![Description : Description : LOGO-CNLS-[Converti]]()**REPUBLIQUE DE GUINEE**

*Travail-Justice-Solidarité*

\*\*\*\*\*\*\*

Primature

Comité National de Lutte contre le Sida

Secrétariat Exécutif



 **RAPPORT ANNUEL DE LA RIPOSTE AU SIDA 2018**

Avril 2019

**TABLE DE MATIERE**

I) INTRODUCTION 6

II) CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE 6

III. EVOLUTION DES NOUVELLES INFECTIONS 7

IV. EVOLUTION DES DECES LIES AU VIH 8

V. ANALYSE DE LA RIPOSTE PROGRAMMATIQUE AU VIH 9

V.1. Dépistage du VIH 9

V.2. Traitement ARV 9

V.3. Charge virale 10

V.4.Prévention de la transmission Mère –Enfant (PTME) et la PEC pédiatrique 10

V.5.Coïnfection TB/VIH 11

V.6. Niveau de stigmatisation et de discrimination 11

VI. ANALYSE DES GOULOTS D’ETRANGLEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE 12

VI.1. Prévention 12

VI.2. Atteinte des 90/90/90 13

VI.3. Stigma et discrimination 13

VI.4. Suivi-évaluation 14

VI.5. Société civile 14

VI.6. Gestion et coordination 14

VII. OPPORTUNITES 14

VIII. MENACES 14

IX. CIBLES POUR ATTEINDRE LES 90-90-90 ET PRIORITES DU PLAN D’ACCELERATION 15

 **Sigles et abréviations**

|  |  |
| --- | --- |
| APS  | Accompagnement psychosocial |
| ARVBND | Anti-Rétro VirauxBudget National de Développement |
| CDT | Centre de Dépistage de la Tuberculose |
| CDV | Centre de Dépistage Volontaire |
| CNS | Cadre Stratégique National |
| CNLS | Comité National de Lutte contre le Sida |
| CTA | Centre de Traitement Ambulatoire  |
| CV | Charge Virale |
| DREAM | Disease Relief through Excellent and Advanced Means » (ONG de la Communauté Sant ’Egidio) |
| EDS | Enquête démographique de Santé |
| ESCOMB | Enquête Nationale de Surveillance Comportementale et Biologique |
| GTSEHR | Groupe Technique en Suivi EvaluationHôpital Régional |
| HSH | Homme ayant des relaxions Sexuels avec les Hommes |
| INSPICN | Institut National de Santé PubliqueInstance Coordination Nationale |
| IO | Infections Opportunistes |
| ISF | Indice Synthétique de Fécondité |
| OBCONGONUSIDAPAOPCRPECPPEVPNLATPODIPSPTFPTMEPVVIHR6M | Organisation à Base CommunautaireOrganisation Non GouvernementaleProgramme Commun des Nations Unies contre le SidaPlan d’Action OpérationnelPolymérase Chaine RéactionPrise En Charge PédiatriqueProgramme Elargie de VaccinationProgramme National de Lutte Antituberculeux Poste de Distribution des IntrantsProfessionnel de SexePartenaires Techniques et FinanciersPrévention de la Transmission Mère et EnfantPersonnes Vivants avec le Virus de l’Immuno- Déficience HumaineRendez Vous tous les 6 mois |
| REGAP+ | Réseau Guinée des Associations des Personnes Vivant avec le VIH |
| S&ESE/CNLSSIDATARVTB/VIHUDVIH | Suivi et EvaluationSecrétariat Exécutif du Comité National de Lutte Contre le SidaSyndrome Immunodéficitaire acquisTraitement ARVTuberculose et VIHUsager de DrogueVirus de l’Immunodéficience Humaine |

**Liste des Figures et Tableaux**

**Figure 1** : évolution du nombre de nouvelles infections au VIH en Guinée de 2000 à 2018

**Figure 2 :** évolution du nombre de décès lié au Sida en Guinée de 2000 à 2018

**Figure 3 :** Cascade de soin et de traitement en Guinée en 2018

**Figure 4 :** Cascade PTME en Guinée en 2018

**Figure 5 :** Cascade de la prise en charge de la co-infection TB/VIH en Guinée en 2018.

# Mot du Secrétaire Exécutif du CNLS

Le Gouvernement de la république de Guinée a consenti d’énormes efforts dans la riposte au sida. Cela s’est matérialisé par une stabilité, voire un fléchissement de la courbe de prévalence nationale du VIH. Ces efforts ont été soutenus par les acteurs nationaux, les partenaires au développement au rang desquels figurent en bonne place la coopération bilatérale et multilatérale, le Fonds mondial de Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et les agences co-parrainantes de l’ONUSIDA.

Au cours des dernières années, notre pays a opéré des changements significatifs dans la gestion de sa réponse, avec une plus grande responsabilisation du niveau décentralisé et une réelle volonté d’opérationnaliser l’accès universel aux services partout en Guinée.

Le nouveau Cadre National Stratégique de Lutte contre le sida 2018-2022 a certes mis en lumière les progrès significatifs réalisés dans le cadre de cette réponse, mais également les nombreux défis qu’il nous reste à relever dans un contexte de diminution des financements internationaux.

De plus notre pays s’est aligné à l’agenda international qui consiste à atteindre l’objectif de l’élimination du sida vers 2030.

L’ambition du Gouvernement est d’améliorer sans cesse le mieux-être des citoyens afin qu’ils participent activement au développement harmonieux de notre pays pour le grand bénéfice des populations actuelles et des générations futures.

Nous invitons la société civile, le secteur privé, les communautés et les partenaires internationaux, à soutenir activement la mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le sida afin de garantir à notre pays une génération sans sida.

# I) INTRODUCTION

En 2017, les chefs d'Etats de I ’Union Africaine ont décidé que leurs pays respectifs allaient s'engager dans un mouvement d'accélération pour atteindre les cibles de 90-90-90 d'ici 2020 et de combler le gap entre la couverture actuelle et la couverture idéale qui était plus important dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

A cet effet, l’ONUSIDA a initié l’élaboration de plans de rattrapage dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, qui soutiennent les stratégies et les plans nationaux afin de résorber rapidement les goulots d'étranglement, accélérer les ripostes nationales et adopter une trajectoire en vue d'atteindre les objectifs 90-90-90 d'ici à 2020. Les plans nationaux s'appuient sur le plan de rattrapage de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et complètent les stratégies nationales et les plans existants en vue d'accroître le recours au traitement antirétroviral et de sauver des vies.

La Guinée, à l’instar des autres pays avait engagé un processus d'élaboration d’un plan d'accélération 2017-2018 dont la mise en œuvre n’a pas permis d’atteindre les résultats attendus. Ainsi, la revue du Cadre Stratégique National 2013-2017 de lutte contre le VIH en Guinée et l’élaboration d’un nouveau CSN 2018-2022 et son plan opérationnel 2018-2019 tenant compte du nouvel environnement programmatique et intégrant les orientations et les nouvelles directives en matière de traitement et de prévention de l'infection à VIH

Le rapport annuel de la riposte 2018 met en exergue la synthèse des réalisations de l’année 2018, identifie les obstacles qui empêchent d'obtenir les résultats (cibles) escomptés des plans nationaux en termes de réduction des nouvelles infections, de réduction des décès liés au VIH et en termes de stigma et discrimination, les opportunités et décline quelques grands axes en terme de perspectives.

# II) CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE

Sur une population de 10 523 621 habitants dont 52% femmes avec une fécondité élevée (ISF de 4,8 en 2018, EDS-MICS, 2018), la République de Guinée, compte environ 120 000 personnes vivant avec le VIH en 2018 (source : UNAIDS).

L’épidémie est de type généralisé avec une prévalence du VIH au sein de la population de 15-49 ans qui est de 1,5% en 2018, dont 1,3 % chez les hommes et 1,6 % chez les femmes (EDS-MICS 2018).

Le pourcentage de jeunes âgés de 15 - 24 ans qui vivent avec le VIH est de 0,7% (ESCOMB 2017)

La prévalence dans la population générale présente de grandes disparités selon les régions administratives avec respectivement 2,0% à Boké, 1,8% à Kindia, 1,7% à Conakry et à Kankan, 1,5%, à N’Zérékoré, 1 ,2% à Faranah, 1% à Mamou et Labé.

La distribution du nombre de PVVIH est également variable dans le pays. En effet, on note une concentration de PVVIH au niveau des villes frontalières, sur les principaux axes routiers au Sud et au Nord-Est. Dans les grandes villes du pays telles que Boké, Conakry, Kankan et Nzérékoré (ainsi que ces préfectures proches), Labé, Mamou et Faranah, on note un plus grand nombre de PVVIH qu’au niveau des autres villes du pays. Certaines sous-préfectures minières présentent une densité forte de PVVIH telles que Kamsar/Sangarédi dans Boké, Banankoro dans Kérouané et Koron dans Siguiri (sources : UNAIDS/ l’EDS-MICS 2018).

De plus, bien que la prévalence nationale du VIH soit faible, elle reste élevée au sein de certains types de population : HSH 11,4% (ESCOMB 2017), PS 10,7%   (UNAIDS Estimates 2017), TB : 23,4%, les femmes enceintes : 3,9%, population carcérale 2,5%, les miniers 1,4%, les Hommes en uniformes 3,5%, les pêcheurs 3,8%, routiers 2,3%.

# III. EVOLUTION DES NOUVELLES INFECTIONS

Selon les données de UNAID Estimates, en 2018 le nombre de nouvelles infections était de 6 600 dont 1300 pour les enfants de moins de 15 ans. Chez les 15-24 ans, il était estimé à environ 1400 pour les femmes et inférieur à 530 pour les hommes. Chez les adolescents (10-19ans), le nombre de nouvelles infections était estimé à 855 en 2017.

De façon générale une diminution d’environ 20% des nouvelles infections est observée entre 2010 et 2018, passant de 8 200 à 6 600.

**Figure 1 : évolution du nombre de nouvelles infections au VIH en Guinée de 2000 à 2018 (Source : Spectrum UNAIDS 2018)**

Si cette tendance est maintenue, le pays ne pourra pas répondre à l’objectif de l’ONUSIDA dans sa stratégie 2016-2021 qui préconise une réduction des nouvelles infections de 75% d’ici 2020, ni à l’objectif du CNS 2018-2022 qui vise à réduire les nouvelles infections de 50% en 2022.

# IV. EVOLUTION DES DECES LIES AU VIH

Selon les données de UNAIDS Estimates, en 2018 le nombre de décès liés au sida est passé de 4100 en 2010 à 4 300 en 2018 soit une augmentation d’environ 5 %.

**Figure 2 : évolution du nombre de décès lié au Sida en Guinée de 2000 à 2018 (Source : Spectrum UNAIDS 2018)**

Cette tendance devra rapidement être inversée pour permettre au pays d’être au rendez-vous d’une réduction de ¾ des décès liés au VIH d’ici 2020 comme recommandé par l’ONUSIDA dans sa stratégie 2016-2021, mais aussi d’atteindre l’objectif de réduction d’au moins 65% des décès en 2022 selon le CNS 2018-2022.

# V. ANALYSE DE LA RIPOSTE PROGRAMMATIQUE AU VIH

**Figure 3 : Cascade de soin et de traitement en Guinée en 2018 (Source :SE / CNLS)**

## V.1. Dépistage du VIH

**Conseils et dépistage volontaire** : En 2018, 16037 personnes ont été dépistées au VIH dont 4216 hommes, 11 140 femmes et 681 enfants de moins de 15 ans. Pour répondre à l’objectif de 90%, le nombre de personnes dépistées séropositives attendues est de 108 000. Le nombre de personnes séropositives connues est estimé à de 54 200 (50%) dont 19 300 Hommes et 34 900 femmes. **La cible identifiée dans le cadre de ce plan d’accélération (fin 2021) est de 53 800 personnes infectées par le VIH dont 30128 femmes, 3228 enfants.**

## V.2. Traitement ARV

En 2018, sur les 16 037 nouvellement diagnostiquées, 10756 ont été mis sous traitement ARV et 5252 en attentes de traitement. Le nombre de personnes actuellement sous TARV est de 48 519 dont 12 580 hommes, 33 682 femmes et 1257 enfants, soit une couverture de 50% par rapport à l’objectif de 90%. Le gap identifié pour atteindre l’objectif de couverture TARV de 71% en 2021 est 36 681 PVVIH dont 2935 enfants. Les patients (Adultes et enfants) en attente du traitement (dans les registres pré-ARV) sont au nombre 5252. **L’objectif de ce plan d’accélération est de mettre 36 681 nouvelles PVVIH sous TARV dont 5252 dépistés positifs en attente de traitement**

##  V.3. Charge virale

La charge virale est réalisée principalement dans 5 laboratoires au niveau des sites de Dream, CTA Donka, INSP, Matam et Kankan.

En 2018, 14599 PVVIH sous TARV avaient une charge virale supprimée, ce qui représente 18 % de l’objectif de 90%. Pour atteindre l’objectif de 90%, il faudra combler le gap de 58282 que ce présent plan d’accélération visera à couvrir.

## V.4.Prévention de la transmission Mère –Enfant (PTME) et la PEC pédiatrique

**Figure 4 : Cascade PTME en Guinée en 2018 (Source : SE /CNLS)**

Sur une estimation de 53 4758 grossesses attendues en 2018, 232 143 (43,4%) femmes enceintes ont réalisées le test de dépistage VIH, parmi elles 5 000 ont été positives au VIH. Parmi les femmes enceintes positives au VIH, 3 324 ont été mis sous traitement ARV (66%).

62% des enfants nés de mère séropositives (2 056) ont bénéficié de la prophylaxie ARV sur la même période. 767 (37%) enfants nés de mère séropositive ont réalisé le diagnostic précoce du VIH dont 62 positifs au VIH (8%)

Pour atteindre l’objectif d’élimination de la transmission du VIH de la mère à l’enfant, ce présent plan d’accélération visera à combler les Gap de couverture de dépistage VIH chez les femmes enceintes de 57% soit 302 615 femmes enceintes.

Sur une estimation de 10 160 femmes enceintes vivant avec le VIH, 3 3 24 ont été mis sur TARV en 2018, ce qui représente un Gap de 6 836 à combler d’ici 2021. De plus, un Gap de 9 393 enfants nés de mère séropositive devant réaliser un diagnostic précoce du VIH devra être comblé d’ici 2021.

## V.5.Coïnfection TB/VIH

**Figure 5 : Cascade de la prise en charge de la co-infection TB/VIH en Guinée en 2018 (Source : PNLAT)**

Sur une estimation de 22000 patients TB attendus en 2018, 14476 patients (66%) ont été diagnostiqués TB dans les structures de soins. Parmi eux, les tests de dépistage VIH a été réalisé chez 11 767 soit un taux de réalisation de 81%. Sur les 2886 patients TB diagnostiqués positive au VIH, 2733 ont été mis sous traitement ARV (95%).

Le plan d’accélération devra dans un premier temps accompagner le PNTAT pour combler le Gap de 34% de dépistage de la TB dans la population générale soit 7524 patients TB d’ici 2021, et dans un deuxième temps combler le Gap de 19% dépistage du VIH chez les patients TB, et mettre sous traitement ARV 100% des patients TB positifs au VIH.

## V.6. Niveau de stigmatisation et de discrimination

De façon globale, on note une persistance de la stigmatisation et de la discrimination en direction des personnes vivant avec le VIH. La stigmatisation serait plus prononcée chez le personnel de santé même s’il est noté une auto-stigmatisation de la part des PVVIH.

**PVVIH**

Selon l ‘enquête ESCOMB 2017 :

* 1,5% des PVVIH ont évité des soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination.
* Pourcentage de jeunes ayant un comportement de tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH : 21,7% en 2017. A titre d’exemple, le refus qu’un étudiant / élève infecté par le VIH (mais n’est pas malade) continue d’aller à l’école est de 54,2% ; le refus d’acheter la nourriture chez un vendeur de repas infecté par le VIH de 85,9%.
* Pourcentage de pêcheurs femmes et hommes âgé (e) s de 15 à 49 ans qui déclarent des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH : 61,1%.
* Index de tolérance des pêcheurs envers les personnes vivant avec le VIH : 13,6%
* Pourcentage de miniers femmes et hommes âgé (e) s de 15 à 49 ans qui déclarent des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH : 48,6%.
* Index de tolérance des miniers envers les PVVIH parmi les miniers : 15,9%.

**PS**

Selon l ‘enquête ESCOMB 2017 réalisée auprès des PS :

* 58% des PS ont déclaré n’avoir subi aucune attitude négative de la part de leur entourage liée au fait qu’elles soient des PS.
* 11% ont déclaré avoir subi des violences verbales et 4% des tracasseries policières.

**HSH**

Selon l ‘enquête ESCOMB 2017 réalisée auprès des HSH :

* A cause de la pression sociale, seulement 24,8% des HSH enquêtés reconnaissent avoir divulgué leur orientation sexuelle au niveau de son proche entourage.
* Après divulgation de son orientation sexuelle, le rejet/exclusion est observé chez 4,5% des HSH, les pressions dans 4,5% des cas et la violence physique dans 1% des cas.
* 12,8% des HSH enquêtés ont déclaré avoir été victime de violence sexuelle au cours des 12 mois qui ont précédé l’enquête (forcé à avoir des relations sexuelles).

# VI. ANALYSE DES GOULOTS D’ETRANGLEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE

## VI.1. Prévention

* Absence de plan de promotion et distribution des préservatifs masculin et féminin qui prend en compte le besoin spécifique de chaque cible et des différentes structures.
* Faible recours aux initiatives innovantes comme le PreP en direction des populations clés.
* Persistance de croyances et de fausses idées qui empêchent l’accès des jeunes femmes et filles aux services de prévention à travers un paquet complet.
* Forte mobilité des HSH et PS et difficile maitrise de leur taille.
* Difficulté d’offrir un paquet de prévention aux populations vulnérables (routiers, pêcheurs, hommes et femmes en uniforme, miniers et population carcérale) du fait de leur mobilité.
* Insuffisance du personnel en quantité et en qualité dédié à la prise en charge du VIH au niveau déconcentré dans le cadre de la PTME.
* Non révision du plan de passage à l’échelle de la PTME
* Rupture fréquentes en intrant de préventions (condoms, lubrifiants, tests de dépistage VIH, DBS etc.…)

## VI.2. Atteinte des 90/90/90

Dépistage du VIH

* Insuffisante mise en œuvre des nouvelles approches de dépistage (dépistage démédicalisé, autotest, etc.) adaptées aux différents groupes de population (populations clés, populations passerelles, adolescentes, hommes).
* Non systématisation de l’identification et du dépistage du VIH chez les enfants à risque (enfants nés des mères séropositives suivi dans le cadre de la PTME ou allaitante, enfants malnutris, enfants avec TB, enfants vus dans les services de pédiatrie) au niveau des portes d'entrée (PEV, Nutrition, Pédiatrie…).
* Insuffisance dans l’identification et le dépistage des personnes (adultes ou enfants) dans la famille des personnes vivants avec le VIH qui connaissent déjà leur statut.
* Fiable participation des acteurs communautaires.
* Ruptures fréquentes d'intrants de dépistage.
* Insuffisance dans la couverture du pays en cliniques mobiles et centres communautaires.

**TARV** chez les adultes et les enfants

* Répartition géographique inégale des sites de prise en charge en fonction des besoins, ce qui entraine une accessibilité limitée aux services à certains patients.
* Forte déperdition des patients dépistés positifs.
* Dispositif de rétention des patients sous traitement inefficace.
* Non application de la stratégie différenciée au niveau de tous les sites de traitement ARV.
* Insuffisante implication des acteurs communautaire (APS) dans le suivi des PVVIH stables sous ARV.
* Faibles capacités des sites de prise en charge à faire une quantification rigoureuse de leurs besoins en produits.
* Absence de système d’alerte rapide et une faible fonctionnalité du système de suivi des approvisionnements à tous les niveaux entrainent des ruptures fréquentes de produits.
* Existence de frais connexes (bilan d’initiation, de suivi, frais d’hospitalisation) payés par les PVVIH qui limitent l’accès aux services.

**Suivi de la Charge virale** chez les adultes et les enfants

* Ruptures fréquentes des intrants.
* Absence de mécanisme de maintenance continu des équipements.
* Mécanisme de transport des échantillons sur DBS et de rendu des résultats non opérant en continu.
* Faible demande de réalisation de la charge virale par les prestataires souvent non formés.

## VI.3. Stigma et discrimination

* Persistance de la stigmatisation et discrimination en direction des HSH et PS.
* Absence de réalisation d’enquête récente sur index stigma pour mesurer les progrès.
* Existence de lois répressives en direction des UD.

## VI.4. Suivi-évaluation

* Non capitalisation des résultats des acteurs de la société civile et du secteur privé du fait de la non-existence d'un système de centralisation des rapports.
* Non systématisation de la rétro information aux districts.
* Planification autour du district non systématisé.
* Utilisation des cascades non systématiques et utilisé comme base de planification.

## VI.5. Société civile

* Timide implication de la société civile dans le dépistage communautaire, recherche des perdus de vue, à la prise en charge psychosociale, implication dans la distribution communautaire des ARV (PODI).
* Faible structuration organisationnelle des associations de populations clés.

## VI.6. Gestion et coordination

* Faible synergie des interventions au niveau opérationnel.
* Insuffisance du financement domestique.
* Dépendance du financement extérieure (Le Fonds mondial reste le principal partenaire de la réponse au VIH).

# VII. OPPORTUNITES

* Forte volonté politique des autorités du pays à soutenir la lutte contre le Sida.
* Engagements pris par le pays pour éliminer la transmission du VIH de la mère-à l’enfant.
* Engagement spécial de l’Union Africaine sur la mise en œuvre du plan d’accélération.
* Existence d’une contribution de l’Etat guinéen à travers le financement BND.
* Engagement des partenaires à accompagner le pays dans l’atteinte des objectifs du plan d’accélération.
* Existence données épidémiologiques et programmatiques récentes et de documents cadres actualisés pour guider les interventions.
* Présence d’ONG internationale de lutte contre le VIH/Sida.
* Présence de réseaux de PVVIH.
* Existence de l’observatoire communautaire et national.

# VIII. MENACES

* Persistance du niveau élevé de stigmatisation et de discrimination.
* Existence de lois et les politiques punitives, qui peuvent dissuader les populations clés d’utiliser pleinement les services disponibles.
* Persistance de barrières socio- culturelles qui empêchent à certaines populations un accès rapide aux services (femmes enceintes, etc.).
* Le nombre réduit de donateurs et les rapports complexes avec certains d’entre qui peuvent entrainer une sous-utilisation de ressources.
* Forte dépendance des investissements dans la lutte contre le sida des ressources internationales.
* Conséquences liées à l’incendie survenu à la Pharmacie Centrale de Guinée.
* Contexte socio-politique instable.
* Résurgence épidémique possible.

# IX. PERSPECTIVES 2019

* Réviser le plan de rattrapage de la riposte 2017-2018 afin d’identifier les contours d’un Plan d'intervention 2019-2020 pour lever les obstacles qui empêchent d'obtenir les résultats (cibles) escomptés des plans nationaux en termes de réduction des nouvelles infections, de réduction des décès liés au VIH et en termes de stigma et discrimination
* Elaborer un plan national d’accélération d’élimination de la transmission mère enfant du VIH et de la prise en charge pédiatrique 2019-2021
* Elaborer un Plan d’accélération de la riposte 2019 2020 dont les cibles prioritaires devront contribuer à l’atteinte des deux objectifs d’impact du CNS 2018\_2022 à savoir :

##### Impact1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d’ici à fin 2022

* Impact 2 : D’ici à fin 2022, la mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 62%

Le plan devra également accompagner le pays dans l’atteinte des objectifs 90-90-90.

A cet effet, il devra avoir pour ambition de doubler d’ici 2021 le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut ainsi que le nombre de PVVIH sous traitement ARV. Il aura également pour ambition de multiplier par 5 le nombre de PVVIH sous traitement ayant une suppression de la charge virale.

Une attention particulière sera accordée aux enfants et aux femmes à travers des approches les ciblant spécifiquement.

Le plan devra également prévoir de couvrir 90% des populations clés et vulnérables à travers un paquet complet de prévention qui intègre le dépistage du VIH.

Ces ambitieux objectifs justifieront le ciblage des populations clés et vulnérables selon leur localisation pour obtenir plus d’impact.

« L’épidémie du sida peut être mieux contrôlée dans la société si toutes les personnes infectées par le VIH connaissent leur statut sérologique et sont mises systématiquement sous traitement antirétroviral (TAR) » ONUSIDA