**MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

Travail-Justice-Solidarité



**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES HEPATITES**

**GUINEE : UNE STRATEGIE NATIONALE DIFFERENCIEE EN MATIERE DE CONSEIL ET DE DEPISTAGE DU VIH**

Version 1

Date : 18 février 2018

# Remerciements

En Guinée, la stratégie nationale et le plan de mise en œuvre relatifs au conseil et au dépistage différenciés du VIH sont le résultat d’un processus collaboratif qui a fait appel aux contributions et à l’expertise de nombreuses personnes issues de diverses institutions, telles que le Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites (PNLSH), le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), le Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT), l’Instance de Coordination Nationale (ICN), le Fonds mondial, le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida, la Société Internationale du Sida, l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF), les Organisations Non Gouvernementales Médecins Sans Frontières (MSF) Belgique, Fraternité Médicale Guinée (FMG), DREAM, Plan International Guinée, Population Services International (PSI), Solthis, Jhpiego et la Croix-Rouge française.

Nous remercions particulièrement les membres du groupe de travail du « premier 90 », qui ont mis leur temps et leur expertise au service de l’élaboration de la présente stratégie et, plus spécialement, le personnel du PNLSH. Nous remercions aussi chaleureusement les nombreuses personnes qui, sous différentes formes, ont consacré leur temps, leur énergie et leurs compétences à l’élaboration de la présente stratégie, notamment les collèges de l’Equipe Interpays de l’OMS à Ouagadougou et de Genève, les collègues de l’Equipe Pays Fonds mondial ainsi que les consultants et experts qui ont accepté organiser, modérer, animer les ateliers et pour leur appui constant.

L’élaboration, le déploiement de la stratégie et du plan de mise en œuvre relatifs au dépistage du VIH ont été rendus possibles grâce au soutien financier du Fonds mondial et à l’assistance technique de l’OMS.

**Table des matières**

[Remerciements 2](#_Toc8400000)

[Glossaire 7](#_Toc8400001)

[1. Contexte 11](#_Toc8400002)

[1.1 Introduction 11](#_Toc8400003)

[1.2 Objectif et champ d’application 11](#_Toc8400004)

[1.3 Services différenciés de dépistage du VIH 12](#_Toc8400005)

[2. Approche 14](#_Toc8400006)

[2.1 Cadre 14](#_Toc8400007)

[2.2 Analyse de la situation 14](#_Toc8400008)

[2.2.1 Analyse des enquêtes relatives au VIH réalisées auprès d’échantillons de population 15](#_Toc8400009)

[2.2.2 Analyses des données issues du programme national de lutte contre le VIH 15](#_Toc8400010)

[2.2.3 Examen des politiques 16](#_Toc8400011)

[2.2.4 Entretiens menés par les informateurs principaux 16](#_Toc8400012)

[2.2.5 Consultation des parties prenantes 17](#_Toc8400013)

[2.2.6 Atelier régional 17](#_Toc8400014)

[2.2.7 Groupe de travail du premier 90 17](#_Toc8400015)

[3. Principales caractéristiques des personnes vivant avec le VIH en Guinée 19](#_Toc8400016)

[3.1 Répartition du VIH par sous-groupes de population 19](#_Toc8400017)

[3.2 Répartition des cas de VIH par âge, sexe et région 20](#_Toc8400018)

[3.3 Connaissance du statut VIH 22](#_Toc8400019)

[3.4 Bilan des populations devant être ciblées par les modèles de dépistage du VIH 22](#_Toc8400020)

[4. Analyses de rendement des stratégies de dépistage du VIH et couverture du programme national par celles-ci 23](#_Toc8400021)

[4.1 Approches de dépistage du VIH en Guinée 23](#_Toc8400022)

[4.2 Les stratégies de dépistage du VIH et leur rendement 23](#_Toc8400023)

[4.3 Couverture des services de dépistage du VIH 25](#_Toc8400024)

[4.3.1 Le CDIS à des fins de diagnostic 25](#_Toc8400025)

[4.3.2. PTME 26](#_Toc8400026)

[4.3.3 Dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose 29](#_Toc8400027)

[4.3.4 CDIS auprès des donneurs de sang 31](#_Toc8400028)

[4.3.5 Le dépistage du VIH dans le contexte des interventions de planification familiale et des consultations relatives aux infections sexuellement transmissibles 31](#_Toc8400029)

[4.3.6 Populations clés et vulnérables 31](#_Toc8400030)

[5. Difficultés rencontrées par les stratégies de dépistage existantes 33](#_Toc8400031)

[6. Analyse des politiques nationales relatives au dépistage du VIH 38](#_Toc8400032)

[7. Principales recommandations concernant le dépistage du VIH en Guinée 40](#_Toc8400033)

[7.1 Population globale 40](#_Toc8400034)

[7.2 Femmes enceintes (et allaitantes) 43](#_Toc8400035)

[7.3 Enfants et adolescents 45](#_Toc8400036)

[7.4 Populations clés et vulnérables 48](#_Toc8400037)

[Notification aux partenaires et dépistage des proches d’un cas de référence 49](#_Toc8400038)

[8. Cibles en matière de dépistage du VIH 51](#_Toc8400039)

**Liste des tableaux et des figures**

**Liste des acronymes**

|  |  |
| --- | --- |
| APS | Agent psychosocial |
| ARV | Antirétroviral/antirétroviraux |
| BSD | Bureau de Stratégie et de Développement |
| CCC | Communication pour le changement du comportement |
| CDT | Centre de dépistage et de traitement de la tuberculose |
| CDV | Conseil et dépistage volontaires |
| CMC | Centre médical communal |
| CNLS | Comité national de lutte contre le sida |
| CNTS | Centre national de transfusion sanguine |
| CPN | Consultations prénatales |
| CS | Centre de santé |
| DHIS2 | District Health Information System (système d’information sanitaire de district) – version 2 |
| EDS | Enquête démographique et de santé |
| ENSS | Enquête nationale de surveillance sentinelle |
| ESCOMB | Enquête de surveillance comportementale et biologique |
| IC 95 % | Intervalle de confiance à 95 % |
| IEC | Information, éducation et communication |
| INS | Institut national de la statistique |
| INSP | Institut national de santé publique |
| IST | Infection sexuellement transmissible |
| FMG | Fraternité Médicale Guinée |
| HFU | Hommes et femmes en uniforme |
| HSH | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes |
| MICS | Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête en grappes à indicateurs multiples) |
| MSF | Médecins Sans Frontières |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida |
| PEC | Prise en charge |
| PNDS | Plan national de développement sanitaire |
| PNLAT | Programme national de lutte antituberculeuse |
| PNLSH | Programme national de lutte contre le sida et les hépatites |
| PS | Professionnel(le) du sexe |
| PTME | Prévention de la transmission mère-enfant |
| PVVIH | Personnes vivant avec le VIH |
| S&E | Suivi et évaluation |
| SARA | Service Availability and Readiness Assessment (Enquête de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé) |
| SE/CNLS | Secrétariat exécutif du Comité national de lutte contre le sida |
| Sida | Syndrome d’immunodéficience acquise |
| TAR | Traitement antirétroviral |
| UD | Usager/ère de drogues |
| USAID | United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement international) |
| VIH | Virus de l’immunodéficience humaine |

**Glossaire**

**Auto-dépistage du VIH :** processus dans lequel un individu souhaitant savoir s’il est porteur du VIH prélève un échantillon de sang, effectue un test de dépistage et en interprète lui-même le résultat, souvent en privé. L’auto-dépistage du VIH constitue un test préalable au dépistage et ne fournit pas de diagnostic définitif. Cette méthode ne peut en aucun cas se substituer au dépistage et au test de confirmation effectué d’après l’algorithme de dépistage validé au niveau national. Un test d’auto-dépistage réactif (positif) doit toujours être suivi d’un dépistage complémentaire réalisé par un prestataire qualifié, conformément à l’algorithme de dépistage validé au niveau national.

**Dépistage des proches d’un cas de référence/dépistage indicateur :** en anglais « Index testing » est un modèle de dépistage du VIH dans lequel les partenaires sexuels et les membres de la famille (y compris les coépouses et les enfants) des personnes ayant reçu un diagnostic de séropositivité se voient proposer des services de dépistage du VIH. Les personnes séropositives ont la possibilité de dresser volontairement la liste de leurs partenaires sexuels et des membres de leur famille auxquels doivent être proposés des services de dépistage du VIH.

**Mise en relation :** processus d’accompagnement des personnes par des services de prévention, de traitement et de soins après un dépistage du VIH, en fonction de leur statut. Dans le cas de personnes vivant avec le VIH, la formule désigne la période qui débute par l’annonce du diagnostic de séropositivité et s’achève par l’initiation du traitement, l’accompagnement et l’orientation vers d’autres services de santé.

**Notification assistée des partenaires :** processus volontaire dans lequel les prestataires de services de dépistage du VIH interrogent les personnes ayant reçu un diagnostic de séropositivité sur leurs partenaires sexuels et, avec le consentement de celles-ci, proposent à ces partenaires un dépistage volontaire du VIH. La notification des partenaires est réalisée selon une approche passive ou assistée.

**Populations clés :** groupes définis qui, en raison de comportements spécifiques à hauts risques, sont davantage susceptibles de contracter ou de transmettre le VIH, indépendamment du type d’épidémie ou du contexte local. Les problèmes juridiques et sociaux liés à ces comportements peuvent accroître leur vulnérabilité à la contamination par le VIH et leurs difficultés ultérieures d’accès aux services de soins. En Guinée, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe font partie des populations clés reconnues.

**Populations vulnérables :** groupes de personnes particulièrement vulnérables à l’infection à VIH dans certaines situations ou certains contextes, et susceptibles d’avoir un accès plus limité aux services liés au VIH. En Guinée, les populations vulnérables désignent souvent les hommes et les femmes en uniforme, les détenus/-ues, les ouvriers/-ières des mines, les personnes travaillant dans les marchés, les pêcheurs, les mareyeuses, les conducteurs routiers et conductrices routières longue distance, les populations frontalières et les orphelins.

**Services adaptés :** structures de santé publique fournissant des services de santé adaptés à des populations clés, notamment le dépistage et le traitement du VIH.

**Résumé analytique**

En 2018, on dénombrait environ 132 000 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Guinée, dont un peu plus de 10 500 enfants âgés de 0 à 14 ans. La prévalence du VIH chez les adultes était estimée à 1,5 % – avec un taux supérieur dans les zones urbaines – parmi les femmes en âge de procréer, les hommes âgés, les populations clés (professionnel(le)s du sexe et hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) et les populations vulnérables, notamment les hommes et les femmes en uniforme, les populations mobiles et les ouvriers/-ières des mines.

Parmi les PVVIH en Guinée, près de 50 % des adultes ignoraient en 2017 leur statut, 80 % des enfants n’avaient pas reçu de diagnostic et environ 56 % des femmes enceintes n’avaient bénéficié d’aucun test de dépistage dans le cadre des soins prénataux. Afin d’accélérer les progrès vers la réalisation de l’objectif du premier 90, une approche différenciée de la prestation des services ciblant le dépistage des PVVIH n’ayant pas reçu de diagnostic est indispensable. Les analyses des données épidémiologiques et programmatiques indiquent que les cas de VIH non diagnostiqués sont susceptibles d’être concentrés dans les zones urbaines situées en dehors de Conakry, au sein de la population générale, notamment parmi les clients et les partenaires (et les membres de leur famille) des professionnel(le)s du sexe et des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, ainsi que parmi les autres populations vulnérables et leurs partenaires.

L’estimation du nombre et de la proportion des individus ayant reçu un diagnostic selon la modalité de dépistage utilisée permet de comprendre la contribution de chaque approche en matière de stratégie différenciée de dépistage du VIH. Ces analyses révèlent que plus de 95 % des cas diagnostiqués en 2017 ont été recensés au moyen de stratégies de dépistage du VIH dans les structures sanitaires, telles que le dépistage et le conseil à l’initiative du prestataire (DCIP), notamment pour les patients atteints de tuberculose et les femmes enceintes lors des consultations prénatales. Toutefois, des analyses plus approfondies des données programmatiques signalent une faible couverture au regard du nombre de structures de santé publique proposant le DCIP (33 % d’entre elles proposant le dépistage du VIH aux femmes enceintes et 10 % le DCIP aux autres patients), ainsi qu’un recours sous-optimal au dépistage dans les établissements où celui-ci peut être pratiqué. En outre, malgré des politiques nationales explicites en matière de DCIP à l’intention des patients porteurs d’une infection sexuellement transmissible, des femmes se rendant aux consultations de planification familiale et des donneurs de sang, ces services sont rarement mis en œuvre dans les établissements de santé. La proposition systématique de la notification volontaire assistée du partenaire, accompagnée du dépistage des membres de la famille, aux personnes séropositives est susceptible de produire de bons résultats en Guinée, sous la forme de nouveaux diagnostics d’infection à VIH. Cependant, à l’heure actuelle, elle n’est pratiquée que sporadiquement dans le cadre des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), et très rarement dans l’ensemble des autres services de dépistage du VIH. Solidement appuyé, le dépistage des populations clés et vulnérables est mis en œuvre dans les services adaptés et dans les unités mobiles, mais présente une couverture et des rendements variables.

Les informateurs principaux consultés indiquent que plusieurs obstacles doivent être surmontés pour améliorer la mise en œuvre, le rendement et la qualité des stratégies de dépistage du VIH en établissement. Parmi ces obstacles figurent le manque d’agents formés au conseil et au dépistage du VIH, l’insuffisance de l’encadrement et du soutien du personnel qualifié, les ruptures de stock des trousses de dépistage et la stigmatisation généralisée liée au VIH, laquelle dissuade les patients de recourir aux services de dépistage et de notification du partenaire.

Afin de réduire le risque de résultats sérologiques faussement positifs, l’algorithme de dépistage du VIH doit être révisé avec effet immédiat pour s’aligner sur les recommandations de l’OMS relatives aux contextes des pays à faible prévalence. En outre, un test de dépistage complémentaire doit systématiquement être proposé à tous les patients ayant reçu un diagnostic de séropositivité avant de débuter un traitement antirétroviral (TAR).

Les analyses soulignent six axes prioritaires à considérer afin que les services de dépistage du VIH puissent atteindre plus facilement les cas de séropositivité non diagnostiqués, et cinq domaines thématiques transversaux qui doivent être abordés afin d’améliorer la mise en œuvre et la qualité de ces services dans ce contexte. Les domaines suivants doivent être privilégiés en milieu urbain, dans les régions en dehors de Conakry, où la couverture des services liés au VIH est la plus faible :

**Amélioration de la prestation de services**

Les stratégies s’appuyant sur les établissements, présentant de bons résultats mais une couverture sous-optimale, doivent être renforcées.

1. Le conseil et le dépistage à l’initiative du prestataire doivent être systématiquement proposés par l’ensemble des centres de santé aux patients atteints de tuberculose, aux patients porteurs d’une infection sexuellement transmissible ou à ceux présentant des signes et des symptômes de contamination par le VIH. Tous les patients hospitalisés ou se présentant aux urgences doivent faire un test de dépistage du VIH. Toute personne se rendant à une consultation de planification familiale doit systématiquement se voir proposer un test de dépistage du VIH.
2. Le DCIP doit être systématiquement proposé à tous les enfants présentant des signes de malnutrition. Un dépistage familial doit être proposé dans le cas d’un diagnostic de séropositivité, et l’auto-dépistage introduit progressivement dans certaines zones urbaines solidement appuyées. Un dépistage de rattrapage doit être proposé à tous les enfants nés d’une mère séropositive au VIH lorsque ceux-ci n’ont pas bénéficié d’un diagnostic précoce avant l’âge de 18 mois.
3. La prestation de services de dépistage du VIH aux femmes dans le cadre des soins prénataux doit être systématisée dans les cliniques pratiquant la PTME ; la priorité à plus long terme est de systématiquement proposer un test de dépistage lors des soins prénataux à toutes les femmes enceintes n’ayant pas déjà reçu un diagnostic de séropositivité au VIH.
4. La notification volontaire assistée du partenaire et le dépistage du VIH chez les partenaires et les membres de la famille des cas de référence doivent être systématiquement proposés à toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de séropositivité et à tous les patients sous traitement antirétroviral. Afin d’accroître le dépistage des partenaires, des trousses d’auto-dépistage peuvent progressivement être mises à disposition des femmes séropositives dans les structures ayant une forte activité et des moyens suffisants.
5. Les services adaptés doivent continuer à répondre aux besoins des populations clés dans les zones à forte fréquentation, et introduire progressivement l’auto-dépistage afin d’augmenter le nombre de diagnostics au sein des populations clés ainsi que chez leurs clients et autres partenaires.

Approches communautaires

1. Il convient de mettre en place des campagnes de dépistage du VIH à l’aide d’unités mobiles et autres structures provisoires afin d’atteindre les populations clés, les populations vulnérables et leur entourage. Des analyses de rendement du dépistage régulières devront guider le choix des endroits où ces unités et structures seront mises sur pied. Il est inutile de mener des campagnes à faible rendement.

**Sensibilisation au dépistage et établissement de liens avec les soins**

Les actions de mobilisation communautaire doivent être axées sur l’augmentation du recours aux soins prénataux chez les femmes enceintes, et ce, en coordonnant les initiatives existantes en matière de santé maternelle avec les agents de santé communautaires bénévoles. Les réseaux de PVVIH, les agents psychosociaux nouvellement formés et les réseaux de pairs existants pour les populations clés doivent contribuer à encourager le dépistage au sein des populations clés et vulnérables et de leur entourage, et des proches des cas de référence. Les efforts déployés pour établir le lien entre les patients ayant reçu un diagnostic et le traitement contre le VIH doivent être plus explicites dans la plupart des stratégies de dépistage. Ces efforts doivent en outre s’accompagner de recommandations, de responsabilités et de protocoles clairement définis, en particulier dans les modèles de dépistage communautaire.

**Parmi les domaines stratégiques privilégiés pour améliorer la mise en œuvre** de ces approches de dépistage du VIH prioritaires figurent i) la coordination et la gouvernance ; ii) les ressources humaines ; iii) l’assurance de la qualité ; iv) les questions relatives à la chaîne d'approvisionnement ; et v) le suivi et l’évaluation. Le plan de mise en œuvre du dépistage du VIH figurant dans les annexes de la présente stratégie décrit les objectifs spécifiques liés à chaque domaine thématique et les actions permettant de les réaliser.

**Objectif**: la mise en œuvre de la présente stratégie de dépistage du VIH permettrait à 75 % des PVVIH de connaître leur statut d’ici à fin 2020. Des cibles de dépistage spécifiques à chaque stratégie sont définies pour 2019 et 2020.

# 1. Contexte

## 1.1 Introduction

En 2018, on dénombrait près de 132 000 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Guinée, dont un peu plus de 10 000 enfants âgés de 0 à 14 ans, soit un taux de prévalence de 1,5 % chez les adultes (Spectrum, 2018). Comme d’autres pays d’Afrique de l’Ouest, la Guinée s’est efforcée de progresser suffisamment dans le déploiement des soins et des traitements contre le VIH afin d’atteindre les cibles 90-90-90 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) d’ici à 2020. En 2018, on estimait que 41 % des personnes vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral. La région de Conakry bénéficiait alors d’une couverture sensiblement supérieure que partout ailleurs dans le pays.

Au cours des cinq dernières années, les stratégies de dépistage du VIH au sein de la communauté ou en établissement de soins ont principalement été axées sur les populations clés et vulnérables, les femmes enceintes et les patients atteints de tuberculose, ce qui a entraîné une augmentation de la proportion de PVVIH ayant connaissance de leur statut. Cependant, la fragilité du système de santé, la stigmatisation généralisée liée au VIH et les effets durables de l’épidémie d’Ebola sur l’utilisation des services de santé ont entravé la progression vers l’objectif du premier 90. Ces facteurs sont en partie responsables du fait qu’à la fin de 2017, seuls 50 % des adultes vivant avec le VIH avaient connaissance de leur statut.

Cette année-là, un « plan de rattrapage » de 18 mois a été lancé en Afrique de l’Ouest, en vue d’augmenter la proportion de diagnostics et de mises sous traitement et de parvenir à une inhibition de la réplication virale chez les PVVIH. De même que de récentes analyses de l’épidémie de VIH en Guinée, ce plan révèle qu’une stratégie différenciée de dépistage du VIH est nécessaire afin de hiérarchiser les modèles visant à accroître le taux de diagnostic chez les personnes vivant avec le VIH, et à les mettre en relation avec les services de soins et de traitement. L’élaboration d’une stratégie différenciée de dépistage du VIH en Guinée est également essentielle dans le sens où elle permet de garantir que les procédures opérationnelles permanentes et les protocoles sont conformes aux recommandations les plus récentes de l’OMS sur le dépistage du VIH dans les pays dotés d’un taux de prévalence inférieur à 5 %.

## 1.2 Objectif et champ d’application

La présente stratégie nationale de dépistage du VIH décrit les domaines prioritaires pour les activités de dépistage en Guinée. Pour ce faire, elle se fonde sur des analyses de l’épidémie de VIH, sur les résultats concluants produits par différentes approches du dépistage et sur des évaluations de faisabilité visant à améliorer la couverture des services.

Le principal objectif de la stratégie différenciée de dépistage du VIH est de définir une combinaison optimale des modèles de dépistage en vue d’accroître la proportion de PVVIH connaissant leur statut en Guinée.

Le plan de mise en œuvre détaille les cibles de dépistage du VIH à viser pour chaque modèle, afin que cette proportion atteigne 75 % d’ici à fin 2020.

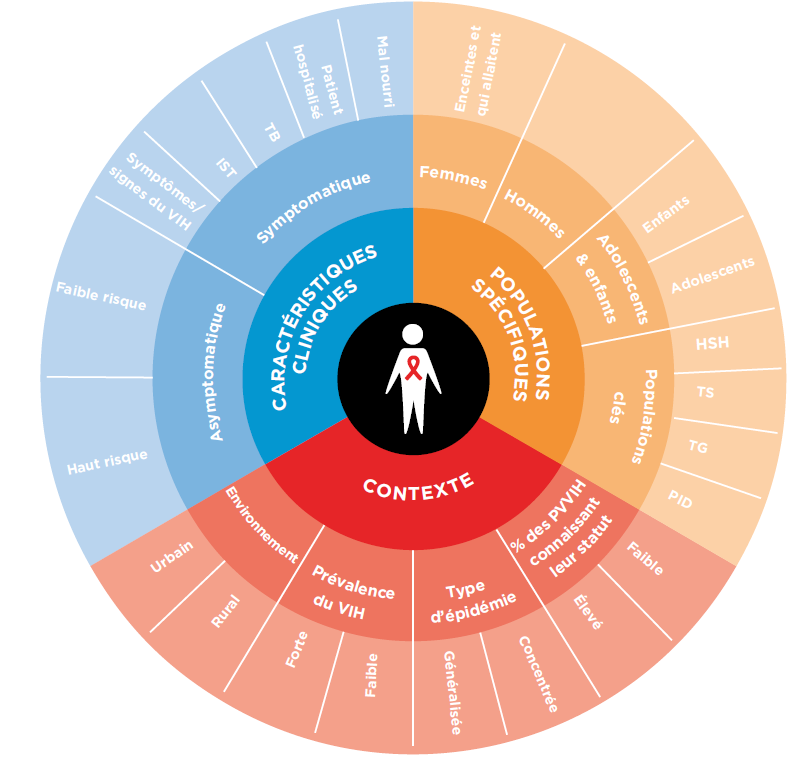
Cinq domaines stratégiques privilégiés permettant d’atteindre ces cibles de dépistage et d’améliorer la qualité des services de dépistage fournis sont présentés : i) la coordination et la gouvernance ; ii) les ressources humaines ; iii) l’assurance de la qualité ; iv) les questions relatives à la chaîne d'approvisionnement ; et v) le suivi et l’évaluation. Des objectifs spécifiques liés à chaque thématique et les actions requises pour les réaliser d’ici à 2020 sont également définis.

## 1.3 Services différenciés de dépistage du VIH

La prestation de services différenciés est une approche centrée sur le patient, laquelle simplifie et adapte les services liés au VIH dans la cascade de soins. Cette approche reflète les préférences et les attentes de différents groupes de PVVIH et réduit une charge inutilement supportée par le système de santé en minimisant le dépistage des individus présentant un faible risque d’être contaminés par le VIH [R].

Les besoins des patients constituent l’élément central de l’adaptation de la prestation de services. Dans le contexte du dépistage du VIH, l’objectif est donc de privilégier les stratégies de dépistage les plus susceptibles d’atteindre les PVVIH n’ayant pas encore connaissance de leur statut, et de faciliter l’établissement de liensavec les services de soins ou de prévention. Il est ainsi primordial de définir les populations spécifiques nécessitant des services de dépistage, leurs besoins cliniques et le contexte local (figure 1.1).

#### Figure 1.1 : Les trois composantes du dépistage différencié du VIH



La section 3 offre une définition des populations spécifiques et des caractéristiques cliniques des PVVIH prises en compte pour la différenciation des services liés au VIH en Guinée conformément à ce cadre.

Contexte : En Guinée, le taux de prévalence du VIH chez les adultes est inférieur à 5 %. Les procédures et les méthodes de dépistage du VIH doivent s’aligner sur les recommandations de l’OMS relatives au dépistage dans les pays dotés d’une faible prévalence du VIH.

Il convient de déterminer la combinaison appropriée des stratégies de dépistage afin de répondre aux besoins en la matière des différents sous-groupes de PVVIH. Il est essentiel d’effectuer des analyses afin de savoir si des occasions d’optimiser la couverture des différentes approches de dépistage du VIH chez les populations cibles ont été manquées. Afin de garantir cette optimisation, il est utile de se pencher sur les questions suivantes pour chacune de ces approches :

**Quand** le dépistage est-il proposé ?

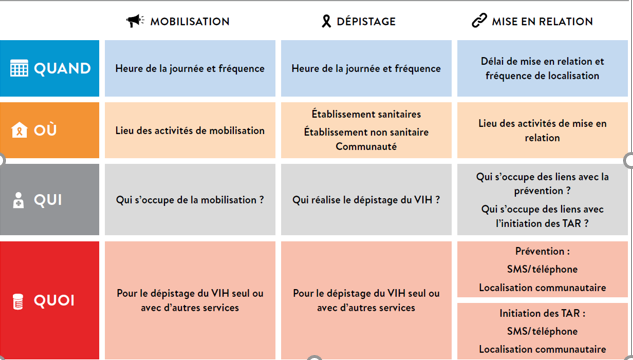
**Où** le dépistage est-il proposé ?

**Qui** propose le dépistage ?

**Que** comprend le service ?

Les stratégies de dépistage du VIH doivent également examiner les actions de mobilisation qui peuvent encourager les personnes vivant avec le VIH à effectuer un test de dépistage. Enfin, il est important d’avoir conscience du fait que les approches ciblées en matière de dépistage du VIH pour identifier les PVVIH doivent en outre intégrer des stratégies visant à faciliter l’établissement de liens avec le traitement. L’échec de la mise en lien des PVVIH ayant reçu un diagnostic avec le traitement compromet les avantages qu’offre le dépistage du VIH pour les individus et la santé publique, et génère des insuffisances dans les systèmes de santé. Le tableau 1.1 récapitule les éléments nécessaires à l’élaboration d’une stratégie différenciée de dépistage du VIH.

#### Tableau 1.1 : Éléments et composantes d’une stratégie différenciée de dépistage du VIH



La stratégie différenciée de dépistage du VIH en Guinée est présentée à l’aide de ces briques afin de distinguer les composantes clés de chaque approche de dépistage en fonction des populations spécifiques ciblées.

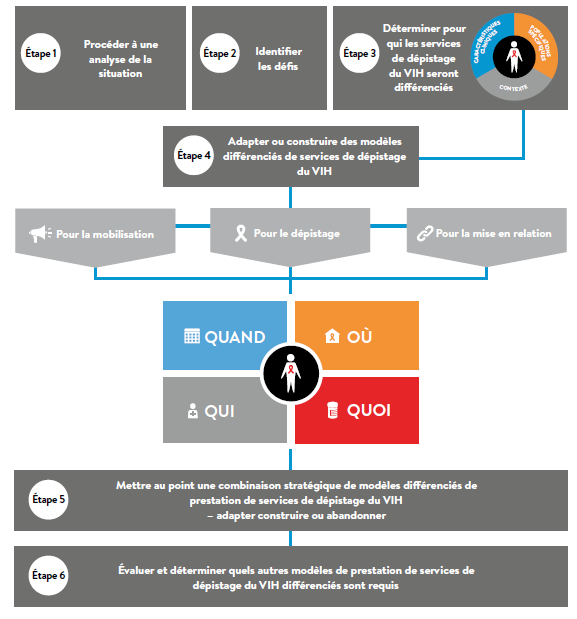
# 2. Approche

Le processus d’élaboration de la stratégie différenciée de dépistage du VIH et de son plan de mise en œuvre pour la période 2019-2022 s’est déroulé d’octobre 2018 à mars 2019. Les documents ont été validés lors d’un atelier national organisé en avril 2019, auquel ont participé des représentants du ministère de la Santé et du Programme national de lutte contre le sida et les hépatites, ainsi que des acteurs clés du dépistage du VIH en Guinée.

## 2.1 Cadre

Le processus d’élaboration de la stratégie différenciée de dépistage du VIH a été guidé par les recommandations de la Société internationale du sida [R], comportant six étapes décrites dans la figure 2.1 ci-dessous.

#### Figure 2.1 : Cadre d’élaboration d’une stratégie différenciée de dépistage du VIH



## 2.2 Analyse de la situation

L’analyse de la situation est centrée sur quatre principales sources de données et d’informations (figure 2.2), et vise à i) définir les caractéristiques de la population dont les besoins en matière de dépistage du VIH ne sont pas satisfaits ; ii) repérer les stratégies de dépistage efficaces ; iii) identifier les lacunes existant sur le plan politique ; et iv) distinguer les difficultés empêchant une couverture optimale des différentes stratégies de dépistage.

#### Figure 2.1 : Cadre d’élaboration d’une stratégie différenciée de dépistage du VIH



### 2.2.1 Analyse des enquêtes relatives au VIH réalisées auprès d’échantillons de population

Des enquêtes réalisées auprès de populations représentatives sur le plan national – dont des enquêtes démographiques et de santé et des enquêtes de surveillance comportementale et biologique des IST/VIH/SIDA (ESCOMB) – ont fourni des données qui ont été analysées. Ces données concernaient notamment le statut VIH, le dépistage du VIH, les connaissances en matière de VIH et/ou la stigmatisation liée au VIH. Spectrum a également communiqué des estimations relatives à la prévalence du VIH, pour les années où cela était possible.

La prévalence du VIH par sexe, âge, région et type de population (dans la mesure du possible), y compris parmi les populations clés et vulnérables, a été illustrée par un graphique. Afin de mieux comprendre les besoins de la population en matière de dépistage du VIH, on a privilégié la répartition de l’ensemble des PVVIH en fonction de leurs principales caractéristiques, plutôt que celle de la prévalence du VIH. Spectrum a fourni des estimations du nombre total d’adultes et d’enfants vivant avec le VIH en 2017 et en 2018. La répartition des PVVIH adultes par âge et par sexe a été représentée par un graphique, au moyen d’une multiplication des estimations de la prévalence par la taille de la population pour chaque catégorie d’âge. La répartition des PVVIH par région a été effectuée à l’aide de méthodes décrites dans une analyse de l’épidémie de VIH et de la couverture du programme de lutte contre le virus réalisée en 2019[R]. Le nombre de PVVIH parmi les populations clés et vulnérables a été estimé à partir de données issues de la collecte 2017 des ESCOMB.

### 2.2.2 Analyses des données issues du programme national de lutte contre le VIH

Les données issues du programme national de lutte contre le VIH pour la période 2016-2018 ont été utilisées pour estimer le nombre annuel de tests de dépistage réalisés par sexe, région et modèle de dépistage existant. Dans la mesure du possible, ces estimations ont été classées selon le résultat des tests. L’année la plus récente pour laquelle des données complètes ont pu être obtenues est 2017. Lorsque les bases de données du programme national et les rapports nationaux présentaient des incohérences, les chiffres communiqués dans les rapports nationaux annuels ont été utilisés. Le rapport 2019 de la revue épidémiologique et programmatique et de l’analyse des cascades en Guinée a été consulté pour évaluer la prévalence du VIH et la couverture du dépistage [R].

Des estimations classées par sexe relatives à la proportion de PVVIH ayant connaissance de leur statut (le « premier 90 ») ont été publiées fin 2017 (l’année la plus récente pour laquelle une estimation était possible). Dans le cadre de l’évaluation de l’indicateur du « premier 90 » et afin d’estimer le taux d’établissement de liens avec les soins, le nombre total d’initiations de traitements antirétroviraux chez les adultes réalisées cette même année a été soustrait du nombre total de nouveaux diagnostics de contamination par le VIH établis par les services de dépistage (en tenant compte des hypothèses relatives aux taux de répétition des tests chez les personnes séropositives). Le complément du taux a alors été appliqué au nombre total d’adultes supposés être en cours de traitement antirétroviral afin d’évaluer le nombre de personnes ayant connaissance de leur statut. Ce chiffre a ensuite été exprimé sous forme de fraction du nombre total d’adultes vivant avec le VIH pour établir la proportion estimée des personnes ayant connaissance de leur statut.

Des révisions de cette évaluation de l’objectif du premier 90 devraient être prochainement disponibles au terme des travaux de modélisation en cours cette année, appliquant le modèle « Shiny90 ». Elles devront être intégrées dans les révisions des cibles relatives à la couverture du dépistage et dans les estimations des trousses de dépistage nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie différenciée de dépistage du VIH.

Pour chaque approche du dépistage actuellement adoptée en Guinée, des analyses de rendement ont été réalisées afin de renseigner le nombre et la proportion de personnes ayant reçu un diagnostic de séropositivité parmi celles qui ont été dépistées. Une analyse détaillée de l’ensemble des approches a été publiée en 2017, pour permettre l’estimation des trousses de dépistage nécessaires dans le plan de mise en œuvre. Les tendances relatives aux conseil et dépistage volontaires (CDV), au DCIP et au dépistage dans le cadre de la PTME ont également été examinées sur une durée de trois ans afin de déterminer l’efficacité de ces approches.

### 2.2.3 Examen des politiques

Des documents afférents à la prestation de services de dépistage du VIH en Guinée ont été étudiés, notamment les plans stratégiques et les budgets nationaux relatifs au VIH, les lignes directrices de l’OMS et de la Société internationale du sida, et les rapports publiés par le PNLSH, les bailleurs de fonds et les organisations non gouvernementales.

En outre, un examen des politiques a été entrepris afin de comparer les politiques en matière de dépistage du VIH existant au niveau national et les recommandations de l’OMS relatives au dépistage dans les contextes à faible prévalence du VIH. Les politiques ont été évaluées en regard des quatre éléments du cadre de dépistage différencié du VIH (« quand », « où », « qui », « quoi »), en vue d’identifier les lacunes pouvant entraver la mobilisation, le dépistage et l’établissement de liens avec les soins. D’autres politiques liées au dépistage du VIH (au-delà des spécificités du dépistage différencié) ont été étudiées, notamment celles précisant l’âge du consentement, ainsi que les barrières juridiques susceptibles d’empêcher l’accès au dépistage des populations spécifiques.

### 2.2.4 Entretiens menés par les informateurs principaux

Entre octobre 2018 et mars 2019, les informateurs principaux se sont entretenus avec des responsables du PNLSH, des partenaires d'exécution, des représentants d’organisations non gouvernementales et d’organismes des Nations Unies, des bailleurs de fonds et des agents de santé. Les discussions ont porté sur les politiques, les stratégies et les pratiques actuelles en matière de dépistage du VIH, les facteurs favorables à leur mise en œuvre et les obstacles à celle-ci. Ont également été abordées la perception des besoins de différentes populations en matière de dépistage du VIH, les possibilités d’optimiser les activités existantes ou d’introduire de nouvelles approches, et d’autres recommandations éventuelles sur la nouvelle stratégie de dépistage du VIH. Les informateurs ont posé des questions relatives aux forces, aux faiblesses, aux possibilités et aux menaces liées à la mise en œuvre de chaque modèle de dépistage. Ils ont également eu des échanges informels avec des personnes participant à l’élaboration de stratégies de dépistage du VIH dans d’autres pays de la région, afin d’examiner les approches et les outils possibles et de prendre en compte les enseignements tirés.

### 2.2.5 Consultation des parties prenantes

En février 2019, 45 parties prenantes, représentant des organisations concernées par les services de dépistage du VIH, ont participé à une réunion de consultation qui s’est déroulée sur une journée à Conakry. Ces participants comptaient : des membres du personnel responsable du PNLSH et du PNLAT, des agents de santé du Centre national de transfusion sanguine, des représentants d’organisations de la société civile (réseaux de PVVIH, pairs éducateurs issus des populations clés), des bailleurs de fonds (FM, AFD), des organisations non gouvernementales engagées dans la prestation de services liés au VIH et des représentants d’organisations des Nations Unies (OMS, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF).

Les objectifs de cette consultation étaient les suivants :

1. évoquer les conclusions préliminaires de l’étude documentaire et de l’analyse des données du programme national, et générer un consensus autour des groupes de population à cibler prioritairement dans le cadre de la nouvelle stratégie de dépistage du VIH ;
2. examiner les expériences vécues et les difficultés rencontrées avec les stratégies de dépistage au sein de la communauté et en établissement et avec celles actuellement à l’essai (autodépistage) ;
3. adapter les stratégies de dépistage du VIH aux besoins réels de la population ;
4. analyser collectivement les forces, les faiblesses, les possibilités et les menaces liées aux modèles de dépistage recensés afin de les intégrer dans la stratégie de dépistage du VIH ;
5. définir le calendrier, le principal objectif et les principes fondamentaux de la nouvelle stratégie différenciée de dépistage du VIH ;
6. revoir les méthodes de calcul de la valeur de référence fixée pour le premier 90, et convenir d’objectifs provisoires pour la stratégie de dépistage du VIH et les plans opérationnels connexes ; et
7. déterminer les étapes nécessaires à l’application de la stratégie différenciée de dépistage du VIH au niveau régional et recenser les parties prenantes à impliquer dans ce processus.

### 2.2.6 Atelier régional

Un atelier de deux jours a ensuite été organisé dans la région de Kindia en mars 2019, réunissant des participants originaires des huit régions de la Guinée. Ses objectifs spécifiques étaient les suivants :

1. recenser avec les acteurs régionaux les besoins de dépistage au niveau régional, dans le cadre d’une réflexion plurielle, afin d’aboutir à l’élaboration d’un document national de stratégie différenciée de dépistage ;
2. procéder à une analyse des différentes stratégies de dépistage mises en œuvre au niveau régional, afin de retenir les approches permettant de toucher le plus de personnes vivant avec le VIH, en fonction des données épidémiologiques régionales ;
3. dresser un état des lieux (analyse exhaustive des acquis, des insuffisances et des difficultés) des activités de dépistage du VIH en Guinée ; et
4. établir des plans d’action provisoires au niveau régional en vue de la mise en œuvre de la stratégie de dépistage du VIH.

### 2.2.7 Groupe de travail du premier 90

Fin 2018, un groupe de travail du « premier 90 » a été constitué, mobilisant des représentants de la société civile, d’organisations non gouvernementales et d’organisations des Nations Unies, ainsi que le secteur public. Coordonné par le PNLSH, le groupe a organisé des réunions mensuelles visant à partager les informations, les outils et les ressources et à émettre des observations sur les avant-projets de la stratégie de dépistage du VIH.

# 3. Principales caractéristiques des personnes vivant avec le VIH en Guinée

## 3.1 Répartition du VIH par sous-groupes de population

La Guinée possède un faible taux de prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans. Ce taux était estimé à 1,5 % en 2018, soit en légère baisse par rapport à 2012 (1,7 %). D’après des projections réalisées à partir des chiffres de 2019, Spectrum estime à 132 182 le nombre de personnes vivant avec le VIH en Guinée en 2018, dont 10 657 enfants âgés de 0 à 14 ans, 72 989 femmes âgées de 15 ans et plus et 48 536 hommes âgés de 15 ans et plus [R].

Entre 2005 et 2017, l’incidence du VIH a diminué, passant de 0,97 à 0,66 nouvelles infections annuelles pour 1 000 personnes. Des estimations issues d’une étude de modélisation indiquent que la transmission hétérosexuelle au sein de couples stables représentait environ 20 % des nouveaux cas de VIH, les autres survenant chez les professionnel(le)s du sexe, leurs clients et les partenaires de leurs clients, ainsi que chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et leurs partenaires [r].

Les populations clés enregistrent des taux de prévalence du VIH sensiblement supérieurs par rapport à la population globale. Les données fournies par les ESCOMB pour 2017 indiquent une prévalence de 10,7 % chez les professionnelles du sexe et de 11,4 % chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, sachant que ces taux peuvent être surévalués ou sous-évalués en raison des biais inhérents aux mesures de la prévalence du VIH induits lors des enquêtes relatives aux populations clés. Les taux de prévalence au sein des autres populations définies comme vulnérables à l’infection à VIH dans le contexte guinéen sont estimés à 2,3 % (détenus/-ues), 3,5 % (hommes et femmes en uniforme), 2,3 % (conducteurs routiers et conductrices routières), 3,9 % (pêcheurs/-euses) et 1,4 % (ouvriers/-ières). D’après des estimations de la taille de la population réalisées par les ESCOMB en 2017, près d’un quart des PVVIH appartiennent aux populations clés ou vulnérables, tandis que les trois quarts des cas (définis comme extérieurs à ces populations clés et vulnérables) sont diagnostiqués au sein de la population globale (figure 3.1).

#### Figure 3.1 : Répartition des personnes vivant avec le VIH en Guinée, par sous-groupes de population

****

Source : Spectrum et Escomb, 2017

n = 109 050

## 3.2 Répartition des cas de VIH par âge, sexe et région

Les estimations de Spectrum relatives à la prévalence du VIH par sexe en 2016 indiquent un taux de 1,9 % chez les femmes et de 1,1 % chez les hommes (individus âgés de 15 à 49 ans). L’enquête démographique et de santé réalisée en 2018 estime le taux de prévalence du VIH chez les hommes de 1,3 % et de 1,6 % chez les femmes (individus âgés de 15 à 49 ans), celles-ci présentant habituellement un pic plus précoce et plus élevé. Elle révèle également une légère baisse de la prévalence chez les femmes par rapport à la précédente enquête de 2012 (figure 3.2).

#### Figure 3.2 : Prévalence du VIH par sexe et par âge d’après des enquêtes démographiques et de santé successives

|  |
| --- |
| Source : Revue épidémiologique et programmatique, et analyse des cascades en Guinée : rapport préliminaire |

Le nombre des PVVIH a été calculé par approximation pour chaque tranche d’âge et par sexe, en appliquant le taux de prévalence du VIH estimé en 2018 à la population estimée dans chaque tranche d’âge. La part de la population représentée par les jeunes, plus importante, a donné lieu à un nombre relativement élevé de jeunes femmes vivant avec le VIH (figure 3.3).

#### Figure 3.3 : Estimation du nombre de PVVIH en 2018, par sexe et par âge



Source : Enquête démographique et de santé, 2018

Des analyses des données issues des enquêtes démographiques et de santé de 2005, 2012 et 2018, présentées dans l’étude épidémiologique de 2018 relative à la Guinée, indiquent une plus forte prévalence du VIH dans les zones urbaines parmi les femmes, et non parmi les hommes (R). L’étude en a conclu que la prévalence du VIH était probablement plus élevée dans la région de Conakry que dans les autres régions, ce qui s’explique sans doute en partie par son urbanisation relativement plus importante.

La répartition des PVVIH par région est illustrée par la figure 3.4, d’après les données issues de l’étude épidémiologique de 2018 (R). Le nombre total de cas par région varie entre 9 116 à Mamou et 38 741 à Conakry. Plus de la moitié des cas sont enregistrés dans les régions de N’Zerekore, Conakry et Kankan.

#### Figure 3.4 : Estimation du nombre de PVVIH en 2017, par région



N = 129 140\*

\* Il est à noter que le nombre total de PVVIH en 2017 englobe à la fois les adultes et les enfants.

## 3.3 Connaissance du statut VIH

Il est important de connaître la proportion des PVVIH ayant connaissance de leur statut (objectif du « premier 90 »), afin d’orienter la stratégie différenciée de dépistage du VIH et de définir les futurs objectifs afférents. Cependant, ces statistiques sont difficiles à établir et à interpréter. En utilisant les méthodes rudimentaires décrites dans la section 2, on estime que 50 % des adultes vivant avec le VIH en Guinée connaissent leur statut, cette proportion étant supérieure chez les femmes (58 %) par rapport aux hommes (34 %) (figure 3.5).

#### Figure 3.5 : Proportion de PVVIH ayant connaissance de leur statut en 2017, par sexe

**34 %**

**34 %**

**56 %**

**40 %**

## 3.4 Bilan des populations devant être ciblées par les modèles de dépistage du VIH

À partir des analyses réalisées, les populations suivantes ont été désignées comme cibles prioritaires pour les services de dépistage différencié du VIH en Guinée :

* Les hommes et les femmes au sein de la population globale, en particulier dans les zones urbaines
* Les femmes enceintes et qui allaitent
* Les jeunes femmes sexuellement actives dans les zones urbaines ou les régions à plus forte prévalence
* Les professionnel(le)s du sexe, leurs clients et leur entourage élargi (compagnes/compagnons, partenaires, etc.)
* Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, leurs partenaires sexuels hommes et femmes (y compris épouses et coépouses)
* Les hommes et les femmes exerçant des professions susceptibles d’accroître leur vulnérabilité à l’infection à VIH, notamment les ouvriers/-ières des mines, les pêcheurs/-euses, les vendeurs/-euses, les conducteurs routiers et conductrices routières et les militaires, ainsi que leurs partenaires
* Les enfants nés de mère séropositive

# 4. Analyses de rendement des stratégies de dépistage du VIH et couverture du programme national par celles-ci

## 4.1 Approches de dépistage du VIH en Guinée

Le tableau 4.1 illustre les stratégies de dépistage du VIH définies dans les documents de politique nationale et/ou mises en œuvre dans les établissements de santé selon des modèles en établissement ou au sein de la communauté, en précisant les groupes de population ciblés. La majorité des stratégies sont mises en œuvre par l’intermédiaire des établissements de santé et, à l’exception des CDV, la plupart des approches de dépistage du VIH ciblent les sous-groupes de population dotés de caractéristiques cliniques spécifiques. Des organisations non gouvernementales appuient la mise en œuvre de plusieurs stratégies de dépistage du VIH, notamment chez les patients atteints de tuberculose, dans le cadre du programme de PTME et parmi les populations clés. Les approches communautaires sont limitées aux unités mobiles de dépistage du VIH et aux campagnes menées dans les zones fréquentées par des populations vulnérables (ports, marchés, etc.). L’autodépistage est actuellement mis à l’essai par MSF Belgique dans une clinique de Conakry. Des tests sont remis aux femmes ayant reçu un diagnostic de séropositivité dans le cadre des soins prénataux et désireuses de fournir une trousse d’autodépistage à leur partenaire. La plupart des autres modèles de dépistage sont soit sous-optimaux en matière de couverture, soit rarement mis en œuvre.

#### Tableau 4.1 : Les approches de dépistage du VIH et les populations ciblées





## 4.2 Les stratégies de dépistage du VIH et leur rendement

La proportion de tests de dépistage du VIH aboutissant à un diagnostic positif varie en fonction de l’approche adoptée. Des données issues du programme national en 2017 indiquent que le rendement du dépistage du VIH en fonction des différents modèles actuellement disponibles peut varier de moins de 2 % à 34 %. Il est impossible d’évaluer le rendement de certaines stratégies en l’absence de données ventilées (concernant par exemple le dépistage du VIH chez les patients hospitalisés) et lorsqu’il n’existe pas de données pour des modèles adoptés dans les politiques nationales de dépistage, mais non mis en œuvre à ce jour (comme le conseil et le dépistage à l’intention des donneurs de sang et des personnes se rendant aux consultations de planification familiale).

#### Figure 4.1 : Rendement des approches de dépistage du VIH communautaire ou mises en œuvre dans les structures de santé en Guinée (2017)



*Source : PNLSH, Plan International, MSF, FMG, Solthis*

Certaines approches, notamment les CDV et le conseil et le dépistage à l’initiative du soignant (CDIS), ont révélé des variations régionales en matière de nombre total de tests réalisés et rendement obtenu (figure 4.2). En ce qui concerne le CDIS, la région de Conakry a enregistré le plus grand nombre de tests et le plus important rendement de dépistage, bien que des taux élevés (> 15 %) aient été observés dans chaque région.

#### Figure 4.2 : Tests de dépistage réalisés et rendements obtenus dans le cadre du CDIS et des CDV en 2017, par région

En matière d’augmentation de la proportion de PVVIH ayant connaissance de leur statut, l’efficacité des différentes approches de dépistage du VIH dépend du nombre de personnes que chacune d’entre elles permet d’atteindre, et de la proportion de diagnostics de séropositivité qu’elle représente. La figure 4.3a illustre la répartition du nombre total de tests de dépistage du VIH réalisés en 2017, par modèle de dépistage (n = 332 593). Près des deux tiers des tests ont été effectués chez des femmes enceintes, dans le cadre des soins prénataux et du programme de PTME. Le dépistage du VIH en établissement a représenté plus de 95 % des tests, contre moins de 5 % pour les modèles de dépistage au sein de la communauté.

#### Figure 4.3 : Répartition du nombre total de tests réalisés (a) et du nombre de diagnostics établis (b), par approche de prestation de services (2017)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

b

a

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**n = 332 593**

**n = 17 881**

Source : PNLSH, Plan International, FMG, Solthis, MSF

La figure 4.3b illustre la répartition des approches adoptées pour les 17 881 diagnostics de séropositivité établis (avec communication des résultats au patient) en 2017. Bien que le DCIP (hors soins prénataux ) n’ait représenté que 12 % des tests réalisés, il correspond à 46 % des diagnostics établis (n =). Le dépistage des femmes enceintes dans le cadre des soins prénataux a représenté 16 % des diagnostics (n =). Le dépistage chez les patients atteints de tuberculose a représenté 3 % des tests réalisés et 16 % des diagnostics établis (n =).

Les approches communautaires ciblant les populations clés et vulnérables ont représenté environ 4 % des tests réalisés et 3 % de l’ensemble des diagnostics établis en 2017.

## 4.3 Couverture des services de dépistage du VIH

Considérées conjointement avec les analyses de rendement du dépistage, les estimations de la proportion des établissements de santé proposant des services de dépistage du VIH peuvent mettre en lumière les priorités à respecter pour le déploiement des approches existantes.

D’après le Plan national de développement sanitaire 2015-2024 (PNDS), le pays compte 1 383 structures de santé publique (410 centres de santé et 925 postes). Le rapport de 2017 du CNLS recense 24 structures parapubliques et 371 structures de santé privées (dont 35 de type confessionnel ou associatif) supplémentaires. [R] L’enquête SARA 2017, qui englobait les établissements privés, a comptabilisé un total de 2 263 structures de santé.

### 4.3.1 Le CDIS à des fins de diagnostic

Fin 2017, 149 structures de santé publique, dont 128 (86 %) répertoriées dans la base de données issue des rapports nationaux, fournissaient des services de CDIS et/ou de CDV. Parmi elles, 89 (60 %) ont transmis au PNLSH des données relatives au dépistage du VIH. **Ces chiffres signifient qu’environ 6,4 % de l’ensemble des structures de santé publique (soit 22 % des centres de santé) offrent des prestations de dépistage du VIH faisant l’objet d’un suivi** (figure 4.4). Sur les 2 263 structures de santé existantes, l’enquête SARA en a recensé 477 (soit 21 %) dotées des moyens nécessaires pour proposer des services de conseil et de dépistage du VIH.

En ce qui concerne les services de CDIS auprès des PVVIH, d’importantes disparités régionales se font jour (tableau 4.2). En 2017, **51 % de l’ensemble des tests de dépistage ont été réalisés dans la région de Conakry**, ce qui représente 28 tests pour 1 000 habitants et 1,9 tests par PVVIH [R]. Pour toutes les autres régions, la proportion de tests effectués varie de 3 % (Mamou) à 11 % (Kindia), soit respectivement de 4 à 6 tests pour 1 000 habitants, et de 0,3 (Labé) à 0,7 tests (Kindia) par PVVIH. **L’ensemble des régions hors Conakry doivent renforcer leur offre de services en matière de CDIS.**

#### Tableau 4.2 : Nombre de tests effectués en 2017, par région

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tests | % | Tests/1 000 habitants | Tests/PVVIH |
| Conakry | 53 060 | 51 | 28 | 1,9 |
| Kindia | 11 068 | 11 | 6 | 0,7 |
| Boké | 6 094 | 6 | 5 | 0,4 |
| Mamou | 3 198 | 3 | 4 | 0,5 |
| Labé | 4 459 | 4 | 4 | 0,3 |
| Kankan | 11 676 | 11 | 5 | 0,6 |
| Faranah | 4 909 | 5 | 5 | 0,5 |
| N’Zérékoré | 9 461 | 9 | 5 | 0,5 |
| **Total** | **103 925** |  | **9** | **0,8** |

Source : Revue épidémiologique et programmatique, et analyse de cascades en Guinée : Rapport préliminaire (Lafort, Y., 2017)

#### Figure 4.4 Structures de santé publique proposant des services de dépistage du VIH dans le cadre du CDIS, de la PTME et aux patients atteints de tuberculose



### 4.3.2. PTME

Une analyse de la cascade de soins dans le cadre de la PTME révèle de nombreux points faibles auxquels il convient de remédier afin d’optimiser la couverture et l’incidence de ces services.

En 2017, d’après des estimations réalisées par Spectrum, le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH a été évalué à 6 900. Au moins 84 % d’entre elles auraient bénéficié de soins prénataux durant leur grossesse, et 71 % d’un dépistage du VIH dans ce contexte.Toutefois, parmi les 4 900 femmes enceintes vivant avec le VIH ayant fréquenté un établissement offrant des services de PTME, seules 63 % (soit 3 087) ont effectivement passé un test de dépistage.

En d’autres termes, en 2017 :

environ 1 104 femmes enceintes infectées par le VIH n’ont pas bénéficié de soins prénataux  ;

environ 897 femmes enceintes infectées par le VIH ont bénéficié de soins prénataux sans qu’on ne leur propose un dépistage du VIH ;

environ 1 794 femmes se sont rendues dans une structure offrant des services de PTME, mais n’ont pas bénéficié d’un test de dépistage.

#### Figure 4.5 : Cascade des soins dans le cadre de la PTME en Guinée (2017)

N = 6 900

Source : Revue épidémiologique et programmatique, et analyse de cascades en Guinée : Rapport préliminaire (Lafort, Y., 2017)

**Ces données révèlent que l’optimisation de l’offre de dépistage du VIH et du recours à celui-ci dans les structures existantes doit être une priorité,** et est susceptible d’accroître la couverture de dépistage du VIH de 45 % à 70 % au maximum.

La deuxième priorité doit être l’augmentation de l’offre de dépistage du VIH dans l’ensemble des dispensaires prénatals. Adoptées conjointement, ces deux approches permettraient d’établir jusqu’à près de **2 700 nouveaux diagnostics** annuels chez les femmes enceintes infectées par le VIH, d’après les rendements actuels.

Des analyses de la cascade de la PTME par région indiquent les endroits où il convient de concentrer les efforts de renforcement des services. Au niveau régional, l’écart le plus important entre le nombre de femmes ayant bénéficié de soins prénataux durant leur grossesse et le nombre de celles ayant passé un test de dépistage a été observé à Kankan, où, en 2018, seules 33 % (35 390 sur 107 589) des femmes enceintes ont bénéficié d’un test dans le cadre d’une consultation prénatale, 72 000 n’ayant donc pas été dépistées (figure 4.5). **Des initiatives visant à améliorer le dépistage du VIH dans les services de PTME existants peuvent être axées sur la région de Kankan**, dans l’attente d’autres résultats issus des évaluations relatives à la PTME qui auront lieu en 2019.

En outre, les actions menées afin d’étendre la couverture du dépistage du VIH dans le cadre des soins prénatals au-delà des services de PTME existants doivent s’appuyer sur les données régionales. Ces dernières mettent en lumière des disparités en matière de couverture du dépistage par ces services au regard du nombre d’habitants.

En 2018, on dénombrait 446 services de PTME au sein des établissements de santé publique, soit une couverture de 32 % (figure 4.4). Parmi ces services, 415 (93 %) ont communiqué des données au premier semestre, et 706 structures (soit environ 51 % de l’ensemble des établissements de santé publique) ont été répertoriées comme susceptibles d’offrir des services de PTME. Officiellement, aucune structure de santé n’a proposé de dépistage du VIH aux femmes enceintes sans l’assortir d’une proposition de traitement antirétroviral jusqu’aux 18 mois de l’enfant.

#### Figure 4.6 : Cascade de la PTME en Guinée, par région (2018)



La région de N’Zérékoré a enregistré la plus forte proportion de services de PTME (23 %), la plus faible se trouvant dans les régions de Conakry et de Faranah (7 %). La répartition de ces services varie de 1,7 établissement pour 100 000 habitants à Conakry, à 5,6 établissements pour 100 000 habitants à Labé. Ces analyses révèlent que les régions de Kankan, Kindia et Conakry sont relativement bien couvertes, tandis que **Faranah et Mamou doivent faire l’objet d’efforts appuyés pour développer les services de PTME.**

Un fort taux d’établissement de liens avec le traitement antirétroviral (89 %) a été observé dans les services de PTME. En 2017, le nombre de débuts de traitements antirétroviraux (3 017) correspondait à 40 % des 6 900 femmes vivant avec le VIH cette année là, selon les estimations.

#### Tableau 4.3 : Nombre de femmes enceintes testées et traitements PTME initiés en 2017, par région

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Testées | % | Testées/  1 000 habitants | Testées positives | Taux de séropositivité (%) | Traitements PTME initiés | % | PTME/  100 000 habitants |
| Conakry | 39 042 | 17 | 21 | 917 | 2,3 | 764 | 28 | 41 |
| Kindia | 37 125 | 17 | 21 | 454 | 1,2 | 410 | 15 | 23 |
| Boké | 21 631 | 10 | 18 | 397 | 1,8 | 308 | 11 | 25 |
| Mamou | 10 572 | 5 | 13 | 134 | 1,3 | 120 | 4 | 15 |
| Labé | 33 895 | 15 | 30 | 259 | 0,8 | 250 | 9 | 22 |
| Kankan | 35 780 | 16 | 16 | 396 | 1,1 | 362 | 13 | 16 |
| Faranah | 7 434 | 3 | 7 | 93 | 1,3 | 93 | 3 | 9 |
| N’Zérékoré | 39 333 | 17 | 22 | 460 | 1,2 | 450 | 16 | 25 |
| **Total** | **224 812** |  | **19** | **3 110** | **1,4** | **2 757** |  | **23** |

Source : Revue épidémiologique et programmatique, et analyse de cascades en Guinée : Rapport préliminaire (Lafort, Y., 2017)

***D’après les estimations de la couverture du dépistage du VIH chez les nouveau-nés,*** environ 6 555 enfants sont nés de mères séropositives en 2017, dont 2 044 ont eu accès à un service de PTME. Le nombre d’enfants testés à l’âge de 18 mois était de 618, soit 31 % des enfants exposés nés de mères ayant eu accès à un service de PTME, et 9 % de l’ensemble des enfants exposés testés à 18 mois.

*Figure 33 : Cascade des enfants exposés, 2017*

### 4.3.3 Dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose

Chez les patients atteints de tuberculose, le dépistage du VIH s’appuyant sur les établissements existants produit des rendements élevés, et remporte une adhésion relativement importante là où il est proposé, à l’exception de trois régions (N’Zérékoré, Boké et Kindia), où celle-ci est restée inférieure à 75 % en 2018 (figure 4.7).

#### Figure 4.7 : Taux de dépistage et taux de séropositivité chez les patients atteints de tuberculose en 2018, par région



Cependant, sur les 58 centres de traitement de la tuberculose existant en Guinée fin 2018, seuls 38 (66 %) proposent le dépistage du VIH et 28 (48 %) un traitement antirétroviral (figure 4.8).

#### Figure 4.8 : Taux de dépistage et taux de séropositivité chez les patients atteints de tuberculose en 2018, par région

* Ces données soulignent la nécessité d’appuyer les services de dépistage du VIH existant dans les centres de traitement de la tuberculose, particulièrement ceux situés dans les régions de N’Zérékoré, Boké et Kindia.
* Il est urgent de mettre en place des services de dépistage du VIH dans les centres qui n’en disposent pas actuellement (soit 20 sur 58), et de proposer l’accès à un traitement antirétroviral dans l’ensemble de ces centres, prioritairement dans ceux enregistrant au moins 250 consultations par an.

**L’augmentation des taux de dépistage du VIH chez les patients déclarés atteints de tuberculose de 83 à 100 % permettrait d’établir 600 nouveaux diagnostics annuels de séropositivité,** dans l’hypothèse où le taux national moyen de cas d’infection à VIH détectés au moyen du dépistage de patients atteints de tuberculose (24 %) a été atteint parmi les 17 % de patients déclarés atteints de tuberculose n’ayant pas été testés en 2017.

### 4.3.4 CDIS auprès des donneurs de sang

La Guinée possède un centre national, quatre centres régionaux (Kankan, Labé, Boké et N’Zérékoré) et 34 unités hospitalières de transfusion sanguine.

Les données de 2015 indiquent que 39 292 dons de sang ont été recueillis et soumis à des tests de dépistage du VIH, dont 3,5 % se sont révélés positifs (au premier test). En 2017, le nombre de dons a avoisiné les 50 000 et les tests de dépistage (premiers tests) ont produit des résultats identiques. Les résultats des tests ne sont pas communiqués aux donneurs, auxquels on ne propose pas non plus de CDIS sur place, en fonction des résultats du dépistage. Ceux dont le test est positif sont incités à poursuivre le dépistage ou à effectuer un bilan de santé dans un autre établissement, mais ces données ne sont pas consignées et la proportion de personnes observant les recommandations émises reste inconnue.

Les services de transfusion sanguine ont un devoir de protection non seulement envers les donneurs de sang, mais aussi envers les transfusés. Ils doivent confirmer aux donneurs les résultats préliminaires du test de dépistage du VIH, leur fournir des informations, des conseils et un accompagnement pour leur permettre de faire face à cette situation, et les orienter vers un traitement [R]. Le CDIS accompagné d’une orientation des patients doit être proposé à tous les donneurs diagnostiqués séropositifs dans l’ensemble des centres de transfusion sanguine. La mise en place systématique du CDIS auprès des donneurs de sang est susceptible d’accroître le nombre de cas diagnostiqués dans les établissements où une orientation des patients vers un traitement antirétroviral est réalisable sur place.

**Si 80 % des donneurs de sang testés séropositifs étaient informés des résultats et bénéficiaient de services de CDIS, près de 1 400 diagnostics supplémentaires pourraient être établis chaque année,** dans l’hypothèse d’un rendement des dépistages de 3,5 % et de 50 000 dons de sang par an.

### 4.3.5 Le dépistage du VIH dans le contexte des interventions de planification familiale et des consultations relatives aux infections sexuellement transmissibles

Les politiques nationales précisent que le dépistage du VIH doit systématiquement être proposé aux patients présentant des symptômes d’infections sexuellement transmissibles (IST) ou fréquentant des centres de traitement des IST, ainsi qu’aux femmes se rendant aux consultations de planification familiale. Or, en pratique, cela est rarement le cas.

Il n’existe aucune donnée sur la proportion de consultations relatives à la planification familiale ou aux IST lors desquelles un dépistage du VIH a été proposé. Les informations obtenues auprès des parties prenantes révèlent que celui-ci est rarement proposé lors des consultations de planification familiale, mais l’est davantage lorsque les patients présentent des symptômes d’IST, en fonction des trousses de dépistage disponibles.

### 4.3.6 Populations clés et vulnérables

Les données issues de l’ESCOMB 2017 indiquent que le taux de dépistage du VIH est relativement élevé parmi les populations clés et vulnérables, à l’exception des détenus (figure 3.6). Cependant, il existe probablement un fort taux de chevauchement entre les membres des populations clés acceptant d’être recensés dans les enquêtes et ceux souhaitant bénéficier de services spécifiquement axés sur leurs besoins.

#### Figure 4.9 : Proportion de populations clés et vulnérables ayant connaissance de leur statut VIH en 2017, par sexe



En raison du faible nombre de personnes appartenant aux populations clés (celles acceptant d’être recensées comme telles) et de l’excellente couverture des programmes existants, un phénomène de saturation (faibles rendements) est plus susceptible d’apparaître au sein de ces populations.

Si le dépistage de l’ensemble des partenaires sexuels, des coépouses et des enfants des membres des populations clés et vulnérables diagnostiqués séropositifs devrait produire des rendements élevés, sa mise en œuvre est toutefois très limitée.

# 5. Difficultés rencontrées par les stratégies de dépistage existantes

Une analyse des points forts, points faibles, possibilités offertes et risques entraînés (analyse SWOT) a été réalisée à partir des informations recueillies lors d’entretiens avec les parties prenantes, afin de connaître les principaux facteurs au sein des systèmes de santé perçus comme des entraves à la progression vers l’objectif du « premier 90 ». Une synthèse des résultats est présentée dans le tableau 5.1.

L’une des conclusions essentielles de l’analyse est que les conditions financières et de gouvernance sont globalement favorables à la réalisation de progrès vers l’objectif du « premier 90 ». Il est possible de traiter les nouvelles priorités définies en matière de dépistage du VIH en reprogrammant le budget du Fonds mondial et en l’alignant sur le PNLSH et ses principaux bénéficiaires au milieu de 2019.

En matière de ressources humaines, le potentiel du nouveau cadre d’agents de santé (agents psychosociaux ou APS) non professionnels a été souligné comme élément propice à la réalisation du « premier 90 ». Les agents psychosociaux sont formés et encadrés par la Croix-Rouge afin d’effectuer des tests de dépistage du VIH, d’apporter un soutien psychosocial avant et après le test, et de procéder à la notification volontaire assistée des partenaires ainsi qu’au dépistage des proches d’un cas de référence à domicile ou dans un établissement spécialisé.

Si les agents psychosociaux peuvent contribuer à combler les lacunes en matière de ressources humaines observées dans le cadre du dépistage du VIH, le nombre total de personnes disponibles en 2019-2020 sera probablement très insuffisant pour doter chaque établissement de santé publique d’un agent psychosocial. **Le renforcement du recrutement, de la formation et de l’encadrement des agents psychosociaux en 2019 et 2020 doit être une priorité absolue.**

Si les systèmes existants de suivi et d’évaluation (S&E) du dépistage du VIH constituent une base solide pour surveiller les progrès réalisés vers l’objectif du « premier 90 », des efforts doivent être déployés afin de garantir qu’un plus grand nombre de structures proposant des services de CDIS transmettent leurs données relatives au dépistage du VIH et que celles-ci soient ventilées par service (hospitalisations, planification familiale [PF], consultations relatives aux IST), du moins dans les établissements effectuant de nombreux tests par an.

#### Tableau 5.1 : Synthèse de l’analyse SWOT des facteurs entravant les progrès vers l’objectif du « premier 90 »



Par ailleurs, lors de l’atelier de consultation des parties prenantes, une série d’analyses SWOT a été réalisée afin de mieux comprendre les principales difficultés liées à la mise en œuvre de stratégies efficaces de dépistage du VIH. Les tableaux 5.2 à 5.4 ci-dessous synthétisent les principales conclusions de ces analyses.

En ce qui concerne les services de CDIS destinés à l’ensemble de la population, les recommandations essentielles issues de l’analyse sont la nécessité **d’actualiser les protocoles et les procédures nationaux en matière de CDIS**, afin que **davantage de structures offrent cette prestation** – en tenant compte des études cartographiques en cours – et de veiller à ce que **ces services soient systématiquement proposés aux populations hautement prioritaires**. Le dépistage du VIH chez **les patients hospitalisés** ou se présentant **aux urgences** est prévu dans la politique nationale, mais n’est pas systématiquement mis en œuvre et apparaît donc comme une occasion manquée de détecter et de traiter des cas de séropositivité. **Les outils d’aide à la prise de décisions** dont disposent les agents de santé pour repérer les patients auxquels ils doivent proposer un dépistage du VIH ne sont pas systématiquement utilisés.

**La notification assistée aux partenaires et le dépistage des proches des cas de référence** ne sont pas explicitement mentionnés dans les directives nationales ni répertoriés parmi les outils courants de collecte de données. Les parties prenantes signalent qu’ils sont rarement mis en place. Il est probable que les membres de la famille de la plupart des patients suivant un traitement antirétroviral ne se sont pas vu proposer de dépistage du VIH.

#### Tableau 5.2 : Synthèse de l’analyse SWOT des facteurs entravant la mise en œuvre du CDIS



Services de dépistage du VIH pour les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals

Plusieurs points forts relatifs au programme de PTME ont été soulignés, notamment la cohérence de la stratégie nationale, la coordination entre le programme et ses partenaires et la solide implantation de la PTME dans la région. Des fonds supplémentaires de l’Agence des États-Unis pour le développement international peuvent être mobilisés dans certaines régions pour des projets relatifs à la santé maternelle, afin d’étendre la portée du dépistage du VIH dans le cadre des soins prénatals.

Parmi les principaux obstacles à une prestation optimale des services de PTME figurent la faible motivation du personnel, l’encadrement insuffisant des agents de santé communautaires et les fréquentes ruptures de stock dans certaines structures. La stigmatisation généralisée du VIH freine le recours au dépistage dans les services de PTME où il est proposé. Les difficultés liées à la divulgation et à la notification aux partenaires nuisent au dépistage des proches des cas de référence. Les évaluations en cours des services de PTME doivent aboutir à des recommandations spécifiques à chaque site afin d’augmenter le recours au dépistage du VIH.

La notification volontaire assistée aux partenaires n’est pas systématiquement proposée aux femmes testées séropositives lors d’une consultation prénatale. Inversement, elle est parfois proposée aux femmes testées séronégatives dans le même contexte. Chez les partenaires qui ont passé un test de dépistage du VIH, le rendement est extrêmement variable et la qualité des données limitée. La politique nationale doit s’aligner sur la ferme recommandation de l’OMS selon laquelle la notification volontaire assistée aux partenaires doit systématiquement être proposée dans le cadre d’une prestation globale de dépistage et de soins. Le dépistage des coépouses et de tous les enfants doit lui aussi être systématiquement proposé dans le cas d’un diagnostic de séropositivité.

Les données issues du programme pilote de fourniture de tests d’autodépistage pour les partenaires des femmes enceintes séropositives révèlent une faible adhésion mais un rendement élevé. Un déploiement progressif de cette pratique dans certaines structures de PTME fréquentées par un grand nombre de femmes enceintes séropositives est recommandé, dès lors que MSF peut aider à sa mise en œuvre, conformément aux recommandations de l’OMS.

Un solide appui des partenaires d’exécution et un système rigoureux de suivi et d’évaluation fonctionnant de manière satisfaisante font partie des facteurs favorables au programme de PTME. En outre, la Guinée dispose de fonds importants pour la santé maternelle et infantile, offrant un potentiel d’optimisation des services, ainsi que d’agents de santé communautaires déjà mobilisés pour inciter les femmes à accoucher dans des établissements de santé.

Tableau 5.3 : Synthèse de l’analyse SWOT des facteurs entravant la mise en œuvre de la PTME 

Populations clés et vulnérables : services adaptés et campagnes mobiles

Les services consacrés aux populations clés sont relativement bien financés et appuyés actuellement par des partenaires de mise en œuvre et des organisations non gouvernementales telles que Plan International, FMG et MSF. Ils bénéficient d’autres appuis, parmi lesquels de solides réseaux de pairs d’hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et de professionnelles du sexe, qui permettent d’atteindre les membres invisibles des populations clés. Toutefois, ces communautés restent fortement stigmatisées, ce qui complique leur accès aux services de dépistage du VIH et génère de faibles taux d’utilisation de ces services dans les cliniques traditionnelles.

Actuellement, le manque de stratégies relatives au dépistage du VIH chez les partenaires sexuels, les coépouses et les enfants des membres des populations clés et vulnérables diagnostiquées séropositives constitue un point faible. Susceptibles de produire des rendements élevés, de telles approches doivent devenir une priorité.

L’orientation des membres des populations clés et vulnérables diagnostiqués séropositifs par le biais de modèles de dépistage communautaires vers les thérapies antirétrovirales est largement perçue comme sous-optimale par les parties prenantes. Cette approche doit donc être renforcée. Il convient de trouver des solutions visant à introduire l’autodépistage chez les populations clés et leur entourage.

#### Tableau 5.4 : Synthèse de l’analyse SWOT des facteurs entravant la mise en œuvre des services de dépistage pour les populations clés et vulnérables



# 6. Analyse des politiques nationales relatives au dépistage du VIH

L’analyse des politiques de dépistage du VIH en vigueur a mis en lumière certaines lacunes et incohérences par rapport aux recommandations actuelles de l’OMS. Il ressort des consultations menées auprès des parties prenantes que la mise en œuvre de certaines politiques est loin d’être rigoureuse ou harmonieuse (figure 6.1).

L’algorithme de dépistage du VIH est recommandé en Guinée dans les zones à prévalence élevée, et doit être revu afin de refléter les directives de l’OMS concernant les zones à faible prévalence. Sauf quand il a lieu dans le cadre des soins prénatals, le dépistage du VIH est assuré par des techniciens de laboratoire qui ne s’occupent pas de la fourniture du diagnostic présomptif ou de conseils après les tests. Une nouvelle politique, assortie d’un manuel de formation, vise à aider les agents de santé non professionnels à prendre en charge le dépistage du VIH et le soutien psychologique aux PVVIH, mais sa mise en œuvre n’en est qu’à ses premiers pas.

La politique nationale relative au CDIS, bien que rigoureuse et accompagnée d’un manuel de formation, doit être mise à jour pour tenir compte de l’évolution récente des instructions de l’OMS. Plus particulièrement, il n’est fait aucune mention de la notification assistée aux partenaires et de leur dépistage ni des individus séropositifs. En outre, il est ardu de déterminer si une formation de remise à niveau est en place ou la manière dont la supervision est assurée.

Si le plan national visant l’élimination de la transmission mère-enfant fait siennes la plupart des recommandations actuelles de l’OMS, il comprend également la répétition du dépistage chez les femmes enceintes séronégatives, qui n’est pourtant pas préconisée dans les zones à faible prévalence (sauf pour les femmes enceintes appartenant aux populations clés ou dont le partenaire est séropositif). La notification assistée aux partenaires est conseillée quel que soit le statut VIH de la femme, et doit faire l’objet d’une mise à jour afin d’accorder une attention particulière aux femmes séropositives. Dans la pratique, les approches hétérogènes et la mise en œuvre inégale de la notification aux partenaires et du dépistage indicateur dans le cadre du programme de PTME se traduisent par une couverture insuffisante.

Il convient de signaler que les recommandations concernant les services de dépistage du VIH pour les populations clés sont expressément formulées dans les documents d’orientation nationale et sont appliquées de manière satisfaisante. L’autodépistage des populations clés n’est pas encore mis en pratique, mais des politiques nationales encadrant cette méthode sont en cours d’élaboration et devraient être appliquées d’ici la fin 2020.

#### Figure 6.1 : Aperçu de l’alignement des politiques et pratiques nationales sur les recommandations de l’OMS



*\* FE – Femmes enceintes*

non oui partiel

# 7. Principales recommandations concernant le dépistage du VIH en Guinée

Des recommandations importantes sur le dépistage du VIH en Guinée pour les quatre principales populations cibles ont été émises à partir des résultats de l’analyse de situation. Elles sont présentées ci-après et résumées dans les figures 8.1 à 8.4.

## 7.1 Population globale

**Le CDIS doit être considéré comme une composante essentielle de la stratégie de dépistage du VIH en Guinée pour la période 2019-2024 afin d’accroître le nombre de personnes vivant avec le VIH conscientes de leur séropositivité.**

**Quand** le CDIS doit-il être proposé ?

* Les services de conseil et de dépistage à l’initiative du soignant doivent être accessibles pendant les heures d’ouverture des établissements de santé, ainsi que le soir et la nuit dans le cadre des services d’urgence.

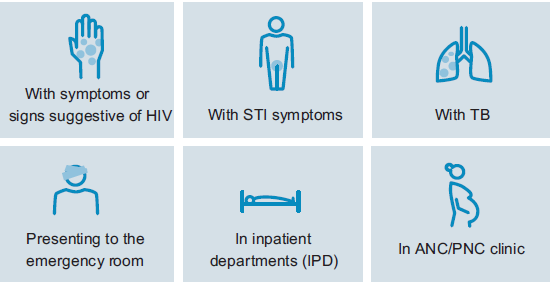
**Où** le CDIS doit-il être proposé ?

* Les services de conseil et de dépistage à l’initiative du soignant doivent être disponibles dans **tous les hôpitaux et les centres de santé de Guinée, ainsi que dans tous les postes sanitaires des zones urbaines, près des frontières et aux abords des mines**.À cette fin, il est nécessaire d’augmenter le nombre de structures sanitaires assurant ces services.

**Quels soignants** peuvent suggérer le conseil et le dépistage du VIH ?

* Les agents de santé formés fournissant des services de dépistage du VIH dans l’ensemble des structures sanitaires accréditées peuvent suggérer le conseil et le dépistage du VIH.
* Les agents psychosociaux peuvent prendre en charge le dépistage dans les établissements de santé.
* Dans l’idéal, le diagnostic présomptif, le dépistage lui-même et la communication des résultats sont pris en charge par le même agent de santé afin de réduire le risque que les patients ne fassent pas le test ou n’aient pas recours aux conseils ultérieurs.
* Les techniciens de laboratoire, les cliniciens ou le personnel infirmier peuvent assurer les services de dépistage du VIH dans les établissements de santé.

**Dans quelles circonstances** le CDIS est-il proposé ?





Conseil et dépistage à l’initiative du soignant

**Mise en place systématique du CDIS pour les patients**

Le CDIS est systématiquement mis en place pour les patients adultes suivants :



* Les patients ambulatoires en consultation peuvent, à l’aide d’un outil de prise de décision, être amenés à faire à un test de dépistage, ce qui permettrait d’accroître le taux de diagnostics parmi les PVVIH présentant un stade clinique 3 ou 4 (OMS).
* Les patients souffrant de tuberculose doivent systématiquement faire un test de dépistage du VIH. Il faut identifier les sites affichant un faible taux de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux en analysant régulièrement la chaîne de soins de la tuberculose par structure et par région pour leur apporter un soutien adapté.
* Il faut proposer le test de dépistage à l’ensemble des patients présentant des signes cliniques et des symptômes de l’infection au VIH.
* Il faut systématiquement proposer le test de dépistage à l’ensemble des patients souffrant d’infections sexuellement transmissibles ou consultant des professionnels de la santé à ce même sujet.
* Il faut proposer le test de dépistage du VIH à l’ensemble des patients hospitalisés. L’ensemble des services doit compter un spécialiste du dépistage du VIH de sorte que tous les patients soient informés de l’importance que revêt la procédure et acceptent de se faire dépister. Les patients consentants doivent pouvoir faire le test dans le même service sans avoir à se déplacer au sein de l’établissement hospitalier.
* Les prestataires doivent proposer des services de conseil et de dépistage à l’ensemble des patients se rendant aux urgences ou subissant une intervention chirurgicale.
* Les prestataires doivent systématiquement proposer des services de conseil et de dépistage à toute personne bénéficiant d’une consultation de planification familiale.
* Les prestataires doivent systématiquement proposer des services de conseil et de dépistage à tout donneur de sang et à ses éventuels accompagnateurs.
* Les prestataires doivent systématiquement proposer des services de conseil et de dépistage à tous les patients ne suivant pas de traitement antirétroviral qui se rendent en consultation de quelque type que ce soit dans un établissement de santé d’une zone sensible susceptible de présenter une forte prévalence du VIH. Sont concernés les établissements de santé où l’on recense un taux élevé de séropositivité chez les femmes accédant aux services de soins prénatals, ainsi qu’une faible couverture de dépistage du VIH chez les hommes et les femmes qui ne sont pas enceintes – autrement dit, dans les zones urbaines à forte prévalence, près des mines, dans les quartiers comptant de nombreux bars ou professionnelles du sexe, etc.

Considérations concernant la mobilisation

* Les agents de santé communautaires doivent contribuer à fournir aux membres de la communauté des informations sur le dépistage du VIH, comme ses avantages et l’emplacement des services concernés.
* Les agents psychosociaux doivent promouvoir l’accessibilité et la demande de services de dépistage des proches de cas de référence.
* Il faut aider les réseaux de PVVIH à convaincre les membres de leur communauté susceptibles d’être exposés au risque d’infection de se soumettre au test de dépistage du VIH.

Considérations concernant l’établissement de liens avec les soins

* Il faut renforcer les mécanismes d’orientation vers les services de traitement antirétroviral et le soutien psychosocial dans les établissements de santé où le CDIS est en place et relève, entre autres, des agents psychosociaux.
* Le taux de mise en relation avec les services de traitement antirétroviral doit faire l’objet d’un suivi rigoureux, axé sur les raisons justifiant le CDIS.

#### Figure 8.2 : Résumé des différentes stratégies de dépistage du VIH au sein de la population globale



## Femmes enceintes (et allaitantes)

Le dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes dans les services de soins prénatals, assorti de recommandations supplémentaires, est une composante essentielle du CDIS. La stratégie visant à accroître la proportion de PVVIH conscientes de leur séropositivité en Guinée doit avoir pour objectif d’élever sensiblement le taux de dépistage du virus chez les femmes enceintes et allaitantes.

**Quand** le CDIS doit-il être proposé aux femmes enceintes ?

* Le CDIS doit être disponible pour les femmes enceintes et allaitantes pendant les heures d’ouverture des établissements de santé.
* Le CDIS pour les femmes enceintes et allaitantes doit être disponible 24 heures sur 24 dans les salles de travail et d’accouchement.
* Les agents de santé formés à l’identification de profils spécifiques doivent prendre en charge le CDIS et les services de dépistage du VIH dans l’ensemble des structures sanitaires accréditées.
* Dans l’idéal, le diagnostic présomptif, le dépistage lui-même et la communication des résultats sont pris en charge par le même agent de santé afin de réduire le risque que les patients ne fassent pas le test ou n’aient pas recours aux conseils ultérieurs.
* Les techniciens de laboratoire, les cliniciens ou le personnel infirmier peuvent assurer les services de dépistage du VIH dans les établissements de santé.

**Où** le CDIS doit-il être proposé aux femmes enceintes ?

* L’intensification des services de conseil et de dépistage des femmes enceintes à l’initiative du soignant doit faire en sorte que le dépistage du VIH soit systématiquement proposé dans le cadre des soins prénatals i) dans l’ensemble des centres de santé et ii) dans les postes sanitaires des zones susceptibles de présenter une forte prévalence du VIH, notamment les zones urbaines, près des frontières et des mines, etc.
* Une priorité de rang secondaire consiste à garantir que le conseil et le dépistage systématiques des femmes enceintes à l’initiative du soignant soient disponibles dans l’ensemble des établissements de santé assurant des soins prénatals, *y compris lorsque l’option B+ (traitement antirétroviral) n’est pas fournie sur place*.

**Quels services** doivent accompagner le CDIS proposé aux femmes enceintes ?

* Toutes les femmes enceintes ayant recours aux services de soins prénatals doivent avoir la possibilité de faire **un** test de dépistage du VIH par grossesse.
* La répétition systématique des tests de dépistage chez les femmes enceintes séronégatives pendant le troisième trimestre de la grossesse et pendant ou après l’accouchement n’étant pas recommandée dans les zones à faible prévalence du VIH, cette pratique doit être abandonnée en Guinée.
* La répétition des tests de dépistage chez les femmes enceintes séronégatives doit se limiter aux femmes à haut risque (celles ayant un partenaire séropositif, les professionnelles du sexe, etc.) déclarées séronégatives après un premier test effectué pendant la grossesse.
* Les femmes apprenant leur séropositivité dans le cadre des soins prénatals doivent se voir proposer systématiquement des services de notification volontaire assistée à leur(s) partenaire(s), au même titre qu’un accompagnement psychosocial relevant de mécanismes communautaires ou cliniques, dont les agents psychosociaux.
* Il convient de systématiquement proposer un dépistage du VIH et un suivi aux enfants de femmes séropositives (outre des campagnes régulières de ratissage) dans le cadre de la PTME.
* Un appui doit être fourni aux cliniques enregistrant de forts rendements de dépistage et dont les services en la matière sont insuffisants, afin d’augmenter le nombre de femmes faisant le test de dépistage du VIH.

Considérations concernant la mobilisation

* Il faut exploiter les efforts des programmes de santé maternelle visant à encourager le recours aux soins prénatals et à augmenter la présence de personnel qualifié lors de l’accouchement pour promouvoir le dépistage du VIH chez les femmes enceintes.

Considérations concernant l’établissement de liens avec les soins

* Le traitement antirétroviral doit être proposé en même temps que la communication du diagnostic de séropositivité ou dès que le patient est jugé prêt.
* Au moins un agent psychosocial doit être disponible dans chaque centre de santé et poste sanitaire assurant le dépistage du VIH dans le cadre des soins prénatals afin de fournir un soutien psychosocial aux femmes apprenant leur séropositivité, y compris à l’occasion de visites à domicile si tel est leur souhait, en vue de promouvoir la mise en route d’un traitement antirétroviral.
* En cas de rupture de stock empêchant le début de la thérapie, il faut réorienter les femmes vers les centres les plus proches où elles peuvent bénéficier d’un traitement antirétroviral, ou les contacter une fois que le traitement est disponible.
* Les agents psychosociaux doivent orienter les femmes vers les services de prise en charge lorsque leur nourrisson est âgé de 18 mois.

#### Figure 8.3 : Résumé des différentes stratégies de dépistage du VIH chez les femmes enceintes



## Enfants et adolescents

**Quand** le CDIS doit-il être proposé aux enfants et aux adolescents ?

* Lorsqu’une mère est déclarée séropositive dans le cadre des soins anténatals ou de tout autre service de dépistage, il faut dès que possible proposer le dépistage à tous ses enfants (ainsi qu’à son partenaire et à ses coépouses).
* Il faut proposer le dépistage du VIH à tous les enfants hospitalisés qui présentent des signes de malnutrition dès leur admission.
* Il faut proposer le test de dépistage du VIH aux adolescentes ayant recours aux services de planification familiale.

**Où** le CDIS doit-il être proposé aux enfants et aux adolescents ?

* Les services de CDIS pour les enfants et les adolescents dont la mère est séropositive doivent être intégrés dans les programmes de PTME.
* Les agents psychosociaux peuvent proposer les tests lors des visites à domicile dans le cadre du dépistage des proches d’un cas de référence.
* Il faut proposer le test de dépistage du VIH aux adolescentes ayant recours aux services de planification familiale.

**Quels soignants** peuvent proposer le conseil et le dépistage aux enfants et aux adolescents ?

* Le personnel infirmier ou les sages-femmes fournissent des services de diagnostic précoce des nourrissons dont la mère est séropositive et de dépistage du VIH chez les enfants plus âgés.
* Les agents psychosociaux peuvent aussi fournir des services de dépistage du VIH chez les enfants et les adolescents.

**Quels services** doivent être proposés aux enfants et aux adolescents ?

* Le diagnostic précoce doit être proposé pour tous les nourrissons exposés.
* Il faut mener des campagnes de rattrapage chez les nourrissons dont la mère a été perdue de vue en amont de la cascade de soins de PTME

Considérations concernant la mobilisation

* Les agents psychosociaux et les agents de santé communautaires doivent activement promouvoir le dépistage des enfants dans le cadre des visites à domicile.

Considérations concernant l’établissement de liens avec les soins

* Les mères et leurs enfants suivant un traitement antirétroviral doivent être pris en charge simultanément par un seul prestataire de soins de santé dans la même clinique.

#### Figure 8.2 : Résumé des différentes stratégies de dépistage du VIH chez les enfants et les adolescents



## Populations clés et vulnérables

**Quand** le CDIS doit-il être proposé aux populations clés et vulnérables ?

* Des services doivent être proposés aux populations clés et vulnérables lorsque ces populations sont susceptibles d’être le plus disponibles, y compris en soirée, la nuit ou le week-end.

**Où** le CDIS doit-il être proposé aux populations clés et vulnérables ?

* Près de leur lieu de travail (par exemple, les ports, les bars et les mines) ou des lieux de socialisation (ou dans les prisons).
* Dans les centres communautaires pour les populations clés.
* Dans les services adaptés des centres de santé situés dans les capitales régionales.
* Dans les endroits où de nombreux cas ont été recensés.

**Quels soignants** peuvent proposer le conseil et le dépistage aux populations clés et vulnérables ?

* Les pairs leaders doivent suivre une formation pour être en mesure de fournir des services de dépistage du VIH aux populations clés.
* Le conseil, le dépistage et, le cas échéant, le renvoi vers les services pertinents sont assurés par le même prestataire de soins de santé.

**Quels services** doivent être proposés aux populations clés et vulnérables ?

* Services adaptés aux populations clés et unités mobiles pour mener des campagnes visant les populations clés et vulnérables.
* Services intégrés dans les mesures de prévention.
* Attention prioritaire accordée au dépistage du VIH chez les clients des professionnel(le)s du sexe et en cas de séropositivité chez leurs partenaires.
* Mise à l’essai de l’autodépistage et intensification potentielle de son utilisation par les populations clés et leurs partenaires.

Considérations concernant la mobilisation

* Les activités de mobilisation doivent commencer avant l’arrivée des unités mobiles et le lancement des campagnes.
* Les pairs leaders doivent participer aux efforts visant à convaincre les populations clés de faire un test de dépistage du VIH.

Considérations concernant l’établissement de liens avec les soins

* Un traitement antirétroviral doit être proposée aux personnes dont le test de dépistage du VIH est positif, dès qu’elles sont prêtes.
* Le traitement doit être disponible pour les populations clés dans les services adaptés.
* La mise en relation avec les services de soins par les unités mobiles de dépistage étant difficile, il est nécessaire de mettre en place des dispositifs d’orientation spécifiques en amont dans chaque clinique mobile.
* Il faut faire en sorte que les réseaux de populations clés et leurs leaders contribuent à la mise en relation avec les services de soins.
* Le traitement antirétroviral doit être disponible dans les centres communautaires ciblant les populations clés dans les zones urbaines où ces populations sont présentes en grand nombre.

#### Figure 8.3 : Résumé des différentes stratégies de dépistage du VIH au sein des populations clés et vulnérables



## Notification aux partenaires et dépistage des proches d’un cas de référence

Soumettre à un test de dépistage les partenaires et les enfants d’un patient dont la séropositivité est avérée constitue une priorité, notamment dans les environnements à faible prévalence.

La notification du partenaire est un processus volontaire en vertu duquel les agents de santé formés demandent aux personnes séropositives si elles acceptent que des services de dépistage soient proposés à leurs partenaires sexuels. La notification aux partenaires peut être **passive** ou **assistée**. Il convient en outre de proposer le test de dépistage aux enfants d’une personne séropositive.

On appelle notification passive la démarche d’un prestataire formé qui incite les patients séropositifs à divulguer eux-mêmes leur statut à leur(s) partenaire(s) sexuel(s) (ou à leurs partenaires d’injection de drogues), et à suggérer également à ceux-ci de se faire dépister pour le VIH.

On entend par notification assistée aux partenaires l’aide fournie par un prestataire formé aux patients séropositifs (qui ont signifié leur consentement) pour divulguer leur statut ou informer anonymement leur(s) partenaire(s) sexuel(s). Le prestataire de soins de santé propose ensuite au(x) partenaire(s) de se soumettre au test de dépistage du VIH. On distingue trois types de notification assistée : par le prestataire, contractuelle ou double.

* Notification contractuelle : le patient passe avec un prestataire formé un contrat selon lequel il s’engage à divulguer son statut à son ou ses partenaire(s) et à orienter celui-ci ou ceux-ci vers des services de dépistage du VIH dans un délai convenu. Une fois celui-ci dépassé, le prestataire contacte le(s) partenaire(s) directement et lui (leur) propose de se soumettre au test de dépistage du VIH.
* Il y a notification par le prestataire lorsque celui-ci, avec le consentement du patient séropositif, prend confidentiellement contact avec le(s) partenaire(s) de cette personne et lui (leur) propose un dépistage volontaire du VIH.
* Dans le cadre de la notification double, le prestataire formé accompagne le patient séropositif lorsqu’il révèle son statut à son ou ses partenaires, et propose un dépistage volontaire du VIH à cette ou ces personne(s).

**Procédures de notification aux partenaires et de dépistage indicateur en Guinée :**

1. Il faut conseiller à tous les patients diagnostiqués séropositifs de suggérer aux personnes suivantes de faire un test de dépistage :
   1. les partenaires sexuels actuels ou antérieurs dont le statut n’est pas connu ou qui n’ont pas passé de test au cours des six derniers mois,
   2. les enfants dont le statut n’est pas connu, quel que soit leur âge.
2. Les informations concernant le statut des partenaires et des proches doivent être consignées dans le carnet de prise en charge des patients.
3. Lorsque le patient accepte, d’une part, de divulguer son statut à ses partenaires actuels et antérieurs et à ses enfants et, d’autre part, de les convaincre de se soumettre à un test de dépistage du VIH, un délai d’un mois doit être accordé.
4. Lorsque le patient n’accepte pas de divulguer son statut à ses partenaires actuels et antérieurs, l’agent de santé lui propose de recourir à la notification assistée anonyme ou double.
5. Lorsque le patient accepte d’inciter ses partenaires et ses enfants à faire le test de dépistage et qu’un mois s’écoule sans qu’aucun test n’ait lieu, le dépistage indicateur dans les services communautaires doit être proposé. Le patient consent alors à ce qu’un agent psychosocial formé au dépistage soit informé de l’identité des proches devant faire le test.
6. Le dépistage du VIH doit être proposé au domicile des personnes concernées ou dans une structure communautaire convenue par un agent psychosocial.
7. Le prestataire de soins de santé réalisant les tests de dépistage est chargé de mettre en relation tout patient diagnostiqué séropositif avec les services de traitement antirétroviral.
8. À l’avenir, il est possible que les centres de santé remettent des trousses d’autodépistage du VIH au cas de référence pour que son ou ses partenaire(s) et ses enfants puissent faire le test chez eux. Si le patient y consent, l’agent psychosocial local assure le suivi du résultat du test à l’occasion d’une visite de routine à domicile, et veille à mettre tout patient déclaré séropositif en relation avec les services pertinents.

# 8. Cibles en matière de dépistage du VIH

Afin d’atteindre l’objectif de 75 % de PVVIH conscientes de leur statut d’ici la fin 2020, il est essentiel de poursuivre les progrès à l’aune des cibles de dépistage au niveau national et régional au cours des 18 prochains mois. Les consultations effectuées, ainsi que les différentes données extraites, entre autres, des programmes nationaux de dépistage du VIH, des prévisions du logiciel Spectrum et d’autres exercices de modélisation pour 2017 et 2018 ont permis de définir les cibles de dépistage présentées ci-dessous. Les informations issues de l’analyse de situation et les consultations menées auprès des parties prenantes ont permis de fixer les cibles pour 2019.

