de santé vitaux ne sont pas encore accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin. Que ce soit au niveau du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme, les anciens modèles de soins, en milieu hospitalier, ont abouti à des prises en charge indifférenciées ne correspondant pas aux besoins particuliers des individus, et n'ont souvent pas pris ces facteurs suffisamment en compte. Cependant, certains sites ont mis au point des méthodes prometteuses visant à optimiser la prestation des services et à adapter la prise en charge aux besoins et aux contraintes des patients. Comme le montrent les exemples cités dans ce guide, le recours à ces méthodes a contribué à améliorer la santé des patients ainsi que la couverture et la qualité des services, tout en optimisant l'utilisation des ressources.

Approches innovantes au niveau du VIH/Sida

Nom de la structure	MSF
Nom de l'approche	(1) Délégation des tâches aux Animateurs Psychosociaux (APS) ⁷
Domaine de prestation de services	PTME/ Prise en charge globale du VIH
Contexte et justification de l'approche	
Une des solutions recommandées par l'OMS ⁸ pour pallier la pénurie de personnel de santé et améliorer la qualité des soins aux PVVIH est le transfert de certaines tâches liées au dépistage du VIH à des agents de santé communautaire ou à des conseillers communautaires - appelés en Guinée « animateurs/animateuses psychosociaux » qui sont des patients-experts, des accompagnants psychosociaux ou conseillers-pairs ⁹ lorsqu'il s'agit des PVVIH. La prise en charge psychosociale, l'observance au traitement ARV et la rétention au traitement des PVVIH est un enjeu crucial pour l'atteinte des 90-90-90. En Guinée, Le programme	

⁷ MSF. (2016). *Le prix de l'oubli - Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte contre le VIH*. Récupéré sur [www.msf.org](https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016_04_hiv_report_fr.pdf): https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016_04_hiv_report_fr.pdf

⁸ OMS. (2016). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing hiv infection recommendations for a public health approach second edition 2016*. Consulté le 22 Janvier 2020, sur https://apps.who.int/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1

⁹ Ibid

National de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH/Sida (PNPCSP) a élaboré le Guide de l'accompagnement psychosocial des PVVIH en 2016 qui décrit les normes et procédures de l'accompagnement psychosocial des PVVIH. Cet accompagnement est mis en œuvre dans la pratique par des membres d'associations de patients PVVIH ou des bénévoles associatifs issus de petites organisations à base communautaires, appelés APS et médiatrices.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Recrutement : Ils/elles sont recruté(e) Parmi les pairs PVVIH. L'expérience a commencé, en 2014 avec 41 APS associatifs sur la subvention du Fonds mondial. La subvention de 2017-2019 a ajouté 590 médiatrices (recrutées parmi les mères qui ont participé à la PTME) pour accompagner les autres femmes à réussir la PTME :

Formation : Ces agents sont formés à l'utilisation de tests de diagnostic rapide pour offrir de manière autonome des services de dépistage sûrs et efficaces

Rôles : Deux APS/médiatrices par entre de santé qui sont eux-mêmes des PVVIH font le lien entre la communauté et les établissements de santé (et vis-versa) aident les patients à surmonter les obstacles du système de santé et à avoir accès aux services essentiels suivant du VIH : Des test de dépistage au sein de la communauté et des structures médicales ainsi que des conseil pré et post dépistage, aide à l'annonce du résultat au conjoint, éducation thérapeutique à la mise sous ARV, conseil à l'observance du traitement et sur les effets secondaires, suivi auprès des patients (appels téléphoniques et des visites à domicile), La sensibilisation des patients dans les salles d'attente, la recherche des perdus de vue ou des patients qui manquent un rendez-vous, l'organisation de groupe de parole (ou groupe d'auto-support). Ils/elles aident aussi à la rétention en traitement des PVVIH. **Ces agents sont des chevilles ouvrières pour l'atteinte des 90-90-90 par une approche centrée sur les patients.**

Conditions pour la réussite de la délégation des tâches aux APS

- La reconnaissance du rôle des conseillers ; l'harmonisation de leur rémunération, du cursus de formation et de leur description de poste ; et l'appui technique et financier à leur fournir.
- La formation et la supervision de ces conseillers par des professionnels.
- Le développement d'une stratégie à long-terme pour les RH en santé qui inclurait les services d'accompagnement psychosocial réalisés par les conseillers, avec un soutien des bailleurs pour le planning, leur intégration dans la politique de santé et leur financement.

Résultats

Les avantages au niveau du système de santé et vis-à-vis des patients constituent en soi les résultats

Avantage pour le centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> 1^{er} 90 : Les APS augmentent les points d'entrée et services de dépistage et, partant augmentent le nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique. Cela permet de réduire la charge de travail du personnel soignant, permet la détection précoce des cas au niveau de la communauté et de référer les PVVIH pour une prise en charge médicale 2^e 90 : Le conseil à la mise sous traitement et l'éducation thérapeutique et le suivi communautaire (par appel téléphonique, recherche de perdu de vue, visite à domicile) peuvent contribuer à réduire le nombre de patients perdu de vue et assurer la rétention surtout quand le APS est un PVVIH car le patient voit ses pairs vivre positivement avec la maladie 3^e 90 : Les conseils donnés par les APS pour l'éducation thérapeutique permettent l'observance du TARV et la suppression de la charge virale. Admettant un mauvais résultat de la charge virale, le APS peut intervenir pour comprendre et proposer des solutions au patient pour un meilleur résultat dans un futur proche.
Avantage pour les patients	<ul style="list-style-type: none"> Les APS créent un lien entre les structures de santé et le suivi au niveau communautaire, garantissant la continuité des soins et soutien des PVVIH. Ils assurent également les liens privilégiés avec les populations clés et à haut risque surtout lorsqu'eux-mêmes font partie de la communauté LGBTQ Réduction des coûts de transport et de soins quand les services (groupe

	<ul style="list-style-type: none"> d'auto-support associatif, visite à domicile) se déplacent vers le patient Réduction de la charge de travail du personnel soignant,
Leçons apprises	<ul style="list-style-type: none"> Les approches différenciées et une combinaison de plusieurs stratégies donnent plus de choix pour le patient et ainsi d'organiser son traitement autour de sa vie familiale, sociale et professionnelle. Cette approche doit être combinée à des mesures permettant de faciliter l'accès aux soins pour les patients, telles la prise en charge gratuite des patients, la prise en charge gratuite d'un paquet de soins des infections opportunistes, la réduction du temps d'attente pour leur suivi, l'éducation thérapeutique, et le soutien par d'autres PVVIH.

Source : MSF. (2016). Le prix de l'oubli - Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte contre le VIH

Nom de la structure	ONG FMG (Fraternité Médicale Guinée)
Nom de l'approche	(2) Dépistage et prise en charge holistique communautaire du VIH chez les populations clés (PS, HSH et UDI)¹⁰ Projet : Frontières Et Vulnérabilité au VIH en Afrique de l'Ouest, (2011-2020)
Domaine de prestation de services	Populations clés (Travailleuses du sexe, HSH, UDI) et populations vulnérables (pêcheurs, routiers,)
Contexte et justification de l'approche	
<p>Le projet FEVE a démarré en 2011 en Guinée avec FMG et se poursuit jusqu'en 2020. A ces débuts en 2011, le contexte était marqué par la sortie de la transition militaire et le début d'un gouvernement démocratiquement élu à la fin 2010 en Guinée. Le système de santé déjà faible dans toutes ses composantes souffre d'un sous financement. Le financement de la lutte contre le VIH était, et continue d'être tributaire du Fonds mondial comme le principal bailleur de fonds. Au niveau communautaire, les actions les plus significatives en matière de lutte contre le VIH provenaient des ONG internationales. Parmi ces actions, l'on peut citer le projet FEVE de FMG pour le dépistage des populations vulnérables, Médecins Sans Frontière (MSF) avec son centre de traitement ambulatoire et son dispositif de prise en charge globale décentralisée dans les centres de santé et centres médicaux communaux ou le centre DREAM (créé par la communauté Sant'egidio) pour ses actions de dépistage surtout la PCR dans son laboratoire de Conakry. On pourrait également ajouter les interventions d'ASFEGMASSI et la Fondation de la Première dame. 2011 était aussi marquée par le désengagement de MSF à Gueckedou et l'arrêt annoncé de l'inclusion de nouveaux patients dans la cohorte de MSF dans la localité de Hafia minière alors que MSF s'occupait à l'époque de près de 20% à 40% des patients sous ARV dans le pays. L'autre partenaire international important, le centre DREAM de Conakry, avait également ralenti sa cohorte en 2011.</p> <p>C'est dans ce contexte que FMG s'est vu prendre toute la responsabilité de poursuivre la prise en charge clinique et communautaire sur ses sites aussi bien en direction des populations générales, des PVVIH que des populations clés et vulnérables. Cette ONG était à cette époque l'unique acteur à s'occuper des populations clés, notamment les PS, MSM et UDI dans les villes où le projet FEVE était mis en œuvre¹¹.</p> <p>Depuis 2011 jusqu'en 2020, FMG a mis en place des approches innovantes en matière de lutte contre le VIH en Guinée. Nous retenons ici son approche pour le dépistage des populations clés et vulnérables.</p>	
Méthodologie /stratégies de mise en œuvre	
<p>Dans le but d'apporter sa contribution à l'atteinte du premier objectif des « 90-90-90 », l'ONG Fraternité Médicale Guinée (FMG) a fait du dépistage, une activité phare avec une grande priorité accordée aux populations clés, notamment : les PS, les HSH, les usagers de drogues (UD) et les détenus. Au côté des populations susmentionnées viennent les clients des PS, les populations frontalières et les populations mobiles. Un développement sur l'approche innovante des populations transfrontalières et migrantes est</p>	

¹⁰ FMG. Rapport annuel d'activités 2011. Février 2012

¹¹ Selon le rapport annuel d'activités 2011 de FMG de Février 2012 , page 10

consacré dans le prochain box (voir infra). Dans son approche, FMG met en œuvre ses activités de dépistage tant au niveau des structures de santé intégrées que dans la communauté. Elle utilise pour ce faire, deux stratégies de dépistage du VIH et des IST :

- **La stratégie fixe dans les cliniques** : Elle est réalisée dans six (6) structures de santé : Hafia Minière (Conakry), Sabèndè (Fria), Kassopo et Dabiss (Boké), Tanènè (Dubréka), et Saréboïdo (Koundara). La prise en charge médicale des MSM se fait dans le SA de Hafia Minière – FMG et le centre communautaire Fonds mondial
- **La stratégie mobile et avancée à travers les cliniques mobiles et les campagnes de masse** : Elle se fait suivant deux (2) approches, à savoir la clinique mobile et les campagnes de masses.
- **La clinique mobile**: C'est un dispositif qui consiste à déployer dans les sites de commerce de sexe, une équipe multi disciplinaire afin de consulter et traiter les IST chez les PS et de distribuer les préservatifs. Cette activité se tient de façon régulière à Conakry et Kamsar. FMG estime que les cliniques mobiles ont toujours été mises à profit pour référer les nouvelles PS et celles porteuses d'IST pour le suivi, mais aussi le dépistage du VIH, car l'équipe estime que le cadre n'est pas souvent adapté au counseling pré et post test. L'activité est aussi mise à profit pour la sensibilisation, la promotion et la distribution du préservatif.
- **Les Campagnes de masse** : A toutes les campagnes, il est mis en place un dispositif de consultation des femmes pour diagnostiquer et traiter les IST et le dépistage des IST chez les hommes à partir de la bandelette LED. Tous les cas d'IST diagnostiqués lors de ces activités sont traités sur la base de l'approche syndromique des IST. En plus du dépistage, les actions suivantes sont menées pour rendre la prise en charge holistique :
 - La promotion et la distribution des **préservatifs** se fait dans l'ensemble des sites, lors des activités en stratégie fixe et mobile. Au total, 153 214 préservatifs masculin ont été distribués en 2018 pour la prévention contre les IST et le VIH lors des activités suivantes : consultations médicales fixe et/ou mobile; causeries éducatives sur site; groupes de paroles; counseling post test et à chaque fois que les bénéficiaires viennent exprimer la demande.
 - La **prise en charge psychosociale** est offerte aussi bien dans les centres de santé, les hôpitaux qu'au niveau communautaire lors du suivi médical, les causeries éducatives, les groupes de parole, des visites à domicile, de la recherche des perdus de vue et le suivi inter et intra-hospitalier. Les prestataires de santé et les acteurs communautaires interagissent régulièrement dans la mise en œuvre de cette activité. Elle est gage de l'acceptation du statut sérologique par le patient et d'une meilleure observance au traitement.
 - Une étude sur l'état des lieux de la consommation des drogues à Conakry. 326 sites ont été géo référencés dans les cinq communes qui composent la ville de Conakry pour une taille estimée de 899 UD dans la capitale. Ainsi on dénombre respectivement 383 usagers de drogues à **Ratoma**, 149 à **Dixinn**, 148 à **Matoto**, 136 à **Matam** et 83 dans la commune de **Kaloum**.

Résultats

Résultats du dépistage du VIH par cible en 2018

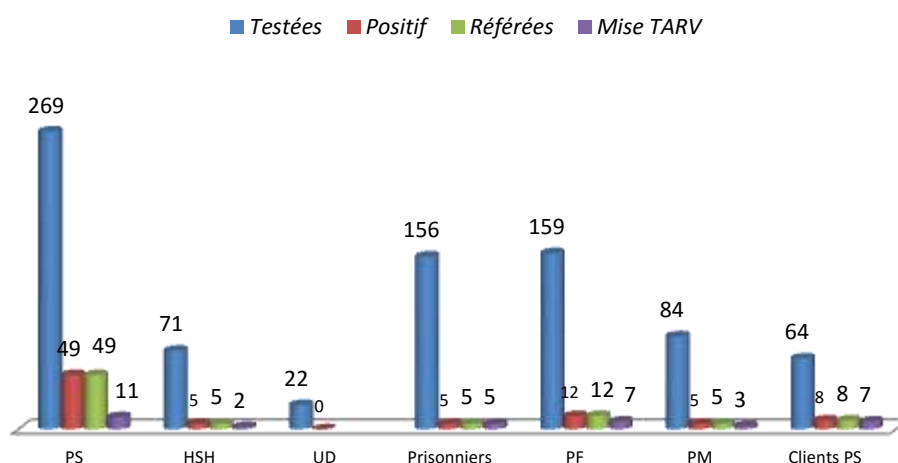


Figure 1 : Données sur le dépistage du VIH par cible/ graphique tiré du rapport FMG 2018

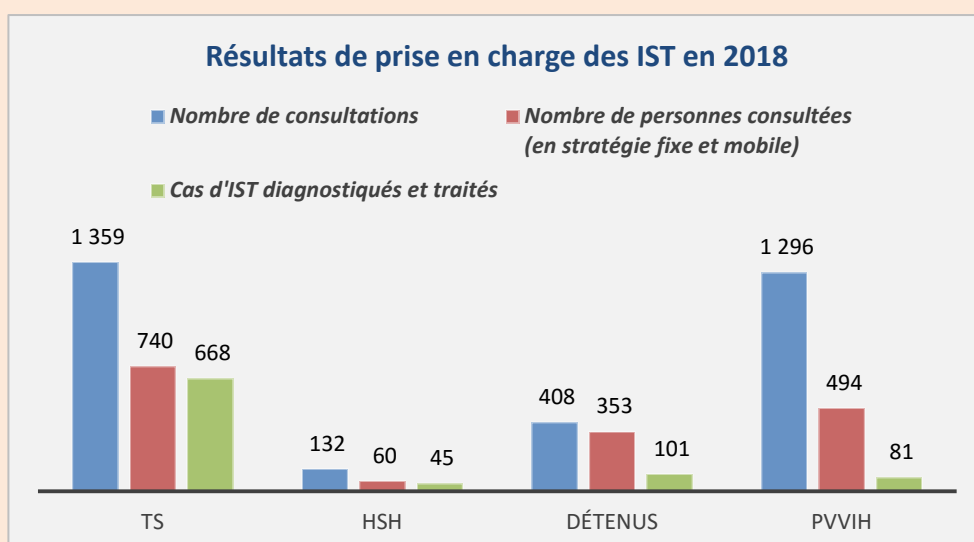


Figure 2 : Données sur le dépistage des IST par cible/ Graphique fait à partir des données du rapport FMG 2018

Usagers de drogues

L'étude sur l'état des lieux de la consommation de drogue à Conakry entamée en consortium avec RAJ-GUI et PSI a été achevée courant 2018 a permis de géo référencer 326 sites dans les cinq communes qui composent la ville de Conakry. L'estimation brute de la taille a été faite par les leaders et gérants lors de la visite et du des sites.

Commune	Nombre d'UD
Ratoma	383
Dixinn,	149
Matoto	148
Matam	136
Kaloum	83
Total Conakry	899



Carte 1 : Sites de consommation de drogue à Conakry

Avantage pour les patients

- Le projet FEVE permet d'augmenter les points d'entrée et services de dépistage et donc contribue à l'atteinte du 1^{er} 90 (augmentation du nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique). Cela permet la détection précoce des cas au niveau de la communauté et de référer les PVVIH pour une prise en charge médicale.

Avantage pour le système sanitaire

- Le projet FEV crée un lien entre les structures de santé et la communauté (via les stratégies mobiles et les outreach), garantissant ainsi la continuité des services de santé et l'accès aux services de dépistage, de soins et traitement du VIH et des IST. Il assure également les liens privilégiés avec les populations clés et à haut risque.
- Ce projet permet de réduire la charge de travail du personnel soignant.
- Les coûts de transport et de soins sont réduits quand les services de dépistage du VIH et de diagnostic et traitement des IST se déplacent vers le patient dans la communauté.

Leçons apprises	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'implication des acteurs communautaires locaux qui connaissent le terrain et entretiennent de bon rapport avec les autorités est une approche qui facilite la réalisation des actions; ▪ L'adhésion de l'ensemble des acteurs et bénéficiaires (PS, tenanciers de bars) à la philosophie du projet FEVE est la base pour l'appropriation du projet; ▪ L'interaction entre le projet FEVE et d'autres projets partenaires ou services de santé pour rendre effective la prise en charge holistique du patient est un point fort non négligeable ▪ Le travail d'équipe entre les prestataires de soins et les acteurs communautaires est une opportunité à maintenir, ▪ L'existence d'associations de PVVIH impliquées et d'autres OCB dans la mise en œuvre des activités de lutte est une plu- value importante.
------------------------	---

Nom de la structure	ONG FMG (Fraternité Médicale guinéenne)
Nom de l'approche	(3) Prise en charge du VIH dans les populations transfrontalières : Projet : Frontières Et Vulnérabilité au VIH en Afrique de l'Ouest, (2011-2020)
Domaine de prestation de services	Populations clés (Travailleuses du sexe)
Contexte et justification de l'approche	
<p>Débuté en 2011 le projet FEVE (Frontières et Vulnérabilités au VIH en Afrique de l'Ouest) est à sa troisième phase (FEVE 3) depuis 2016. L'une des approches phares de FMG, ce sont les activités transfrontalières de dépistage du VIH. Le projet FEVE s'est retrouvé, depuis 2011, sur un terrain vierge où tout lui est attendu en particulier sur les groupes vulnérables¹². En dehors des actions ponctuelles que mènent les organismes relais appuyés par le PNUD, l'ONUSIDA et l'UNFPA dans le cadre des microprojets, rares sont les actions orientées vers les groupes vulnérables. En plus des populations clés, FMG intervient sur la frontière avec la Guinée Bissau pour le dépistage du VIH, le diagnostic et le traitement des IST. Quelle est sa stratégie de mise en œuvre?</p>	
Méthodologie /stratégies de mise en œuvre	
<p>Les activités frontalières se déroulent le long des frontières terrestres avec la Guinée Bissau et des frontières maritimes dans le débarcadère de Kamsar. Pour une meilleure coordination de la prise en charge des patients de part et d'autre des deux frontières, les campagnes de dépistage se font concomitamment avec le projet FEVE Guinée Bissau. Elle débute généralement par une prospection des lieux, la mobilisation communautaire et la préparation du terrain avant les campagnes. En 2018, il a été réalisé deux campagnes frontalières de sensibilisation et dépistage du VIH et des IST de façon conjointe entre la Guinée-Conakry et la Guinée-Bissau, notamment FEVE Guinée et FEVE Guinée Bissau dans la région de Tombali, secteur de Cacine. L'activité a été réalisée dans trois localités, pour la première campagne à savoir : Kadico (zone de pêche), Berlin (marché hebdomadaire) et Cacine centre (zone de pêche). Les résultats sont présentés dans la partie résultats. La deuxième campagne de sensibilisation et de dépistage a été réalisée dans les zones de kandika (Koundara) et buruntuma (Guinée bissau). Ces zones sont toutes frontalières avec d'importants facteurs de vulnérabilité tant géographique que comportemental. L'activité a été co-organisée avec l'équipe d'Enda Bissau, notamment le bureau régional de Bafata. Un des défis en matière de lutte transfrontalière contre le VIH est la coordination des acteurs entre les pays frontaliers pour mieux gérer les références et contre références, les résultats des traitements, les perdus de vue, etc. FMG a participé aux actions de coordination transfrontalières suivantes pour surmonter ces défis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'atelier de partage et d'harmonisation des approches d'intervention entre FEVE Guinée et Enda Bissau, 	

¹² Ibid.

- Le forum social mondial au mois de février 2011 à Dakar : Un panel a regroupé le chargé du VIH à l'OOAS, les représentants pays de FEVE, le CNLS Sénégal et l'équipe d'Enda Santé
- la participation au forum social tenu à Dakar en février 2011 où un panel avait regroupé plusieurs acteurs internationaux sur le VIH/SIDA,
- le comité de pilotage du projet régional qui a regroupé en plus des 8 pays que couvre le projet FEVE, plusieurs partenaires publics, privés, nationaux et internationaux (ONUSIDA, CNLS, PNLS, OOAS...) tenu à M'Bour au mois de novembre 2011,
- L'atelier transfrontalier qui a réuni FEVE Guinée, Guinée Bissau, Cap Vert, Sénégal et Mali tenu à Praia au mois de décembre 2011
- et l'atelier de restitution des résultats de la campagne de prévention et de traitement des IST/VIH/Sida de Kamsar devant le secrétaire général du ministère de la santé et de plusieurs responsables préfectoraux et régionaux de la santé des sites d'intervention de FEVE;
- Le comité de pilotage régional du projet FEVE à M'Bour : La Guinée était représentée à cette importante rencontre par le secrétaire exécutif du CNLS et le coordinateur du projet FEVE Guinée. A l'image des autres pays, FEVE Guinée a présenté deux communications : les priorités nationales dans la lutte contre les IST/ VIH (prise en compte des groupes vulnérables et des situations transfrontalières) et les Forces, Défis et Menaces de FEVE Guinée.
- L'atelier de restitution des résultats de la campagne de dépistage et de traitement des IST/VIH à Kamsar. L'atelier a permis de présenter FMG et ses actions au niveau national mais aussi d'insister sur l'apport du projet FEVE dans la riposte au VIH en Guinée et dans la sous-région.
- Participation à l'atelier régional de mise à niveau sur le dispositif de suivi-évaluation du programme FEVE 3. Après une période de test d'une année et demie (Juillet 2016- Décembre 2017) du dispositif de suivi-évaluation, la coordination régionale a procédé à une évaluation du système sur l'ensemble du réseau.

Résultats

Avant la mise en œuvre de l'approche

Après la mise en œuvre de l'approche
[Plus-value]



Absence d'activités de dépistage transfrontalière. Méconnaissance de l'épidémiologie des populations telles que les pêcheurs et les populations mobiles

La campagne a permis d'obtenir les résultats ci-dessous

Nationalité	Testés au VIH	Positif	Pourcentage
Guinéenne	57	3	5.26%
Bissau Guinéenne	608	58	9,53%
Autres	3	1	33.33%

Profession des testés	Testés au VIH	Positif	Pourcentage
Population Mobile	228	33	14,47%
Population frontalière	440	29	6.59%
Total	668	62	9.28%

Source : FMG. Rapport annuel d'activités 2018 du projet FEV

Avantage pour les patients

- Le projet FEVE permet d'augmenter les points d'entrée et services de dépistage et donc contribue à l'atteinte du 1^{er} 90 (augmentation du nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique). Cela permet la détection précoce des cas au niveau de la communauté et de référer les PVVIH pour une prise en charge médicale.

Avantage pour le système sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> Le projet FEV crée un lien entre les structures de santé et la communauté, garantissant ainsi la continuité des services de santé et l'accès aux services de dépistage, de soins et traitement du VIH et des IST. Il assure également les liens privilégiés avec les populations clés et à haut risque. Ce projet permet de réduire la charge de travail du personnel soignant. Les coûts de transport et de soins sont réduits quand les services de dépistage du VIH et de diagnostic et traitement des IST se déplacent vers le patient dans la communauté.
Leçons apprises	<ul style="list-style-type: none"> L'implication des responsables des programmes nationaux et des décideurs en matière de santé a donné une grande visibilité au projet FEVE Dans chacun des sites, les activités sont réalisées avec l'implication des acteurs locaux et soutenues par la coordination du projet. Les enquêtes sur les connaissances du projet par les bénéficiaires permettent d'apprécier leur niveau de satisfaction et de s'assurer de la pérennité des actions menées

Source : Rapport annuel d'activité de FMG 2011 et 2019

Nom de la structure	MSF/Belgique
Nom de l'approche	(4) Stratégie de l'espacement des RDV [R6M]
Domaine de prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> Espacement des RDV pour les patients stables
Contexte et justification de l'approche	
<p>En Guinée, le modèle de l'espacement des RDV a été adopté en 2013 comme solution face aux problèmes de rétention des patients sous ARV dans un contexte où le taux de dépistage et d'initiation au traitement étaient faibles. À cela s'ajoutait la nécessité de désengorger les centres de prise en charge des PVVIH, de réduire la charge du suivi de ces personnes pour le personnel, mais également de réduire le fardeau pour ces patients en termes de coûts de transport, de fréquence des visites médicales et de temps d'attente pour la récupération des ARV. Face à l'épidémie d'Ébola en Guinée entre Décembre 2013 et juin 2016 qui a occasionné l'interruption des soins et du traitement des PVVIH avec, notamment une augmentation sans précédent du nombre de perdus de vue, un projet pilote a été mis en place par MSF à Conakry au cours de 2014 et 2015 pour les patients qui étaient sous traitement ARV et stables (c'est-à-dire dont la charge virale était inférieure à 1.000 et au stade clinique 1 ou 2 de l'OMS).</p>	
Méthodologie /stratégies de mise en œuvre	
<p>La fréquence des visites à la clinique est réduite à des bilans semestriels (d'où l'acronyme «R6M » pour «rendez-vous tous les 6 mois). Les patients de la capitale pouvaient renouveler leur prescription en ARV chaque trimestre sans visite à la clinique nécessaire ; ceux venant de l'extérieur de Conakry recevaient des ARV pour six mois. La stratégie d'espacement des rendez-vous pour les patients stables permet de pallier l'éloignement des sites de traitement antirétroviral dans certaines régions du pays.</p>	

Critères de sélection pour le R6M : Pour être sélectionné, le/la patient-e doit :

1. Être âgé-e de plus de 15 ans
2. Être sous traitement de 1^{ère} ligne depuis au moins 6 mois
3. Avoir une charge virale de moins de 1000 copies/ml ;
4. Être au stade clinique 1 et 2 de la maladie (selon les critères de l'OMS)
5. Ne pas avoir d'infection opportuniste
6. Ne pas être une femme enceinte

Le R6M c'est



Conditions de réussite du R6M :

- Une chaîne d'approvisionnement en ARV permettant la dispensation d'un traitement sur 6 mois
- Une bonne couverture nationale de la mesure de la charge virale. À défaut, les critères cliniques et immunologiques peuvent être appliqués
- Une intégration progressive et constante des patients éligibles à passer au R6M

Résultats

Après 12 mois	Toujours sous TAR	Perdus de vue	Décédées	Transférés
Patients sous R6M (n= 630)	603 95.7%	20 (3.2%)	5 (0.8%)	2 (0.3%)
Patients n'étant pas sous R6M (n= 467)	403 86.3%	57 (12.2%)	4 (0.9%)	3 (0.6%)

Source : MSF, rapport le prix de l'oubli, Avril 2016

Bien qu'ayant été confronté au départ à la résistance du personnel soignant, ce modèle a démontré son impact positif sur la rétention dans les soins. Les résultats ont été encourageants : 96 % des patients participant au projet pilote étaient encore sous TAR après six mois. La différence dans la rétention en traitement après 12 mois était également significative, avec 96 % et 95,8% après 24 mois contre 62% de la cohorte générale qui ne participait pas au R6M. De plus, il y a eu une réduction marquée de la charge de travail dans les établissements de santé.

Avantages pour les patients

- La réduction de la fréquence des visites, du coût de transport et du temps d'attente dans les centres de santé ;
- La réduction de la stigmatisation grâce à une fréquentation réduite des centres de santé qui va entraîner une diminution des soupçons qui pèsent sur les patients assis devant le bureau du personnel médical de prise en charge des PVVIH

Avantages pour le système de santé

- La réduction du coût pour le système de santé
- La réduction de la charge de travail pour le personnel de santé qui peut se concentrer sur les patients présentant des complications et sur la mise sous ARV des nouveaux patients ;
- Une amélioration du taux de rétention à 95.8% après 24 mois contre 62% de la cohorte générale non incluse dans le projet R6M ;
- Une réduction du taux des perdus de vue de 60% sur 24 mois comparé au groupe contrôle.

Réduire la fréquence des visites de consultations et prescrire les renouvellements des médicaments sur de plus longues périodes aide à améliorer la rétention et l'observance du traitement ainsi que la charge de travail des professionnels de la

Leçons apprises

santé. Cette approche aide également à freiner les interruptions de traitement dans une situation de crise, y compris les conflits et les déplacements quand l'accès aux services de santé est perturbé. Le gouvernement guinéen adopté ce modèle sur la base de cette expérience dans son plan stratégique. L'expérience en Guinée confirme les résultats des études menées ailleurs¹³ et est conforme à la recommandation de l'OMS de réduire la fréquence des visites à la clinique et des renouvellements de prescription pour les patients stables sous TAR.

Source : MSF. (2016). *Le prix de l'oubli - Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte contre le VIH*

Nom de la structure	PSI Guinée (Population Services International) puis PLAN International Guinée
Nom de l'approche	(5) Centres conviviaux [Drop In Center] pour les populations clés/Centres de services adaptés
Domaine de prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention, traitement, soins et soutien des populations clés ■ Lutte contre la stigmatisation/discrimination et promotion des droits humains des populations clés.
Contexte et justification de l'approche¹⁴	
<p>Selon le cadre stratégique national VIH (2018-2022) de la Guinée, il y a une faible utilisation des services de prévention par les populations clés (HSH, TS, UDI,) et vulnérables (miniers, notamment). Suivant la taille estimée de la population des HSH (423 en 2017) et la prévalence du Virus dans ce groupe (11,4%), environ 162 HSH portent le VIH. Les HSH faisant eux aussi partie de la population générale, on peut estimer à 62 ceux qui connaissaient déjà leur statut PVVIH. Seulement un HSH sur trois (33%) a une connaissance exacte des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH et rejette les principales idées fausses sur la transmission du virus. Toute fois la connaissance globale est plus enlevée chez les HSH âgés de 25 ans et plus (43,3% contre 29,1% chez ceux âgés de 15 à 24 ans). La proportion des HSH âgés de 18-24 ans qui utilisent systématiquement le préservatif est supérieure à celle des HSH de 25 ans et plus (37,7% contre 24%). En 2017 l'accès au programme s'est considérablement amélioré, 77,51% des HSH ont été touché, contre seulement 39% qui ont eu accès aux programmes de prévention du risque d'infection au VIH en 2012. Les facteurs explicatifs de l'accès limité des HSH aux services de prévention et de traitement restent la discrimination, l'insuffisance des services adaptés, l'existence d'une loi condamnant l'homosexualité et l'insuffisance d'acteurs communautaires.</p>	
Méthodologie /stratégies de mise en œuvre	
<p>La mise en place des centres de services adaptés/Centres communautaires conviviaux (Drop-In Center) avec la stratégie « All-in » sert à offrir des services de santé adaptés aux populations clés, en particulier les HSH. Dans ces centres, l'offre de services est variée et peut couvrir le conseil et dépistage communautaire du VIH, la mise à disposition de préservatifs et de lubrifiants, la prise en charge des IST au niveau des populations clés et vulnérables, la prophylaxie Pré-exposition auprès des Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, la promotion et la protection des droits</p>	

¹³ Bemelmans, M., Baert, S., Goemaere, E., Wilkinson, L., Vandendyck, M., van Cutsem, G., . . . Ford, N. (2014, August). Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. <https://doi.org/10.1111/tmi.12332>. *Tropical Medicine and International Health*, 19 (8), 968 - 977.

¹⁴ CNLS, Cadre stratégique national VIH 2018-2022

humains (dans le cadre de l'ordonnance 056) à travers le concept "connaître mon droit" à travers les associations, ainsi que la fourniture d'abri lorsqu'un HSH est expulsé de sa résidence habituelle. Les centres communautaires pour HSH constituent un moyen efficace d'accès aux services de VIH adaptés aux populations clés

Résultats

Au total, au 31 Décembre 2019, ce sont 22 CSA qui ont été mis en place dont 6 à Conakry et au moins 1 CSA aux niveaux des 7 autres régions administratives du pays ont été structurés au sein de centres de santé identifiés par le Programme National de Lutte contre les Hépatites et le Sida (PNLSH) du Ministère de la Santé. Parmi ces CSA, subsiste un centre communautaire HSH au niveau de la capitale qui intègre la clinique juridique. HSH.

Avantages pour les populations clés	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de l'accès au test de dépistage du VIH Permet d'atteindre des personnes qui n'accèdent pas aux services et / ou celles qui sont à haut risque Permet de réduire la stigmatisation et la discrimination envers les populations clés.
Avantage pour le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> Permet d'offrir des services de santé adaptés aux populations clés, en particulier les HSH et les TS Contribution à l'atteinte du 1^{er} 90 ;
Leçons apprises	La diversité des activités développées en faveur des populations clés a favorisée leur accessibilité à l'information et l'éducation sur les IST et aux soins sans une crainte de discrimination ou de stigmatisation

Source : CNLS Guinée. (2017). Cadre stratégique nationale VIH 2018-2022

Nom de la structure	PLAN International Guinée/ ONG Health Focus Guinée
Nom de l'approche	(6) Clinique mobile pour les populations clés
Domaine de prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> Prévention, traitement, soins et soutien des populations clés
Contexte et justification de l'approche¹⁵	
<p>Dans le cadre de ces interventions inscrites au cadre stratégique national VIH (2018-2022) et dans la perspective de renforcer ces activités de prévention principalement en direction des Populations clés, 22 centres de services adaptés (CSA) ont été structuré entre octobre 2016 et Décembre 2019, aux niveaux des centres de santé des 07 régions administratives plus la ville de Conakry. L'évaluation de la mise en œuvre, 6 mois après le démarrage des activités, a fait ressortir un niveau moyen de fréquentation des CSA par les bénéficiaires en raison principalement de la stigmatisation des agents de santé et du manque de ressources financières inhérentes aux frais de transport pour se rendre dans ces CSA, souvent distants. Ainsi pour pallier ces difficultés et faisant suite aux résultats de la cartographie des sites de fréquentations des populations clés, qui a identifié des sites de haute (HF) et de moyenne (MF) fréquentation intégrant outre le lieu, les jours et heures optimaux, une activité de dépistage mobile : « Clinique Mobile » a été mise en place d'abord à Conakry dans le cadre d'un projet pilote puis au vue des résultats obtenus, a été étendue à toutes les régions de la Guinée.</p>	
Méthodologie /stratégies de mise en œuvre	
<p>Des minibus aménagés dans le sens de permettre les activités de counseling et de consultations médicales ont été acquis sur la subvention FM VIH. Une équipe de 4 personnes (Médecin, agent psychosocial, infirmière et chauffeur) préalablement formés a été mis en place. En termes de stratégie, il s'est agi de sorties nocturnes entre 20H et 2 heures du matin prioritairement les</p>	

¹⁵ CNLS, Cadre stratégique nationale VIH 2018-2022

vendredi samedi et dimanche aux niveaux des sites HF et MF. Les Pairs éducateurs HSH et PS étant chargés en amont, outre de la mobilisation, des activités IEC. Notons que la mise à disposition des intrants et des produits de dépistage VIH/IST et prise en charge des IST est effective via le Programme National de Lutte contre les Hépatites et le Sida (PNLSH) du Ministère de la Santé. Au cours des sorties de l'Unité Mobile médicalisée, le paquet d'activités consiste à faire : Le counseling, le dépistage du VIH, le dépistage et prise en charge syndromique des IST, la référence. Les outils de collectes des données nécessaires à la stratégie mobile doivent être remplis convenablement (registre de dépistage, registre de consultation IST, fiches de référence.



Résultats

Entre Septembre Octobre 2018 ce sont 13 sorties qui ont été réalisées les résultats présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau de synthèse des données UMM par de Septembre à Octobre 2018

CIBLE	Références	IST	Dépisté(e) s	Positifs	Taux de positivité VIH
PS	169	105	154	14	9%
HSH	32	11	32	4	13%
HFU	60	27	60	2	3%
PRISONNIERS	78	35	78	1	1%
PECHEURS	18	9	18	0	0%
TOTAL	357	187	342	21	6%

Source : Health Focus, Rapport mensuel des mois de Septembre et Octobre 2018/ Calcul des auteurs

Avantages pour les populations clés	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de l'accès au test de dépistage du VIH Permet d'atteindre des personnes qui n'accèdent pas aux services et / ou celles qui sont à haut risque Permet de réduire la stigmatisation et la discrimination envers les populations clés.
Avantage pour le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> Permet d'offrir des services de santé adaptés aux populations clés, en particulier les HSH et les TS Contribution à l'atteinte du 1^{er} 90 et du 2^e 90 ;
Leçons apprises	L'activité de dépistage mobile demeure pertinente dans le cadre de la prévention en direction des populations clés en complément des Centres de services adaptés

Approche innovante pour la Tuberculose

Nom de la structure	PNLAT Guinée
Nom de l'approche	(7) Dépistage actif de la tuberculose chez les clients des pharmacies et points de ventes de Conakry
Domaine de prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partenariat public–privé dans la lutte contre la tuberculose
Contexte et justification de l'approche	
<p>Malgré les efforts de l'État Guinéen et des partenaires techniques et financiers, la détection des cas de tuberculose reste encore inférieure aux estimations de l'OMS selon lesquelles 22 000 cas de tuberculose devraient être notifiés chaque année en Guinée. L'incidence de la TB est estimée à 176 pour 100 000 habitants selon l'OMS. Le taux de notification du PNLAT 2018 pour toutes les formes confondues, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués (nouveaux cas et rechutes) est de 119/100 000 habitants. La situation est particulièrement préoccupante chez les enfants de 0-5 ans pour qui le sous diagnostic est estimé à 70%. En Guinée, comme dans de nombreux pays africains, l'automédication est le premier recours pour les patients qui achètent des médicaments, soit dans les pharmacies formelles ou informelles et ne se rend à l'hôpital que dans les cas les plus extrêmes de progression de la maladie. D'où l'hypothèse selon laquelle le dépistage des patients venant acheter des antitussifs en pharmacie pourraient constituer une stratégie efficace.</p>	
Méthodologie /stratégies de mise en œuvre	
<p>Pour améliorer ces résultats du dépistage de la TB, le PNLAT a opté pour la mise en œuvre d'un projet pilote de recherche opérationnelle de 6 mois à travers l'utilisation de stratégies innovantes pour tester des démarches active innovantes de détection des cas manquants estimés à 35% pour le pays. Le PNLAT a bénéficié d'un financement de l'OMS-TDR pour la mise en place d'un projet de recherche sur le dépistage de la tuberculose pour trouver des cas de tuberculose dans la communauté. Le projet consiste dans le dépistage actif de la tuberculose chez les patients qui viennent acheter des antitussifs dans les pharmacies formelles et informelles de la ville Conakry. L'objectif du projet est d'évaluer l'efficacité, la faisabilité, les coûts de cette approche et l'acceptation par les patients afin d'obtenir des arguments documentés pour passer ou non à l'échelle de cette stratégie intégrée afin de réduire les cas manquants. La recherche des cas manquants est une approche qui permet au PNLAT, d'une part de réduire l'incidence, d'autre part de baisser la mortalité liée à la tuberculose, qui reste toutes deux élevées.</p> <p>Stratégie de mise en œuvre du projet : La mise en œuvre du projet a commencé par une réunion de l'équipe de recherche qui a procédé à la planification de toutes les activités liées à ce projet et la distribution des rôles et responsabilités. À la suite de cette réunion deux, séance de formation ont été organisées à l'intention des pharmaciens ciblés pour les orienter sur le screening du malade en pharmacie et les mécanismes de référence du patient vers un centre de prise en charge. Les agents de relance ont été aussi orientés sur les objectifs de l'étude et le mécanisme de la remontée des données à travers le logiciel ODK. Le paramétrage a été réalisé sur 6 téléphones Android achetés à cet effet. Les agents de relance avaient pour tâche de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orienter les agents des pharmacies informelles et - Organiser la référence à partir de ces pharmacies vers les CDT et - Remonter les données de référence et le dépistage des patients qui sont inclus dans notre stratégie <p>En plus il a fallu faire les démarches suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'implication et le soutien de l'ordre des pharmacies de Guinée a été sollicité par courrier, le 23 juillet 2019; 	

- Faire une demande l'autorisation de l'autorité de régulation des poste et radiocommunication (ARPT) en Octobre 2019 après une réunion de travail entre l'ARPT et le PNLAT pour la mise en place d'un numéro vert.
- L'implication et le soutien de l'ordre des pharmacies de Guinée a été sollicité par courrier, le 23 juillet 2019;
- Faire une demande l'autorisation de l'autorité de régulation des poste et radiocommunication (ARPT) en Octobre 2019 après une réunion de travail entre l'ARPT et le PNLAT pour la mise en place d'un numéro vert.
- Procéder à la mise en place d'un numéro vert de 5 postes simultanés avec la possibilité de rediriger les appels vers les numéros de téléphones des autres utilisateurs si un numéro est déjà en ligne.

Résultats

La collecte des données a démarré le 25 Novembre 2019 dans 50 pharmacies. La transmission des résultats est hebdomadaire après saisie exhaustive des résultats de laboratoire de tous les cas présumés. Sur 81 cas présumés de TB 13 ont été diagnostiqués positives (7 femmes et 6 hommes) à la microscopie parmi les patients référés par les pharmacies ciblées. Deux échantillons n'étaient pas de bonne qualité.

Perspectives

- Continuer la collecte des données au niveau des pharmacies.
- Organiser une supervision dans ces pharmacies informelles
- Créer un cadre de collaboration avec elles dans le futur

Leçons apprises

- Le projet de dépistage de la TB dans les pharmacies a démarré avec succès
- Les données ont été transmises par les agents de relance de façon hebdomadaire à travers des téléphones Android.
- Après un mois de mise en œuvre, les résultats démontrent la pertinence du projet.

Approche innovante pour le paludisme

Nom de la structure	CRS
Nom de l'approche	(8) La Prise en charge communautaire (PECADOM) du paludisme
Domaine de prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> ■ Paludisme
Contexte et justification de l'approche	
<p>Le paludisme est endémique en Guinée. La prévalence parasitaire en Guinée est de 15% avec 1 214 996 cas de paludisme pris en charge en 2018 dont 1300 décès liés au paludisme¹⁶. Pour y faire face 3,1 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées. Avant la prise en charge communautaire, La prise en charge du paludisme se faisait seulement au niveau des formations sanitaires. L'accès aux services de prise en charge connaissait beaucoup de difficultés liées à la distance, aux facteurs économiques, à l'ignorance. Ce qui a engendré la faiblesse de demande de prise en charge du paludisme par les malades.</p>	
Méthodologie /stratégies de mise en œuvre	
<p>La prise en charge à domicile [PECADOM] avec l'implication des ASC permet de relever tous ces défis et de réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme.</p>	

¹⁶ Rapport paludisme dans le monde 2019. Profil pays, consulté le 22 Décembre 2019

Les ASC sont des bénévoles recrutés et formés pour aider les structures de santé dans les soins de santé primaire, en particulier dans la lutte contre le paludisme.

- **Recrutement** : Les AC sont recrutés au sein de leur communauté par les Directions préfectorales de Santé. Dans le souci d'améliorer la qualité des prestations, il est prévu l'utilisation des agents formés dans les écoles de santé communautaire.
- **Formation** : Renforcement des capacités des acteurs communautaires à travers la formation, le suivi post-formation, la supervision et la fourniture de matériels et équipements ;
- **Nombre et rationnel habitant par ASC** : La politique nationale de la santé communautaire prévoit en moyenne vingt (20) ASC au tour d'un Centre de Santé en 2020 avec un ratio d'un RECO pour 650 habitants qui seront utilisés, entre autres, dans la lutte contre le paludisme
- **Rémunération** : Conformément à la recommandation du document de politique de santé communautaire et en tenant compte de leur rendement, la motivation des ASC sera renforcée en leur payant le SMIG.
- **Stratégies et rôles des ASC dans la communauté pour la paludisme**: Dans le cadre de leurs interventions, les relais communautaires, les ASC, le ONG et les OBC effectueront les visites à domicile au cours desquels ils réaliseront :
 - La sensibilisation pour le changement social et de comportement
 - Distribution de MILDA dans les ménages par les ASC, les OBC/ONG ;
 - Communiquer sur l'utilisation des MILDA,
 - Production et distribution de carnets aux ménages pour le suivi de la disponibilité, de l'utilisation et le remplacement des MILDA usagées.
 - Renouvellement des MILDA usées dans les ménages.
 - Fournir le TPI, le recours rapide aux soins et l'assainissement
 - Diagnostic et traitement communautaire des cas simples de paludisme (Prise en charge des cas, prévention, sensibilisation).
 - Traitement préventif intermittent à la SP
 - La prise en charge des cas simples et la référence des cas graves après un traitement de préférence avec l'artésunate suppositoire.
- **Supervision des ASC pour la qualité de leurs services**: Renforcement du suivi des activités communautaires par les Centres de santé en collaboration avec les ONG et les OCB.

Résultats

Avant la mise en œuvre de l'approche	Après la mise en œuvre de l'approche [Plus-value]
	<p>En 2017</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sur les 1 335 323 cas de paludisme confirmés au niveau national... 2) 238 550 ont été confirmés positifs au niveau communautaire par les ASC ; <p>En 2018</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sur les 1 214 996 cas de paludisme en Guinée... 2) 299 800 ont été confirmés positifs, au niveau communautaire par les ASC ;
Avantage pour le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Détection précoce des cas et traitement rapide ▪ Prise en charge au niveau communautaire; ce qui empêche des décès évitables.
Leçons apprises	La prise en charge du paludisme à domicile avec les ASC contribue à la performance du système de santé dans la lutte contre le paludisme.

Approche pour le Renforcement des systèmes communautaires/ Plaidoyer/ droits humains,

Nom de la structure	COFEL (Coalition des femmes leaders)
Nom de l'approche	(9) Observatoire communautaire sur l'accès des populations aux services de santé et à la qualité des soins dans les structures sanitaires.
Domaines de prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> ■ Observatoire/Accès aux soins de santé/ Droit à la santé (VIH/Sida, Tuberculose, Paludisme)
Contexte et justification de l'approche¹⁷	
<p>En dépit, des investissements colossaux effectués dans l'amélioration de la santé des populations par l'État Guinéen avec la contribution des partenaires techniques et financiers, les populations sont toujours confrontées à des difficultés majeures d'accès aux services de santé de qualité. Cette situation devient de plus en plus préoccupante, notamment au niveau des patients souffrants du paludisme, de la tuberculose et du VIH/sida qui nécessitent une prise en charge de longue durée. L'Observatoire Communautaire sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) a été mis en œuvre, à partir de 2015, par la Coalition des Femmes Leaders de Guinée (COFEL) en partenariat avec le Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME), pour apporter une contribution à la résolution substantielle des insuffisances et faciliter l'accès des communautés aux services de santé dans les structures de soins. L'OCASS est un dispositif indépendant de la société civile qui a pour objectif la collecte des données sur la disponibilité des services de santé au profit des malades de la tuberculose, du VIH et du paludisme, au Burkina Faso, au Niger et en Guinée. Ce dispositif est porté par le Réseau Accès aux médicaments essentiels (RAME), avec comme partenaires le REGAP+ en Guinée. La mise en œuvre des activités de cet observatoire a été progressive en Guinée d'avril à décembre 2015.¹⁸</p>	
Méthodologie /stratégies de mise en œuvre	
<p>Fonctionnement de l'OCASS : L'OCASS dispose de 54 collecteurs de données, soit un pour chacune des 54 formations sanitaires réparties sur 28 districts sanitaires couvertes par les activités de l'observatoire. Ces agents sont supervisés par 09 superviseurs régionaux, soit 1 par région et 2 pour la région (zone spéciale) de Conakry. OCASS collecte des données sur la disponibilité et la qualité des services de santé auprès des patients (enquête de satisfaction) et auprès des responsables des services de prise en charge concernant l'offre des soins (avec des questionnaires). Les informations recueillies servent de base à des recommandations et des plaidoyers auprès des autorités sanitaires et politiques en vue de résoudre ou lever les dysfonctionnements dans l'accès aux services de santé par les populations vulnérables et celles ayant difficilement accès aux services de santé. En pratique, les organisations points focaux identifiés par la COFEL mettent à la disposition de la structure de santé impliquée dans le projet, des agents collecteurs pour collecter les informations. Ces agents collecteurs, jouissant d'une reconnaissance par les formations sanitaires, ont accès facilement aux données, dans certains services notamment : le laboratoire, la pharmacie, aux médecins responsables de la prise en charge du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme et au service de radiologie. Les collecteurs négocient un rendez-vous avec les responsables de sites dans le but de renseigner les fiches qui leurs sont destinées à travers un entretien. Le jour du rendez-vous le collecteur remplit 3 fiches adressées aux PVVIH, 3 fiches aux malades du paludisme, 3 fiches aux patients Tuberculeux, 3 fiches aux enfants moins de 5 ans, 3 fiches aux femmes enceintes et 3 aux autres patients 1 fiche aux premiers responsables des unités de prise en charge, 1 fiche sur la disponibilité des intrants, 1 fiche sur la disponibilité des médicaments traceurs, 1 fiche sur les pannes d'appareils, 1 fiche sur les causeries éducatives, 1 fiche sur la sensibilisation sur les droits et devoirs. Au total 24 fiches sont renseignées par chaque collecteur en fonction de la spécialité des sites d'interventions et du site couvert.</p>	
Résultats¹⁹	

¹⁷ OCASS. Rapport Trimestre 2, 2019

¹⁸ Expertise France. Rapport d'activité 2015

¹⁹ Tiré du rapport T2 2019 de l'OCASS et du rapport 2015 d'Expertise France (initiative 5%)

- **30** membres d'associations point focaux formés
- **1090** personnes touchées par les causeries éducatives sur les droits des usagers aux services de santé
- **482** PVVIH interviewés lors de la collecte des données
- L'activité qui a le plus d'impact est la restitution régulière des rapports de collecte des données au travers du comité de pilotage. Les sessions des comités de pilotage sont devenues des espaces de dialogue politique entre les décideurs, les partenaires techniques, les associations intervenant dans la santé, ainsi que des organisations citoyennes des droits de l'homme et de lutte contre la corruption²⁰. Résultats pour le 2^e trimestre 2019 :
 - 88,86% de patients sont satisfaits de l'accueil
 - 44,15 % de patients sont insatisfaits du temps d'attente
 - 88,08 % de patients trouvent que leurs droits à la santé sont respectés
 - Il est à noter que l'absence de formation des collecteurs et des superviseurs rend difficile la collecte des informations relatives aux droits Humains en matière de santé et à la discrimination et stigmatisation.
 - Sur les cinquante-quatre (54) formations sanitaires, 41 ont connu au moins une rupture de médicaments/examens et de pannes d'appareils. La région de Conakry occupe la première place avec 9 cas, elle est suivie de Kankan avec 8 cas et les régions de Faranah et Boké qui ont 2 pour chacune. Il s'agit de :
 - ⇒ 145 cas de rupture de médicaments pendant 30 jours en moyenne,
 - ⇒ 117 ruptures d'intrants et d'examen (CD4, charge virale, etc.) et
 - ⇒ 107 pannes d'appareil (CD4, charge virale, Stéthoscope, etc.) pendant 333 jours en moyenne dans l'ensemble des sites de collecte couverts par le projet.

Avantage pour le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des soins de santé de qualité; ▪ Moins de ruptures de stocks des traitements ▪ Amélioration de l'accueil des patients
Avantage pour les populations vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès aux services de santé par les populations vulnérables et celles ayant difficilement accès aux services de santé; ▪ Un système de veille et d'alerte sur les dysfonctionnements; ▪ Réduction de la stigmatisation et la discrimination dans l'accès aux services de santé
Leçons apprises	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des systèmes de veille et contrôle communautaires peuvent permettre d'améliorer la qualité des services de santé; ▪ Les causeries éducatives sur les droits des usagers ouvrent la voie à une plus grande démocratie dans les décisions concernant les services de santé aux communautés desservies

3. Discussion sur les résultats

3.1 Place des acteurs communautaires et de la société civile dans la lutte contre les trois maladies

Forces :

- **Une implication réelle et visible des acteurs communautaires (COSAH, ASC, RECO et ONG) dans le continuum des soins :** L'arrêt de l'évolution de l'épidémie du VIH, la couverture nationale en MILDA, le succès dans la lutte contre la tuberculose prouve à suffisance que la participation effective de la communauté constitue une condition essentielle au continuum des soins et une des clés pour atteindre la couverture santé universelle. Les acteurs

²⁰ Ibid.

communautaires et la société civile occupent une place primordiale et leur rôle est reconnu à travers différents documents nationaux de politique et de stratégie de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme en Guinée. L'ASC tout comme le relais fait partie du système de santé communautaire participant dans la performance des soins de santé primaire, notamment la lutte contre la Tuberculose et le paludisme.

- **Les ASC comme une solution à l'insuffisance des Ressources humaines de santé :** 19 000 RECO et 1900 ASC contribuent à l'atteinte des indicateurs de performance du paludisme et un réseau d'ONG, OBC développent des approches innovantes pour réduire le poids du VIH, la TB et le paludisme sur les populations vulnérables. Ces agents constituent aussi une ressource humaine de qualité – lorsqu'ils sont formés, encadrés et supervisés – pour la continuité des services de santé, en particulier la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme dans les zones difficilement accessibles, dans les localités de faibles couvertures de personnel de santé ou de paramédicaux de santé.
- **Les OBC, ASC, RECO et autres acteurs communautaires constituent un trait d'union entre les structures de santé et entre structures de santé et les communautés :** Il n'est plus à démontrer que les ASC et les OBC constituent le cordon qui relie les structures de santé et la communauté mais de plus en plus, les agents communautaires constituent une solution coût efficace et pérenne pour la couverture universelle des examens biologiques. L'implication des agents associatifs du REMAP+ pour le convoyage des échantillons de sang des sites vers les laboratoires et l'acheminement des résultats des laboratoires vers les sites est en soi une innovation, à l'heure où la solution viennent s'appuyer sur des partenariats public-privé coûteux pour le transport de ces échantillons.

Insuffisances : Le système communautaire présente les lacunes suivantes :

- Faible capacité des agents de santé communautaires (ASC) et des acteurs communautaires (APS, pair éducateur, animateurs. La pérennité de la motivation de ces acteurs est problématique.
- Insuffisance de financement du système communautaire : sur 50 associations de PVVIH connues, seules 14 d'entre elles ont bénéficié des activités de renforcement institutionnel. Les autres restent faibles car les moyens pour les renforcer sont limités. Par conséquent tout le territoire national n'est pas couvert.
- L'environnement social et juridiques reste peu favorable à l'accessibilité des services VIH et TB pour les populations clés et les populations vulnérables : Les programmes en faveur des Populations clés sont réalisés par peu de structures communautaires.

3.2 Rôles et contribution des acteurs communautaires et de la société civile

Forces : **Au niveau du VIH:** Les APS et les OBC jouent un rôle de premier plan pour l'atteinte des trois 90 du VIH.

- **1^{er} 90 :** 183 APS augmentent les points d'entrée et services de dépistage et, partant augmentent le nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique.
- **2^e 90 :** Le conseil à la mise sous traitement et l'éducation thérapeutique aide à contribuer à réduire le nombre de patients perdu de vue et assurer la rétention surtout quand le APS est un PVVIH, car le patient voit ses pairs vivre positivement avec la maladie
- **3^e 90 :** Les conseils donnés par les APS pour une meilleure permettent l'observance du TARV et la suppression de la charge virale. En cas de mauvais résultat de la charge virale, le APS peut intervenir pour comprendre et proposer des solutions au patient pour un meilleur résultat dans un futur proche.
- **Faible utilisation du potentiel des acteurs communautaires :** Les acteurs communautaires comme les ASC sont systématiquement utilisés dans la lutte contre le paludisme. Mais dans la lutte contre le VIH et la tuberculose, le plein potentiel de ces acteurs n'est pas utilisé dans

le VIH et la tuberculose. Par exemple, les acteurs communautaires constituent un bon véhicule efficace et efficient pour le succès du dépistage communautaire du VIH et de la tuberculose, les distributions des ARV et l'autotest du VIH. Au niveau de la tuberculose, les ASC et les OBC sont une solution prouvée pour atteindre les cas manquants à travers le dépistage actif et pour augmenter le taux de notification.

- **Au niveau du paludisme**, les ASC et les relais communautaires ayant bénéficié de la formation font la chimio prophylaxie du paludisme simple (CPS), la prise en charge des cas de paludisme simple et font la référence précoce des cas graves. En plus du Fonds mondial à travers CRS, des partenaires comme Unicef, JHPIEGO, la Banque mondiale et GAVI appuient le ministère de la santé pour l'utilisation des ASC.
- **S'agissant de la Tuberculose**, dans la communauté les ASC font la recherche des cas présumés et les orientent vers les CDT pour le diagnostic, puis font le suivi communautaires des cas de tuberculose.

Insuffisances : Les acteurs communautaires comme les ASC sont systématiquement utilisés dans la lutte contre le paludisme. Mais dans la lutte contre le VIH et la tuberculose, le plein potentiel de ces acteurs n'est pas utilisé.

Au niveau du VIH : Le dépistage démedicalisé n'est encore effectif malgré son adoption par Guinée. Alors que le document de *Stratégie nationale des approches différenciées des services de lutte contre le VIH* a été validé en 2019, la mise en oeuvre du dépistage démedicalisé n'est pas encore effective sur le terrain. Seules les formations des acteurs ont été organisées.

Par exemple, les acteurs communautaires constituent un bon véhicule efficace et efficient pour le succès du dépistage communautaire l'autotest du VIH et la distribution des ARV (les PODI) en vue d'accroître la couverture ARV. Au niveau de la tuberculose, les ASC et les OBC sont une solution prouvée pour atteindre les cas manquants et augmenter le taux de notification.

Au niveau de la TB : La stratégie communautaire actuelle est basée sur une approche passive du dépistage : En effet les activités communautaires se résument comme suit : organisation des activités de sensibilisation par les agents de santé communautaire au sein de la communauté, visite à domicile, orientation des cas présumés vers les structures de santé et suivi des patients sous traitement antituberculeux.

3.3 Opportunités pour l'élargissement /extension / décentralisation des interventions et pour la performance des interventions (ce qui existe, ce qui manque et aurait pu être utilisé

Au niveau du paludisme et du système de santé : Les perspectives sont favorables et vont dans le sens d'une reconnaissance officielle de ces volontaires communautaires. En effet, le Ministère de la santé dans son programme de développement des ressources humaines a décidé de faire un saut qualitatif pour produire des agents de santé communautaires polyvalents et professionnels. De ce fait, le Ministère de la santé en collaboration avec les partenaires, s'engage à réaliser la formation structurée et diplômante des Agents de santé communautaires dans les écoles de soins de santé communautaire du pays. En attendant d'observer les résultats issus de ce processus en moyen et long termes deux stratégies intermédiaires seront mises en application

- Une stratégie rapide d'optimisation des Agents Techniques de Santé (ATS). Cette stratégie se focalisera sur les ATS déjà formés prêts pour le marché du travail, ils bénéficieront d'une formation complémentaire pour être utilisés comme agents de santé communautaires mobilisables rapidement par le système de santé.
- La formation ou recyclage coordonné des relais communautaires par des formateurs reconnus et accrédités, continuera pour soutenir les besoins en couverture du territoire

national. Cette formation utilisera les Modules de formation validés par le Ministère de la santé afin de les rendre polyvalents.

- Un projet pilote sera conduit dans un premier temps dans les 40 communes de convergence puis s'en suivront 60 autres communes pour atteindre 100 communes avant la fin de l'année 2019²¹.
- Pour la suite du processus, il est prévu une harmonisation des approches tant dans les dénominations, les approches que de la mise en œuvre. La formation structurée et diplômante des ASC sera assurée en partenariat avec le Ministère de l'enseignement Technique, de la formation professionnelle, de l'Emploi et du Travail. L'accent de la formation est mis sur la promotion de la santé. Un plan de passage à l'échelle pour l'introduction de la santé sera élaboré et progressivement ajusté en fonction des progrès et de la disponibilité des ressources financières et humaines

Au niveau du VIH :

Implication des agents communautaires pour augmenter la couverture du dépistage précoce du VIH chez le nourrisson par la PCR (*polymerase chain reaction*) : En 2013, 92% des enfants nés séropositifs en Guinée ne recevaient pas de traitement ARV du fait de la pénurie d'ARV pédiatrique et de l'absence dans les régions des test PCR pour le diagnostic précoce chez le nourrisson²². La PCR était faite par l'ONG DREAM de la communauté Sant'Egidio à Conakry et le laboratoire national de référence. Ces 2 entités situées à Conakry n'ont pas de système de transport des échantillons. Sur la subvention VIH du Fonds mondial pour la période 2015-2017, il était prévu d'équiper six laboratoires régionaux pour mesurer la charge virale et effectuer la PCR à 10.000 enfants à l'hôpital national Ignace Deen de Conakry et cinq hôpitaux régionaux de Kindia, N'Nzérékoré, Boké, Labé, Faranah. Une opportunité existe d'impliquer les agents communautaires pour augmenter la couverture de la PCR en utilisant les agents de santé communautaires pour le transport de sang séché à motos depuis les centres de prise en charge ou les centres de prélèvements vers les laboratoires régionaux pour la PCR.

Au niveau du VIH : Approches différenciées des services VIH :

Dépistage communautaire démedicalisé : Depuis 2016, le dépistage mobile en stratégie avancée se fait dans plusieurs districts sanitaires avec l'appui des partenaires et certaines organisations non gouvernementales (FMG, MASF, CAM, COFEL, AGIL, AGBEF, etc.). Mais il reste à aller jusqu'au dépistage démedicalisé.

Poste de Distribution communautaire (PODI) : La stratégie des postes de distribution communautaire des ARV a été validée et ne commencera qu'en 2020. Mais dans la pratique les APS font la distribution des ARV au domicile de certains patients PVVIH stables qui le souhaite ainsi les Perdus de vue et les patients se trouvant dans l'impossibilité de se rendre à temps à leur RDV de renouvellement des ARV. On peut capitaliser sur cette initiative avec le REGAP+

L'autotest du VIH : L'autotest n'est pas commencé au niveau national. Cependant, MSF a fait une expérimentation auprès des conjoints des femmes suivi en PTME.

Au niveau de la tuberculose :

Implication des ASC pour augmenter la notification de la TB : La plan stratégique TB (2015-2019) a prévu former 1 100 agents communautaires dans 11 DS à raison de 100 agents par DS en technique de communication d'animation et la stratégie Dots Communautaire. De plus, 80 pairs éducateurs seront formés pour la référence des suspects et le suivi des malades tuberculeux sous traitement auprès des nomades (éleveurs transhumance). Il s'agit ici d'une occasion manquée d'utiliser ces agents communautaires. Des ASC sont certes, formés pour sensibiliser, identifier les cas présumés

²¹ Ces deux dynamiques sont soutenues par l'UNICEF à travers le programme national d'appui aux communes de convergence (PNACC) et par la subvention du Fonds mondial dédiée au renforcement du système de santé

²² Rapport PNSCSP et Spectrum 2013

dans la communauté et les référer (orienter) vers les centres de prise en charge de la TB, mais cela reste marginale comme contribution. Cette approche reste une stratégie passive de dépistage de la TB et ne peut suffire à trouver les cas manquants. Avec l'approche du PSN, la contribution des ASC dans les résultats de la lutte anti-tuberculose reste encore marginale. Ces ASC pourraient être utilisés plus efficacement pour faire le dépistage actif de la tuberculose en faisant, par exemple, la collecte du crachat dans la communauté et, convoier par la suite dans des glacières (avec des motos ou des vélos) vers le CDT le plus proche. Des expériences de réussite de cette approche se font dans des pays voisins comme la Côte d'Ivoire. Une autre stratégie de les former à faire l'étalonnage des crachats sur des lames et transporter ces lames au CDT le plus proche. Le pays pourra analyser et choisir l'approche la plus adaptée à son contexte.

Intégration de la lutte contre la tuberculose dans le paquet des activités des associations qui travaillent dans la lutte contre le VIH/Sida²³ : Cela va contribuer à augmenter la couverture de la prise en charge communautaire de la TB et renforcera aussi la prise en charge de la co-infection TB/VIH.

III. RECOMMANDATIONS

Faiblesses/ Défis	Recommandations	Destinataires
VIH		
Faiblesse de la couverture de la PCR	Impliquer les APS en leur dotant de moto pour le pour le convoyage des échantillons de sang des sites vers les laboratoires de références et acheminement des résultats des laboratoires vers les sites.	<ul style="list-style-type: none"> PR RGAP+
Non opérationnalisation des approches différenciées de services de VIH : L'autotest, le dépistage démedicalisé, la distribution des ARV	Rendre effectif la mise en œuvre du dépistage démedicalisé, l'autotest et la distribution communautaire des ARV (PODI)	<ul style="list-style-type: none"> Ministère de la santé RGAP+
Faiblesse des programmes de prévention combinées en directions des populations clés surtout les UD	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la couverture géographique des programmes de prévention combinée en direction des populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> Ministère de la santé OBC des UD
Faible capacités organisationnelle, administrative et financière des OSC	Renforcer les capacités organisationnelle, administrative et financière des OSC	Réseau des ONG
Absence d'un statut professionnel ou un corps de métier légal des acteurs communautaires	Prendre un acte légal de reconnaissance du statut professionnel ou un corps de métier des acteurs communautaires	
Tuberculose		
Faiblesse de l'implication communautaires des ASC au dépistage et au suivi communautaire dans la tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> Impliquer les ASC dans le dépistage actif de la TB par le recueil des crachats, le convoyage vers les CDT et l'acheminement des résultats aux cas présumés ; Renforcer les moyens et outils de travail des ASC 	PNLAT
IFaible implication des ONG qui travaillent dans le VIH dans les activités de lutte antituberculeuse pour la coinfection VIH/TB	<ul style="list-style-type: none"> Impliquer la lutte contre la Tuberculose dans le paquet des activités des ONG qui travaillent dans le VIH pour la coinfection VIH/TB 	PNLAT

²³ PNLAT, PSN TB (2015-2019, page 48)

Références

- Bemelmans, M., Baert, S., Goemaere, E., Wilkinson, L., Vandendyck, M., van Cutsem, G., . . . Ford, N. (2014, August). Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. <https://doi.org/10.1111/tmi.12332>. *Tropical Medicine and International Health*, 19(8), 968 - 977.
- CNLS: Secrétariat Exécutif. (2017). *Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2018- 2022*.
- Expertise France. (2015). *Rapport d'activité 2015*.
- FMG. (2012). *Rapport annuel d'activités 2011*. Conakry. Récupéré sur <https://plateforme-elsa.org/wp-content/uploads/2014/03/Rapport-annuel-de-FEVE-2011.pdf>
- FMG. (2019). *Rapport annuel d'activités 2018*. Conakry.
- Institut National de la statistique. (2017). *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2016), Rapport final*. Conakry, Guinée.
- Institut National de Statistique, (INS) et ICF. (2012). *EDS-MICS*. Conakry, Guinée, et Rockville, Maryland, USA: INS et ICF.
- Ministère de la santé. (2010). *Comptes Nationaux de la santé*.
- Ministère de la santé. DNSCMT. (2017). *politique Nationale de santé Communautaire*.
- MSF. (2016). *Le prix de l'oubli - Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte contre le VIH*. Récupéré sur www.msf.org: https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016_04_hiv_report_fr.pdf
- MSF. (2017). *Vers une prise en charge plus efficace et accrue des PVVIH dans la région d'Afrique occidentale et centrale: partage de trois approches novatrices pilotées par MSF*.
- OMS. (2016). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing hiv infection recommendations for a public health approach second edition 2016*. Consulté le 22 Janvier 2020, sur <https://apps.who.int>: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1
- OMS. (2019). *Profil sanitaire du pays (Guinée)*. Consulté le 19 Décembre 2019, sur www.who.int: <https://www.who.int/countries/gin/fr/>
- ONUSIDA. (2019). *Où travaillons-nous.Pays, Guinée*. Consulté le 22 Décembre 2019, sur www.unaids.org: <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/guinea>
- PNLAT. (2014). *Plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2015-2019*.