



République de Guinée

Secrétariat Exécutif du Comité National
de Lutte contre le SIDA

Rapport UNGASS 2008

avril 2008



Rapport UNGASS 2008

avril 2008

Remerciements

Nos vifs remerciements vont à toutes les personnes et les organisations qui ont contribué à la compilation du présent rapport, et nous exprimons notre profonde gratitude à l'ONUSIDA pour l'appui technique et financier.

Dr. Hadja Mariama Djélo BARRY
Secrétaire Exécutive du Comité National de Lutte contre le SIDA

Table des matières

Liste des acronymes et abréviations	7
Liste des cartes, graphiques et tableaux	9
Introduction	11
Contexte socioéconomique	13
Aperçu de la situation	16
▪ Degré de participation des parties prenantes au processus d'élaboration du rapport UNGASS	16
▪ Situation actuelle de l'épidémie	16
▪ Riposte au plan politique et programmatique	17
▪ Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS 2008	29
Aperçu de l'épidémie de SIDA	25
▪ Situation de l'épidémie dans la population générale	25
▪ Situation de l'épidémie dans les populations spécifiques	27
Riposte nationale à l'épidémie du SIDA	29
▪ Environnement politique	29
▪ Environnement sanitaire	31
▪ Principales réalisations	31
- Axe stratégique 1 : Prévention de la transmission du VIH	31
- Axe stratégique 2 : Prise en charge médicale et psychosociale	43
- Axe stratégique 3 : Réduction des impacts socio-économiques du SIDA	45
- Axe stratégique 4 : Cadre institutionnel et gouvernance de la riposte nationale au SIDA	46
Meilleures pratiques	49
Principaux obstacles et mesures correctives	50
Soutien des partenaires au développement	52
Suivi et évaluation	53
Références bibliographiques	55

Acronymes et Abréviations

AEDES	: Accident d'Exposition aux Dérivés Sanguins
AFA	: Aide à la Famille Africaine
AGBEF	: Association Guinéenne de Bien Etre Familial
ARV	: Antirétroviraux
BAD	: Banque Africaine de Développement
BM	: Banque Mondiale
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCM	: Country Coordinating Mechanism (Mécanisme de Coordination Pays)
CDI	: Consommateurs de Drogues Injectables
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaires
CEA	: Commission Economique pour l'Afrique
CECOJE	: Centre d'Ecoute et de Conseil d'Orientation des Jeunes et Adolescents
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
CMLS	: Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA
CNLS	: Comité National de Lutte contre le SIDA
CRLS	: Comité Régional de Lutte contre le SIDA
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguin
CPTAFE	: Cellule de Coordination sur le Pratique Traditionnelles Affectant la Santé des Femmes et des Enfants
CRD	: Communauté Rurale de Développement
CRIS	: Country Response Information System (Système d'information sur les réponses nationales)
CRTS	: Centre Régional de Transfusion Sanguine
CSN	: Cadre Stratégique National
CSU	: Centre de Santé Urbain
CT	: Chlamydia trachomatis
CU	: Commune Urbaine
DREAM	: Drug Resource Enhancement Against AIDS and Malnutrition
DSVCO	: Direction Santé Ville de Conakry
EIBC	: Enquête Intégrale Budget-Consommation
ESCOMB	: Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique
EDSG	: Enquête Démographique et de Santé de Guinée
ESSIDAGUI	: Enquête de Séroprévalence SIDA en Guinée
FELICA	: Fondation Elizabeth Cathy
FM	: Fonds Mondial
FHI	: Family Health International
GTZ	: Coopération Allemande
IDA	: International Development Association
IDH	: Indicateur de Développement Humain
IEC	: Information, Education et Communication
IO	: Infections Opportunistes
ISDH	: Indicateur Séxo-spécifique de Développement Humain
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MASPFE	: Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance
KPMG	: Klynveld Peat Marwick Goerdeler (accounting firm)
MEFP	: Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
MENRS	: Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique
MSF	: Médecin Sans Frontières
MSP	: Ministère de la Santé Publique

NASA	: National AIDS Spending Assessment (Ressources et dépenses de lutte contre le SIDA)
NG	: Neisseria gonorrhoeae
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	: Objectifs du Millénaire pour Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le SIDA
OSC	: Organisation de la Société Civile
OUA	: Organisation de l'Unité Africaine
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PEC	: Prise En Charge
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMS	: Projet Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PNB	: Produit National Brut
PNLAT	: Programme National de Lutte Anti Tuberculose
PNPCSP	: Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PS	: Professionnelles du Sexe
PSI	: Population Services International
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RPR	: Rapid Plasma Reagin
SAG	: Société Aurifère de Guinée
SBC	: Service à Base Communautaire
SE/CNLS	: Secrétariat Exécutif du CNLS
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIDAPES	: SIDA Planification Evaluation Suivi
SMD	: Société Minière de Dinguiraye
SNIGS	: Système National d'Information et Gestion Sanitaires
TAR	: Traitement Antirétroviral
TB	: Tuberculose
TPHA	: Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
UE	: Union Européenne
UHTS	: Unité Hospitalière de Transfusion Sanguine
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session on AIDS (Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le SIDA)
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Agency International Development
USRE	: Unité Suivi Recherche Evaluation du SE/CNLS
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des cartes, graphiques et tableaux

Cartes	
Carte 1 : Carte des régions naturelles de la Guinée	14
Carte 2 : Prévalence du VIH par Région administrative	27
Carte 3 : Cartographie des sites de CDV	37
Carte 4 : Cartographie des sites PTME	41
Carte 5 : Cartographie des sites de traitement ARV par région	44
Graphiques	
Graphique 1 : Evolution de la séroprévalence en 2005 selon l'âge et le genre	26
Graphique 2 : Séroprévalence du VIH en 2005 selon le milieu et le genre	27
Graphique 3 : Indice composite des politiques nationales selon les parties	30
Graphique 4 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de préventions parviennent à atteindre	39
Graphique 5 : Répartition des dons de sang selon la qualité du dépistage au VIH	41
Graphique 6 : Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant	42
Graphique 7 : Répartition des cas de co-infection selon la prise en charge et le genre	45
Tableaux	
Tableau 1 : Prévalences du VIH dans les populations les plus à risque selon deux enquêtes comportementales	17
Tableau 2 : Liste des indicateurs du processus UNGASS	20
Tableau 3 : Séroprévalence du VIH dans la population générale en 2005	26
Tableau 4 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque par catégorie	28
Tableau 5 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les PS par groupe d'âge	28
Tableau 6 : Synthèse de l'indice composite des politiques nationales	29
Tableau 7 : Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le SIDA en Guinée 2006 et 2007	30
Tableau 8 : Répartition des jeunes selon leur connaissance sur la prévention du SIDA, le genre et le groupe d'âge	33
Tableau 9 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	34
Tableau 10 : Pourcentage, parmi les professionnelles de sexe possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus selon le groupe d'âge	34
Tableau 11 : Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	35
Tableau 12 : Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels	35

avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents par genre et par groupe d'âges	
Tableau 13 : Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédent et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel par genre et par âge	36
Tableau 14 : Pourcentage de PS déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	37
Tableau 15 : Dépistage du VIH parmi la population générale selon le genre et le groupe d'âges	38
Tableau 16 : Pourcentage parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat par catégorie	39
Tableau 17 : Pourcentage des PS ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat par groupe d'âges	39
Tableau 18 : Résultats PTME de 2006 à 2007	42
Tableau 19 : Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous ARV	43

Introduction

L'épidémie de SIDA, fléau qui dépasse le cadre de la santé publique, est devenu un problème de développement, voir de sécurité. Devant cette menace, les Etats membres des Nations Unies réunis en 2000 dans le cadre du Sommet Mondial pour le Développement (Sommet du Millénaire), sont convenus de huit objectifs essentiels à atteindre à l'horizon 2015. Parmi ces objectifs figure « le combat contre le SIDA, le Paludisme et autres maladies » (objectif 6) avec comme cible (7) « d'avoir stoppé et commencé à inverser la tendance actuelle de l'épidémie de VIH/SIDA d'ici à 2015 ».

Les Chefs d'Etat et de Gouvernement Africains, à l'occasion du Sommet de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) sur le SIDA, la Tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, tenu en avril 2001 à Abuja, Nigéria, ont adopté la Déclaration d'Abuja, qui stipule en outre leur engagement pour allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux annuels à l'amélioration du secteur de la santé.

Notant avec une profonde préoccupation l'ampleur et l'incidence dévastatrice de l'épidémie mondiale de SIDA, les Chefs d'Etats et de Gouvernements de 189 pays membres des Nations Unies ont adopté en juin 2001 la Déclaration d'Engagement sur le SIDA lors d'une session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies, avec pour objectif de renforcer la coordination et l'intensification des efforts déployés au niveau national, régional et international pour lutter contre ce fléau sur tous les fronts.

Cette Déclaration réaffirme que la propagation du VIH est un sérieux obstacle à la réalisation des objectifs du millénaire. Cela nécessite de ce fait des actions urgentes, concertées et soutenues au niveau national (développement de stratégies multisectorielles et décentralisées), sous régional (appui aux initiatives sous régionales et régionales) et mondial (favoriser une coopération plus étroite entre le Système des Nations Unies et les organisations internationales participant à la lutte contre l'épidémie du VIH).

Pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements convenus et permettre la publication d'un rapport d'activité annuel par le Secrétaire Général des Nations Unies, une série d'indicateurs de base a été élaborée. Les rapports ainsi produits par les pays membres permettent de rendre compte des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la riposte à l'épidémie, d'identifier les problèmes et obstacles rencontrés et de proposer des actions correctives de manière à accélérer la réalisation des objectifs de la déclaration.

Les indicateurs de base ont été regroupés en quatre catégories :

- Indicateurs d'engagement et actions au plan national ;
- Indicateurs de programmes nationaux ;
- Indicateurs de connaissances et comportements ;
- Indicateurs d'impact.

L'unité de suivi et d'évaluation de l'ONUSIDA a établi des définitions claires pour chaque indicateur et des mécanismes de collecte des informations. Pour améliorer la qualité des données collectées, les indicateurs nationaux ont été affinés d'une part, et sélectionnés selon qu'il s'agit d'un pays à épidémie concentrée ou un pays à épidémie généralisée d'autre part.

Dans le présent rapport UNGASS couvrant la période allant de janvier 2006 à décembre 2007, la Guinée a renseigné 17 indicateurs sur les 25 requis pour les pays à épidémie généralisée. Il faut préciser que les 2 indicateurs portant sur les utilisateurs de drogues injectables ont été jugés non pertinents pour le pays.

Ce rapport a été élaboré sous l'égide du Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le SIDA (SE/CNLS), avec l'appui de l'ONUSIDA (Bureau de l'ONUSIDA en Guinée et Equipe Régionale d'Appui pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre basé à Dakar). Ce rapport national de la Guinée, le troisième de son genre, est le résultat d'un processus largement participatif et il s'articule autour des points suivants :

- Contexte socioéconomique ;
- Aperçu de la situation ;
- Aperçu de l'épidémie de SIDA ;
- Riposte nationale à l'épidémie de SIDA ;
- Meilleures pratiques ;
- Principaux obstacles et mesures correctives ;
- Soutien des partenaires au développement ;
- Suivi et évaluation.

Contexte socioéconomique

La République de Guinée se trouve sur la côte atlantique de l'Afrique de l'Ouest et est limitée par la Guinée Bissau (386 km), le Sénégal (330 km), le Mali (858 km), la Côte d'Ivoire (610 km), le Libéria (583 km), la Sierra Leone (652 km) et l'Océan Atlantique (320 km). La Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles (la Basse Guinée ou Guinée Maritime, la Moyenne Guinée ou Foutah Djallon, la Haute Guinée et la Guinée Forestière).

Sur le plan administratif, elle est composée de 8 entités régionales que sont : N'zérékoré, Kankan, Faranah, Mamou, Labé, Boké, Kindia et la zone spéciale de Conakry. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines et 303 Communautés Rurales de Développement (CRD).

L'économie de la Guinée est basée sur d'importantes potentialités agricoles et minières et cela constitue, en général, des atouts majeurs pour un développement économique et social. Malgré ces atouts, la Guinée demeure toujours au rang des pays en voie de développement. Selon les estimations de l'EIBC (Enquête Intégrale Budget-Consommation, 2006), plus de 53% de la population vit au dessous du seuil de pauvreté (moins de USD 300 par an). Par ailleurs, la féminisation de la pauvreté est très marquée.

Sur le plan politique, les revendications en janvier et février 2007 des organisations syndicales, appuyées par l'ensemble des forces vives du pays, ont vite pris un tournant politique avec la nomination d'un nouveau Premier Ministre Chef de Gouvernement et la formation d'un gouvernement de consensus.

Sur le plan économique et financier, en dépit des immenses potentialités du pays, la situation n'a cessé de se détériorer au cours des 4 dernières années, principalement du fait des contre-performances dans la gestion des affaires publiques et de la baisse drastique des financements extérieurs¹. Entre 2003 et 2006, le taux de croissance annuel moyen du PIB s'est établi à environ 2,45%, contre 4,0% au cours de la décennie 90. De même, l'inflation a atteint son plus haut niveau depuis plus d'une décennie (39,1% en 2006 en glissement annuel), contribuant de facto à une nette détérioration du pouvoir d'achat des populations.

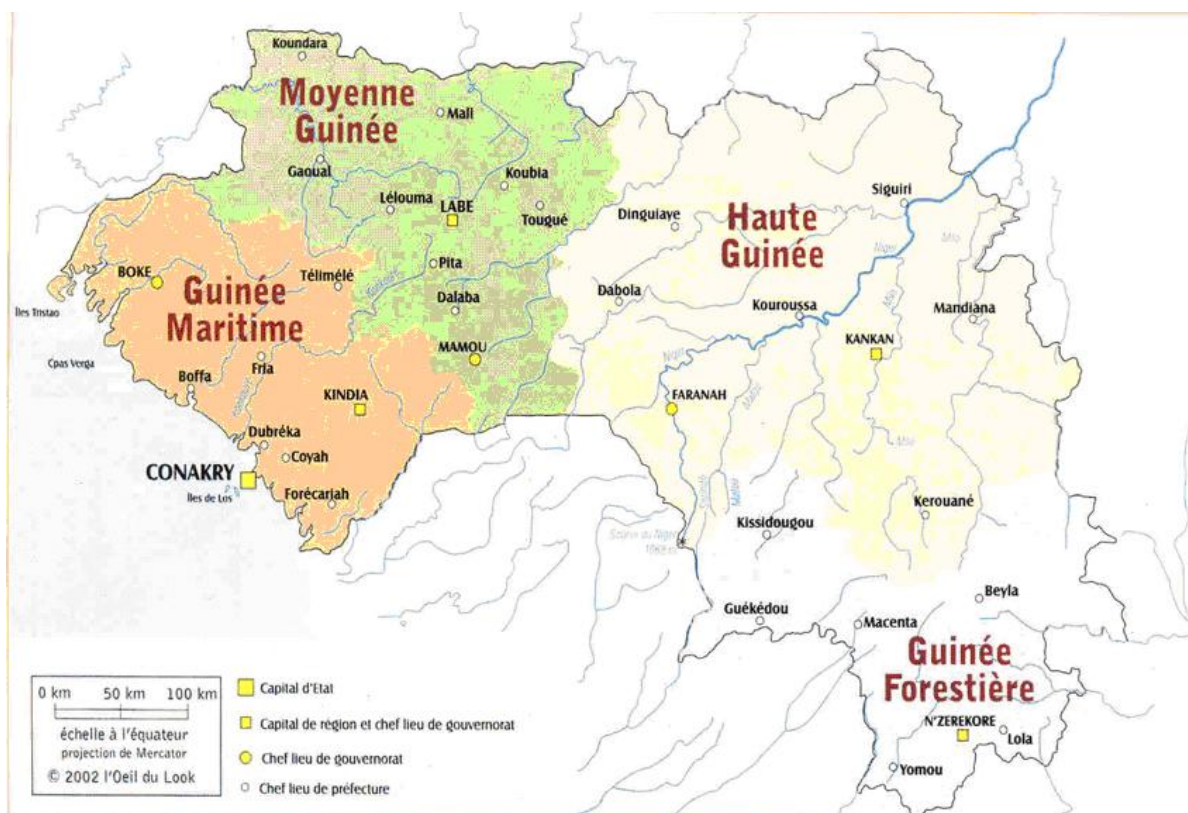
Le paragraphe ci-dessous présente quelques informations relatives au pays :

- **Superficie** : 245.857 km²
- **Population** : 9,6 millions (estimation pour 2007)*
- **Population urbaine** : 32,6% (estimation pour 2004)*
- **Taux de croisement annuel moyen de la population**: 3,1%*
- **Population de moins de 15 ans (estimation pour 2007)** : 41,7%*
- **Densité (estimation pour 2007)** : 39 hab. /km²*
- **Espérance de vie à la naissance** : 53,9
- **Taux d'alphabétisme des adultes de 15 ans et plus** : 29,5% (2004)
- **Taux d'alphabétisme des jeunes de 15 - 24 ans** : 46,6% (2004)
- **PNB en milliards de US\$** : 2,9 (Cadrage macro-économique, 2006)
- **PNB par habitant en US\$** : 321,7 (Cadrage macro-économique, 2006)
- **Indicateur de Développement Humain (IDH)** : 0,445
- **Classement sur la base de l'IDH** : 160^{ème} sur 177 pays
- **Indicateur sexo-spécifique de développement humain (ISDH)** : 0,434
- **Classement sur la base de l'ISDH** : 121^{ème} sur 177 pays

Source : Rapport sur le développement humain 2006 ; *RGPH (Recensement Général de la Population et de l'Habitat) 1996

¹ Selon les statistiques du FMI, l'aide publique à la Guinée est passée de 3,7% du PIB à la fin des années 90 à 0,6% en 2004 (Rapport FMI, janvier 2006)

Carte 1 : Carte des régions naturelles de la Guinée



Dans le domaine du VIH, de nombreux facteurs socioéconomiques, y compris la pauvreté, l'analphabétisme, le multi-partenariat et le déni du VIH accentuent les comportements sexuels à risque et favorisent ainsi à la propagation du VIH. Par ailleurs, l'instabilité qu'ont connue plusieurs pays voisins de la Guinée continue d'être un facteur favorisant le développement des IST et de l'épidémie du VIH.

Depuis 2002, la Guinée s'est engagée dans une lutte globale focalisée sur l'approche multisectorielle qui elle-même privilégie l'intégration de la prévention, la prise en charge globale (médicale, nutritionnelle, scolaire, psychosociale, etc.) des PVVIH et des personnes affectées. Dans une dynamique incitative centrée sur les résultats, tous les acteurs (départements ministériels, société civile et secteur privé) ont été mobilisés, organisés et soutenus aussi bien techniquement que financièrement. C'est ainsi que des mesures efficaces de prévention ont été développées et les services publics et privés de soins de santé et de dépistage volontaire se sont nettement améliorés au cours de ces dernières années. Il en est de même du renforcement des capacités d'intervention des ONG, des OBC, des associations de femmes et les collectivités locales (CRD et CU). En outre, un pas a été franchi dans la prise en charge scolaire et nutritionnelle des orphelins et enfants vulnérables (OEV) grâce à l'intervention de certains partenaires dont l'UNICEF, la Banque Mondiale, le PAM, la GTZ et autres.

Sur les deux années écoulées, malgré certaines contraintes, le pays a enregistré quelques résultats encourageants grâce à la volonté politique réaffirmée et l'engagement soutenu et la contribution des partenaires au développement. Le gouvernement guinéen et les partenaires au développement ont tous reconnu la gravité de l'épidémie du SIDA en tant que problème de santé publique, de sécurité et de développement et l'ont inscrit dans leurs agendas et priorités.

Cependant, la séroprévalence élevée parmi les populations les plus vulnérables risque de compromettre les actions de développement humain, y compris l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), un agenda ambitieux adopté par les pays membres des Nations Unies pour réduire la pauvreté ainsi que ses causes et manifestations d'ici à 2015.

Aperçu de la situation

Degré de participation des parties prenantes au processus d'élaboration du rapport UNGASS

L'élaboration du présent rapport UNGASS2 2008 de la Guinée a été réalisée dans le cadre de la collaboration entre les différentes parties prenantes de la riposte à l'épidémie, sous la coordination le SE/CNLS et l'appui technique et financier de l'ONUSIDA. Troisième rapport du genre, celui-ci a la particularité d'avoir bénéficié de l'appui d'un consultant international mis à la disposition du SE/CNLS par l'ONUSIDA, à travers l'Equipe Régionale d'Appui pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre sise à Dakar (Sénégal), dont la mission s'est déroulée du 20 octobre au 02 novembre 2007. Conformément aux directives pour l'établissement des rapports UNGASS 2008, un groupe de travail et une équipe technique restreinte ont été constitués. Des termes de référence ont été élaborés, discutés et validés aussi bien pour l'équipe technique que pour le groupe de travail.

Le groupe de travail qui avait la responsabilité de conduire l'ensemble du processus, y compris la validation du document final, était composé de 70 membres, provenant de tous les secteurs d'activités dont les représentants des départements ministériels, de la société civile, des personnes vivant avec le VIH, des partenaires au développement (bi et multilatéraux), et des ONGs nationales et internationales. Le groupe a travaillé en étroite collaboration avec l'équipe technique restreinte de 12 membres chargés de la collecte des données nécessaires au calcul des indicateurs.

Un atelier de lancement du processus d'élaboration du rapport national UNGASS 2008 de la Guinée, a été organisé le 23 octobre 2007 et a connu la participation de l'ensemble des membres du groupe de travail. L'objectif de l'atelier était d'harmoniser les points de vue sur la démarche et les résultats attendus. Au cours de cet atelier, les points suivants ont été présentés et discutés : i) les directives et les étapes essentielles pour l'établissement du rapport national UNGASS 2008; ii) les 25 indicateurs devant figurer dans le rapport UNGASS 2008 ; iii) l'algorithme de construction de chaque indicateur ; iv) et le processus de collecte, de saisie et d'analyse des données.

Le présent rapport est donc le résultat d'un processus largement participatif, associant des représentants de toutes les parties prenantes à la riposte nationale face à l'épidémie du VIH.

Situation actuelle de l'épidémie

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé en Guinée (EDSG III 2005) montrent une séroprévalence nationale de 1,5% au sein de la population générale avec des variations selon certaines caractéristiques démographiques. Avec le genre, l'on note une féminisation de l'infection à VIH avec un taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans de 1,9%, contre 0,9% chez les hommes de la même tranche d'âge. La proportion de personnes séropositives augmente avec l'âge. En effet, d'un minimum de 0,8 % dans le groupe d'âges de 15-19 ans, la proportion atteint un maximum de 2,1 % dans les groupes d'âges de 40-44 ans et 45-49 ans.

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

² Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA

Les résultats de l'EDSG III 2005 montrent aussi que Conakry, Labé, Nzérékoré et Faranah sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés avec respectivement 2,1 %, 1,8 %, 1,7 % et 1,6 %. A l'opposé, les régions de Kindia et Mamou sont celles où les niveaux sont les plus faibles avec respectivement 0,9% et 0,7%.

Les populations jugées à risque dans le contexte du pays comprennent les professionnelles du sexe (PS), les routiers, les hommes en uniforme, les miniers et les pêcheurs. La dernière enquête de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) a été organisée en 2007 par le secrétariat exécutif du CNLS à travers FHI/REVE et exécutée par STAT VIEW International Association. Le tableau ci-dessous compare les principaux résultats de deux enquêtes de surveillance comportementale qui ont ciblé les populations les plus à risque.

Tableau 1 : Prévalences du VIH dans les populations les plus à risque selon deux enquêtes comportementales

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

Source : ESSIDAGUI 2001 et ESCOMB 2007

Dans le tableau ci-dessus, l'on note un recul de la prévalence chez les PS et chez les routiers. Par contre l'on note une progression chez les miniers et une stagnation chez les hommes en uniforme.

Pour les PS, des variations importantes ont été notées selon notamment l'âge (40,8% chez celles âgées de 25 ans et plus), la religion (42,6% chez les non musulmanes), la situation matrimoniale (41,8% chez celles qui ne sont ni mariées, ni célibataires) et la région naturelle (49,3% chez les PS de la Guinée Forestière).

Pour les hommes en uniforme, la prévalence passe à 12% pour ceux qui ne sont ni célibataires, ni mariés. Pour cette catégorie, les différences entre les régions naturelles sont également importantes : 10,2% pour la Basse Guinée, 9,9% pour la Guinée forestière, 7,4% pour la Haute Guinée, contre seulement 5,6% à Conakry et en Moyenne Guinée.

Pour les pêcheurs qui ne sont ni mariés, ni célibataires, le niveau de l'indicateur atteint 11,4%.

Chez les miniers, la prévalence est de 14,6% chez ceux d'entre eux qui ne sont ni mariés, ni célibataires.

Pour les routiers, la prévalence moyenne est de 27% parmi les non musulmans.

Riposte au plan politique et programmatique

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

Créé par le décret N° 016 du 5 mars 2002, le CNLS est placé sous l'autorité du Premier Ministre qui en assure la présidence. Cette position conforte la décision du Gouvernement

guinéen de considérer le SIDA, non pas seulement comme un problème majeur de santé publique, mais encore et surtout comme une problématique de développement et une question de survie nationale. Cette tutelle de la Primature est de nature à faciliter la coordination de toutes les parties prenantes que sont le secteur public ou gouvernemental (les ministères), le secteur privé, les organisations de la société civile y compris les ONG, et les partenaires au développement de la Guinée, à travers une autorité nationale unique. C'est par ailleurs une exigence de la multisectorialité et de la décentralisation, deux options stratégiques fondamentales du gouvernement guinéen.

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

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

- d'assurer le Secrétariat permanent du CNLS ;
- d'assurer la coordination technique, le suivi et l'évaluation de toutes les activités de lutte contre le SIDA entreprises dans le pays ;
- de coordonner la gestion des ressources financières destinées à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le SIDA, la gestion des fonds étant confiée à une Agence fiduciaire ;
- d'apporter un appui technique aux partenaires impliqués dans la riposte à l'épidémie du SIDA notamment dans les réponses sectorielles et locales ;
- d'assurer la diffusion de l'information sur le VIH et le SIDA, et les activités entreprises dans le pays.

Au plan programmatique, il faut noter que le processus d'élaboration du présent rapport s'est déroulé parallèlement à deux autres processus : (i) la revue du Cadre Stratégique National 2003-2007, (ii) et l'établissement des objectifs nationaux de l'accélération vers l'accès universel aux services de prévention, de traitement, des soins et de soutien.

La revue participative du cadre stratégique national 2003-2007 (CSN 2003-2007) qui s'est déroulée du 25 juillet au 20 décembre 2007 a offert l'occasion (i) d'examiner le processus, les mécanismes et les résultats obtenus à travers le CSN 2003-2007, (ii) d'en apprécier les performances et les insuffisances, tout en capitalisant sur les acquis enregistrés depuis le début de sa mise en œuvre, (iii) et d'en tirer les leçons utiles pour l'élaboration d'un nouveau cadre stratégique national 2008-2012.

Malgré le démarrage tardif des activités en 2003 et un contexte sociopolitique difficile, beaucoup d'activités prévues par le CSN 2003-2007 ont été réalisées et bien d'autres sont en cours d'exécution. Cependant, si certaines activités n'ont malheureusement pas été exécutées, il convient de signaler également que beaucoup d'activités qui n'étaient pas prévues dans le CSN 2003-2007 ont été réalisées. Cette situation s'explique par le dynamisme tant des organisations de la société civile y compris les ONG que le secteur public. Ainsi des curricula ont été élaborés pour l'enseignement du VIH et SIDA dans le système de l'éducation nationale sur financement IDA et des activités du secteur de la santé ont été menées grâce à l'appui financier entre autres du Fonds Mondial (FM) qui, complétant les efforts du Projet multisectoriel de lutte contre le SIDA (PMS) de la Banque Mondiale, a permis l'extension des traitements ARV et l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins.

La revue a mis en lumière les faiblesses suivantes :

- Lacunes des mécanismes de suivi et évaluation des IST et SIDA et, plus généralement les lacunes du système d'information sanitaire en Guinée. L'absence quasi-totale de collaboration/coordination entre le système national d'information et gestion sanitaires (SNIGS) et l'Unité Suivi, Recherche et Evaluation (USRE) du SE/CNLS a beaucoup affecté le système d'information relatif aux IST et SIDA ;
- Couverture géographique inadéquate en matière de CDV et de PTME ;
- Insuffisance de compétences dans la prise en charge psychosociale, spécialement dans le secteur de santé publique ;
- Manque de coordination dans la promotion et l'approvisionnement en préservatifs ;
- Faible contribution de l'Etat dans le financement des activités de prise en charge des infections opportunistes (IO) ;
- Faible capacité des réseaux de PVVIH, des femmes et des jeunes ;
- Manque d'appropriation du CSN 2003-2007 par les partenaires ;
- Existence d'un bicéphalisme entre le CNLS et le CCM en matière de coordination de la réponse multisectorielle ;
- Absence de structures relais du SE/CNLS pour la coordination opérationnelle de la mise en œuvre des interventions au niveau des régions et des préfectures ;
- Non respect des "Trois Principes". La faiblesse des moyens financiers, techniques et l'insuffisance des ressources humaines ont rendu difficile la coordination nationale par le SE/CNLS.

Les bilans de la revue participative du CSN 2003-2007 a fait l'objet d'une validation au cours d'un atelier de restitution tenu le 13 décembre 2007 et qui a regroupé tous les acteurs sur le terrain, les partenaires au développement, les ONG nationales et internationales et les membres du gouvernement. Cela a aussi permis de dégager des nouvelles orientations et des grands axes d'intervention pour le cadre stratégique national 2008-2012.

Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS 2008

Les indicateurs sont déterminés sur la base d'informations pertinentes rapportées aussi bien du point de vue des numérateurs que des dénominateurs, et un total de 17 indicateurs ont été renseignés sur la base des informations collectées.

Tableau 2 : Liste des indicateurs du processus UNGASS

#	Indicateur	Rapport 2003-2004		Rapport 2005		Rapport 2008			Observations
		Valeur	Source	Valeur	Source	Valeur	Source	Période	
Engagement et actions au plan national									
1.	Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le SIDA par catégories et sources de financement	-	-	-	-	USD 25,3 millions USD 3,6 millions	MEFP	2006 2007	Définition modifiée
2.	Indice composite des politiques nationales (domaines : sexospécificité, programmes sur les lieux de travail, stigmatisation et discrimination, prévention, soins et soutien, droits de la personne, participation de la société civile, suivi et évaluation)	-	-	5,3	UNGASS 2005	6,5	Questionnaire Indice Composite	2007	- Voir annexe - Score non calculé pour 2003
Programme National									
3.	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	-	-	-	-	52,5	CNTS	2006	- Définition modifiée -Données 2007 en cours de traitement
4.	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous ARV	-	-	-	-	22,5	MSP	jan-sept 2007	Définition modifiée (Enfants inclus)
5.	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant	84,5	Données de routines MSP	Non rapporté		46,9 66,5	MSP	2006 2007	Les chiffres de 2003-2004 ne concernent que 6 sites à Conakry et le CSU de Forécariah
6.	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés	-	-	-	-	61,3	MSP / MSF Belgique	jan-sept 2007	Indicateur ajouté à la liste de base

#	Indicateur	Rapport 2003-2004		Rapport 2005		Rapport 2008			Observations
		Valeur	Source	Valeur	Source	Valeur	Source	Période	
	un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH								
7.	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat	-	-	-	-	1,5	EDSG III	2005	- Chaque 5ans - Indicateur ajouté à la liste de base
8.	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat	Non rapporté		Non rapporté		PS : 58,2 Hommes en uniforme : 41,0 Miniers : 24,7 Routiers : 19,0 Pêcheurs : 2,8	ESCOMB	2007	
9.	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	-	-	-	-	PS : 92,1 Hommes en uniforme: 34,8 Miniers : 13,2 Routiers : 24,5 Pêcheurs : 35,3	ESCOMB	2007	Définition modifiée
10.	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Non rapporté		Non rapporté		16,6	SE/CNLS, GTZ, UNICEF	oct 2006-oct 2007	
11.	Pourcentage d'école ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire.	-	-	-	-	Non disponible	MENRS		- Définition modifiée - Programme élaboré en cour d'intégration
Connaissances et comportements									
12.	Ration de scolarisation des enfants orphelins et non					Pertinent mais pas de données suffisantes			- Définition modifiée - Données insuffisantes

#	Indicateur	Rapport 2003-2004		Rapport 2005		Rapport 2008			Observations
		Valeur	Source	Valeur	Source	Valeur	Source	Période	
	orphelins âgés de 10-14 ans								
13.	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Non rapporté		19,0	EDSG III	16,2	ESCOMB	2007	
14.	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Non rapporté		Non rapporté		PS : 4,3 Hommes en uniforme : 24,8 Miniers : 18,6 Routiers : 3,8 Pêcheurs : 7,8	ESCOMB	2007	
15.	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Non Rapporté		CRIS : 16,6 Rapport : 18,7	EDSG III	25,0	ESCOMB	2007	
16.	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	Non rapporté		Non rapporté		7,8	EDSG III	2005	calculé à partir des données complémentaires fournies par Macro
17.	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui	Hommes : 17,6 Femmes : 3,3	EDSG 99	Incomplète (partenaire non cohabitant) 37,8		30,9	EDSG III	2005	Définition modifiée (groupe d'âge étendu à 15-49)

#	Indicateur	Rapport 2003-2004		Rapport 2005		Rapport 2008			Observations
		Valeur	Source	Valeur	Source	Valeur	Source	Période	
	déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel								
18.	Pourcentage de professionnelles du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Non rapporté		Non rapporté		99,8	ESCOMB	2007	
19.	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec partenaire masculin	Pertinent mais pas de données disponibles		Pertinent mais pas de données disponibles		Pertinent mais pas de données disponibles			Pas d'information
20.	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Non pertinent		Non pertinent		Non pertinent			Non pertinent pour le pays
21.	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	Non pertinent		Non pertinent		Non pertinent			Non pertinent pour le pays
Impact									
22.	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	<u>2001</u> Garçons : 2.4 Filles : 2.7	ESSIDAGUI 2001	<u>CRIS:</u> <u>15-19:</u> 0.51 <u>20-24:</u> 1.48	EDSG III	Pertinent mais pas de données disponibles			En 2007, ambiguïté entre la définition et la méthode d'évaluation ³

³ Indicateur 22: Pourcentage de jeunes **femmes** et de jeunes **hommes** âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH. Méthode d'évaluation : Numérateur = Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage indique qu'elles sont séropositives. Dénominateur = Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage VIH (cf directives UNGASS 2008, pp 68).

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

Aperçu de l'épidémie de SIDA

Situation de l'épidémie dans la population générale

Cette section traite en détail de la situation de l'épidémie de SIDA en Guinée pour la période de janvier 2006 à décembre 2007. Les données rapportées ici proviennent des enquêtes représentatives nationales ou d'enquêtes auprès de groupes spécifiques.

La plupart des indicateurs sociodémographiques et sanitaires de la Guinée sont parmi les plus préoccupants de la sous région ouest africaine. En effet, selon l'EDSG III 2005, la prévalence contraceptive reste encore basse (9%), le taux brut de natalité est de 38,4 pour 1000 personnes, la proportion des accouchements assistés est estimée à 38%, et l'indice de fécondité se chiffre à 5,7 enfants par femme. Le statut nutritionnel des femmes et des enfants apparaît comme étant critique surtout chez les mères qui n'ont aucun niveau d'instruction.

La couverture vaccinale, selon les carnets de vaccination ou la déclaration des mères, indique que seuls 37% des enfants ont été complètement vaccinés. Le taux de mortalité infantile est estimé à 128 pour mille, et le taux de mortalité maternelle est de 980 pour 100.000 naissances vivantes.

Le taux de scolarisation est globalement faible. Pour l'année scolaire 2003-2004, le taux brut était de 74 % au primaire, de 39 % au collège et de 16 % au lycée et l'on note une importante disparité entre garçons et filles. De même, le taux d'alphabétisation se caractérise par un déséquilibre entre hommes et femmes avec des proportions respectives de 41 % et de 22 % pour l'ensemble du pays. Tous ces indicateurs ont une influence négative sur l'adoption de comportements favorables à la santé en particulier en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH

Au-delà de ces facteurs socioéconomiques qui accentuent les comportements sexuels à risque et aident à la propagation de l'épidémie, l'instabilité qu'ont connu plusieurs pays voisins de la Guinée a également favorisé la propagation de l'épidémie. En effet, les populations déplacées et les flux de réfugiés sont généralement parmi les groupes plus vulnérables à la transmission du VIH en raison de leur situation de morbidité et de précarité. De plus, la forte présence de militaires et de rebelles dans certaines zones accentuent les risques de propagation de l'épidémie en limitant et en rendant plus risquée l'offre des services publics de base et l'intervention des organisations non gouvernementales (ONG) et organisations à base communautaire (OBC). La prise en charge des malades et des orphelins et enfants vulnérables (OEV) du SIDA devient ainsi une question cruciale en cours de résolution, grâce à l'intervention des acteurs comme l'UNICEF, la GTZ et DREAM.

Les individus, les ménages, les entreprises et la communauté sont considérablement touchés et affectés par l'épidémie. L'impact de celle-ci se traduit par un absentéisme accru au travail, une diminution de la productivité et des revenus, une disparition des travailleurs qualifiés et expérimentés et une hausse des coûts de production. Dès lors, il est compréhensible que la réponse nationale face à l'épidémie soit à la dimension de l'importance accordée à ce fléau.

L'analyse des données disponibles révèle une certaine féminisation de l'épidémie en Guinée ainsi que des prévalences particulièrement élevées chez des groupes spécifiques, entre autres, les PS, les personnes atteintes d'une infection sexuellement transmissible ou de la tuberculose, les routiers, les hommes en uniformes, les pêcheurs et les miniers. Malgré la faible prévalence par rapport à plusieurs pays de la sous région, le SIDA tend à devenir l'une des premières causes de mortalité et de morbidité et le taux actuel de séroprévalence classe la Guinée dans la catégorie des pays à une épidémie généralisée.

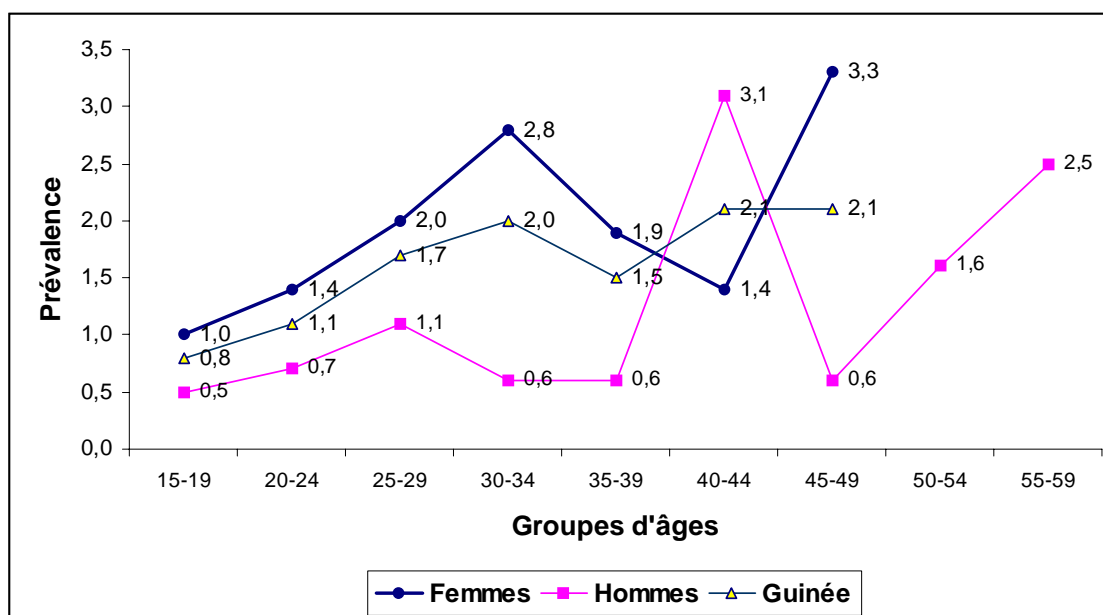
Tableau 3 : Séroprévalence du VIH dans la population générale en 2005

Catégories de populations	Prévalence du VIH en %
Population générale	1,5
Hommes	0,9
Femmes	1,9
Milieu Urbain	2,4
Milieu Rural	1,0

Source : EDSG III 2005

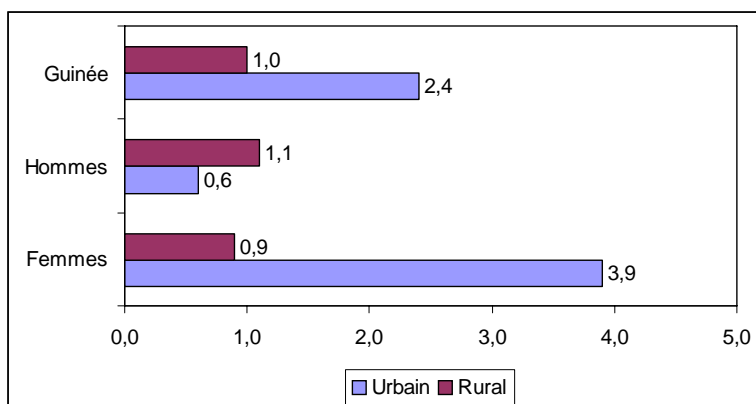
Selon EDSG III 2005, en prenant en compte l'âge, le graphique ci-dessous indique une variation importante de la séroprévalence selon les principaux groupes retenus, et ce pour les deux genres. La prévalence globale varie de 0,8% observée dans la tranche d'âge 15-19 ans, à 2,1% dans les deux derniers groupes d'âges (40-44 ans et 45-49 ans). Les positions des courbes indiquent que ce sont les femmes qui, à presque tous les âges, sont le plus touchées par l'épidémie. En effet, en dehors de la tranche d'âge 40-44 ans où l'on observe la situation inverse, la prévalence observée chez les femmes est à tout âge supérieure à celle des hommes. Dans la tranche 45-49 ans par exemple, l'on note une prévalence de 3,3% chez les femmes, contre seulement 0,6% chez les hommes.

Graphique 1 : Evolution de la séroprévalence en 2005 selon l'âge et le genre



Selon le milieu de résidence, le graphique ci-dessous indique une prévalence de 1,0% en milieu rural, contre 2,4% en milieu urbain. En décomposant l'indicateur selon le genre, l'on remarque que la même tendance s'observe chez les femmes mais avec un écart plus prononcé. En effet, à une prévalence de 0,9% chez les femmes en milieu rural, correspond une prévalence de 3,9% chez celles du milieu urbain. Pour les hommes, la situation observée contraste avec celle observée pour les femmes. La prévalence est en effet deux fois plus élevée chez les hommes ruraux, comparée à celle des hommes du milieu urbain.

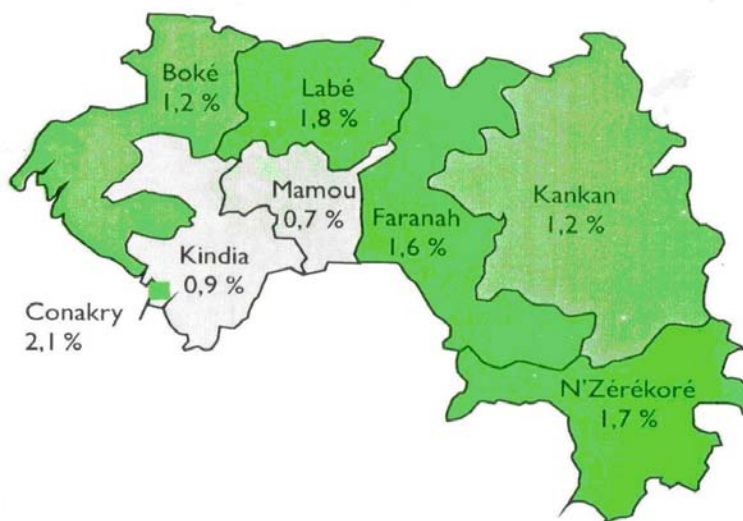
Graphique 2 : Séroprévalence du VIH en 2005 selon le milieu et le genre



Source : EDSIII, 2005

Selon les régions administratives, la carte ci-dessous indique qu'avec une prévalence de 2,1%, c'est la zone spéciale de Conakry qui est la plus touchée, suivie à l'intérieur du pays par les régions de Labé, N'Zérékoré et Faranah, avec des prévalences respectives de 1,8%, 1,7% et 1,6%.

Carte 2 : Prévalence du VIH par région administrative



Situation de l'épidémie dans les populations les plus à risque

Indicateur 23

: Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque.

Les données figurant dans le tableau ci-dessous indiquent les prévalences de l'infection à VIH dans les populations les plus à risque dans le contexte de la Guinée. La prévalence la plus élevée est observée chez les PS avec 34,4%, suivies de loin par les hommes en uniforme et les pêcheurs, avec respectivement 6,5% et 5,6%. Pour les deux catégories restantes, la prévalence observée est au dessus de 5%.

Tableau 4 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque par catégorie

Catégories	Nombre de personnes dont le test est positif pour le VIH	Nombre de personnes ayant subi le test	Prévalence VIH
PS ⁴	206	598	34,4%
Hommes en uniforme	138	2127	6,5%
Pêcheurs	34	604	5,6%
Miniers	62	1190	5,2%
Routiers	33	601	5,5%

Source : ESCOMB 2007

En décomposant la prévalence des PS par âge, l'on obtient le tableau ci-dessous. Il apparaît que la prévalence atteint 40,8% pour celles qui sont âgées de 25 ans et plus, contre 27,5% chez celles qui ont moins de 25 ans.

Tableau 5 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les PS par groupe d'âge

Groupes d'âges	Nombre de personnes dont le test est positif pour le VIH	Nombre de personnes ayant subi le test	Prévalence VIH
< 25 ans	79	287	27,5%
25 ans et +	127	311	40,8%
Ensemble	206	598	34,4%

Source : ESCOMB 2007

⁴ Parmi les PS, 7 ont refusé de faire le test et ont donc été exclu du calcul de la prévalence.

Riposte nationale à l'épidémie du SIDA

Environnement politique

La Guinée dispose d'un Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) mis en place par le décret présidentiel n°016 du 5 mars 2002. Il est présidé actuellement par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement et composé de l'ensemble des départements ministériels, de la Société Civile, des associations de PVVIH, du secteur privé, des syndicats, des ONG internationales et des organisations bi et multi latérales. Il dispose d'une composition prédéfinie, d'un mandat, d'un Secrétariat Exécutif fonctionnel et il se réunit tous les six mois.

Il existe aussi au sein de chaque département, un Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA (CMLS) qui élabore et met en œuvre un plan d'action dans le cadre de la lutte contre le SIDA. Il en est de même, au niveau de chaque région, communes et Communauté Rurale de Développement (CRD).

L'environnement politique a été aussi marqué par une instabilité nationale et sous-régionale, qui a influencé le dispositif de la riposte à l'épidémie du SIDA. Au niveau sous-régional, l'instabilité dans certains pays voisins ont engendré des mouvements migratoires, entraînant une vulnérabilité plus accrue dans certaines couches de la population. Au plan national, les deux dernières années ont été marquées surtout par les mouvements sociopolitiques (grèves des travailleurs, changement fréquent de gouvernement) qui ont engendré de nombreuses interruptions dans la mise en œuvre des projets et programmes de lutte contre l'épidémie du SIDA.

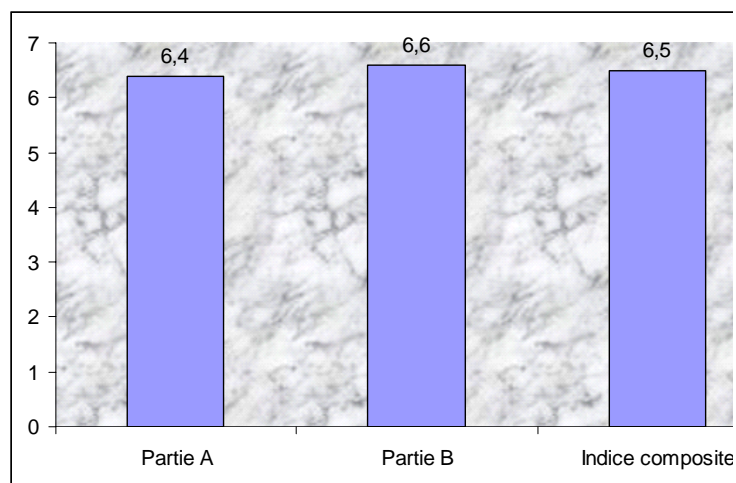
L'indice composite des politiques nationales (Indicateur 2) qui est le reflet de cet environnement est synthétisé ci-dessous.

Tableau 6 : Synthèse de l'indice composite des politiques nationales

Parties	Notes sur 10
Partie A	6,4
Plan stratégique	5
Appui politique	5
Prévention	8
Traitement soins et soutien	7
Suivi- évaluation	7
Partie B	6,6
Droit de la personne	
▪ Politique, lois et règlements	7
▪ Application politique, lois et règlements	5
Participation de la société civile	7
Prévention	7
Traitement, soins et soutien	7
Indice composite	6,5

Le tableau indique que ce sont les rubriques relatives au « Plan stratégique », à l'« Appui politique » et à l'« Application politique, lois et règlements » qui enregistrent les notes les plus faibles (5/10)

Graphique 3 : Indice composite des politiques nationales selon les parties



Sur le plan du financement de la réponse, l'indicateur ci-dessous fait le point sur les 2 ans écoulés.

Indicateur 1 : Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le SIDA.

Le tableau ci-dessous présente les montants des dépenses intérieures et internationales dans le domaine du SIDA. En 2006, les dépenses se chiffrent à USD 25.290.337,83 dont 96% proviennent des partenaires. En 2007, ce montant passe à seulement USD 3.637.515,92 soit un recul de 86%. Cela s'explique par la baisse sensible enregistrée dans la part des partenaires au développement, même si entre temps la part du budget national a connu une augmentation de 31%.

Tableau 7 : Dépenses intérieures et internationales en USD pour la lutte contre le SIDA en Guinée 2006 et 2007

Catégories	2006			2007			Partenaires
	Partenaires	Budget National	Total	Partenaires	Budget National	Total	
Prévention	7.220.358,09		7.220.358,09	461.156,43	257.341,26	718.497,69	IDA, Fonds Canadien, OMS, UNICEF, UNFPA, Secteur Privé
Soins et traitement	3.485.052		3.485.052	671.357		671.357	PAM, UNICEF, UNFPA, OMS, Fonds Canadien, IDA
Atténuation (OEV+PVVIH)	2.425.500		2.425.500	125.260		125.260	PAM, UNICEF, UNFPA, OMS, Fonds Canadien, IDA
Gestion du Programme et Renforcement des capacités	3.975.854,80		3.975.854,80	58.919		58.919	PAM, UNICEF, UNFPA, OMS, Fonds Canadien, IDA, FONDS MONDIAL
Environnement Favorable et développement communautaire	62.968,12		62.968,12	384.117		384.117	Fonds Canadien, OMS, UNICEF, UNFPA, Secteur Privé
Recherche	45.000		45.000	50.000		50.000	UNFPA
Suivi et Evaluation	1.533.000		1.533.000	73.260		73.260	UNFPA, UNICEF
Non ventilé	5.670.263,54	872.341,28	6.542.604,82	667.711,60	888.393,63	1.556.105,23	
TOTAL	24.417.996,55	872.341,28	25.290.337,83	2.491.781,03	1.145.734,89	3.637.515,92	

Source : Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan

Selon la catégorie, même si une partie de ces dépenses n'a pu être ventilée, c'est à la prévention que revient la part la plus élevée (29% en 2006 et 20% en 2007).

Environnement sanitaire

Sur le plan sanitaire, le système de soins de santé guinéen est composé de sous secteur public et privé. Le sous secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet: le Poste de Santé, le Centre de Santé, l'Hôpital Préfectoral, l'Hôpital Régional et l'Hôpital National.

Trois niveaux ont été définis :

- Le niveau périphérique équivalent du district sanitaire de l'OMS avec 31 hôpitaux préfectoraux et communaux et 496 centres de santé dont au moins un par sous préfecture rurale ou commune urbaine. Autour de chaque Centre de Santé gravitent au moins 3 postes de Santé :
- Le niveau intermédiaire avec 7 hôpitaux régionaux
- Le niveau central avec les 2 hôpitaux nationaux (Ignace Deen et Donka)

Le sous secteur privé comprend d'une part les structures médicales et d'autre part les structures pharmaceutiques.

Dans la typologie du secteur médical privé⁵, on distingue les cabinets de soins infirmiers ou de sages femmes, le cabinet de consultations médicales et la clinique. On compte 271 cabinets de soins et de consultations, 22 centres médicaux chirurgicaux, 10 polycliniques, 23 cabinets dentaires et 222 cabinets de sages femmes sur l'ensemble du territoire.

Les structures pharmaceutiques et biomédicales, sont composées de points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes, des laboratoires d'analyses biomédicales, du Laboratoire National de Santé Publique et du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et ses démembrements (CRTS, UHTS).

La mise en place des sites de prise en charge médicale, des sites CDV et PTME obéit à cette décentralisation. A ce jour le pays dispose de 44 sites PTME et de 26 CDV fonctionnels. Quant à la prise en charge médicale, elle est totalement gratuite depuis septembre 2007.

Principales réalisations

En Guinée, la riposte à l'épidémie du SIDA et des IST constitue un défi majeur de la politique gouvernementale en matière de santé. A cet effet, le pays s'est doté d'un cadre stratégique national (CSN) pour la période 2003-2007 avec quatre axes stratégiques d'intervention dont les réalisations sont les suivantes :

Axe stratégique 1 : Prévention de la transmission du VIH

i) Réduction de la transmission sexuelle du VIH et des IST

D'énormes efforts ont été déployés par les secteurs publics, privé et la société civile durant les 2 dernières années dans le cadre de l'IEC/CCC en direction de la population et plus particulièrement des groupes vulnérables cités plus hauts. Au bilan des réalisations :

- Installation de 15 Centres d'écoute et d'orientation des jeunes et adolescents (CECOJE) dans les chefs lieux des régions administratives et 5 communes de Conakry ;
- Formation de 250 pairs éducateurs sur la mobilisation sociale et l'éducation sexuelle informelle dans les régions de Labé, Nzérékoré et Conakry ;

⁵ Annuaire Statistique de Santé 2005

- Formation de 35 agents de la police nationale sur l'encadrement sans répression des PS ;
- Mise en place d'une clinique mobile pour la prise en charge des IST chez les PS ;
- Prise en charge de 3909 PS avec système de référence dans les services adaptés ;
- Formation et déploiement de 800 pairs éducateurs et de 175 animatrices épouses de militaires dans toutes les garnisons ;
- Formation de 240 pairs éducateurs de la police nationale ;
- Fabrication de kiosques d'écoute dans les débarcadères de Conakry et des caisses anti-SIDA dans les débarcadères de Boffa ;
- Réalisation d'émissions radiophoniques auprès des pêcheurs ;
- Mise en place de 11 clubs anti-SIDA au niveau des établissements scolaires et Universitaires.
- Activités IEC sur le VIH et les IST auprès des jeunes et des autres catégories de populations à travers la mise en place d'animateurs communautaires et de pairs éducateurs qui sillonnent les gares routières, les zones minières, les maisons closes et les quartiers. En direction des jeunes, les activités IEC sont animées par les clubs « stop SIDA » qui ont été mis en place dans la plupart des écoles secondaires.

Des efforts sont également entrepris au niveau des écoles pour intégrer l'enseignement du VIH dans les programmes de préparation à la vie active (voir Indicateur 11). D'autres indicateurs UNGASS 2008 également ci-dessous présentés mesurent quelques résultats obtenus dans le domaine de la prévention.

Indicateur 11

: Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire.

Bien que des progrès sensibles aient été accomplis dans le domaine de l'enseignement du SIDA, très peu d'écoles ont dispensé un enseignement relatif au VIH dans le cadre de l'apprentissage des programmes de préparation à la vie active basée sur les compétences psychosociales (life skills) au cours des deux dernières années. Toutefois, pour l'année scolaire 2006-2007, le Ministère de Education Nationale et de la Recherche Scientifique (MENRS) a élaboré un programme d'activités à cet effet. Celui-ci n'a pu être mis en œuvre en raison du contexte sociopolitique agité : grèves des enseignants et retard dans le décaissement des fonds. Sa mise en œuvre a été reportée pour l'année scolaire 2007-2008. Ce programme cible 2.676 écoles primaires et 238 écoles secondaires, réparties dans 3 régions administratives sur les 8 que comporte le pays. Les niveaux visés sont les classes du primaire, tout le cycle du secondaire, les écoles professionnelles et les institutions d'enseignement supérieur.

Indicateur 13

: Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.

Pour appartenir à la catégorie de ceux qui possèdent à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus, les enquêtés avaient à répondre correctement aux cinq questions que sont :

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté?

2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation des préservatifs?
3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive au VIH?
4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH?
5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive?

Le tableau ci-dessous présente les données relatives à cet indicateur fournies par l'ESCOMB 2007. La valeur de l'indicateur est de 16,2% pour l'ensemble des jeunes 15-24 interrogés. Selon le genre, ce pourcentage est plus élevé pour les garçons (19,7% contre 12,3 %). Selon l'âge, on note un écart de l'ordre de 5% entre les valeurs de l'indicateur pour les deux catégories retenues.

Tableau 8 : Répartition des jeunes selon leur connaissance sur la prévention du SIDA, le genre et le groupe d'âge

Catégories	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans ayant répondu correctement aux cinq questions ⁶	Nombre total de personnes interrogées âgées de 15-24 ans	Pourcentage
Genre			
Garçons	470	2 388	19,7%
Filles	260	2 108	12,3%
Groupes d'âges			
15-19	416	2 882	14,4%
20-24	314	1 614	19,5%
Ensemble	730	4 496	16,2%

Source : ESCOMB 2007

Indicateur 14

: Pourcentage, parmi les populations les plus à risque de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.

Les informations fournies dans cette section proviennent de l'ESCOMB 2007. Les données du tableau ci-dessous indiquent que ce sont les hommes en uniforme (24,8%) et les miniers (18,6%) qui enregistrent les plus grands scores. En revanche, chez les PS où la prévalence moyenne de l'infection à VIH atteint 34,4%, le score est seulement de 4,3%. Dans les détails, c'est au niveau des réponses à la question 1 (le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e)?) et à la question 4 (une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH?) que des réponses inappropriées ont été enregistrées. C'est chez les routiers que la valeur de l'indicateur est la plus faible (de l'ordre de 3,8%).

⁶ Pour appartenir à la catégorie de ceux qui possèdent tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus, l'enquêté devait répondre correctement aux cinq questions (voir les directives pour l'élaboration d'indicateurs de base pour le rapport UNGASS 2008)

Tableau 9 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

Catégories	Nombre de PS interrogées ayant répondu correctement aux cinq questions	Nombre de personnes incluses dans l'échantillon	Pourcentage
PS	26	605	4,3%
Hommes en uniforme	531	2138	24,8%
Miniers	223	1198	18,6%
Pêcheurs	47	604	7,8%
Routiers	23	601	3,8%

Source : ESCOMB 2007

Tableau 10 : Pourcentage, parmi les professionnelles de sexe possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus selon le groupe d'âge

Groupes d'âges	Nombre de PS interrogées ayant répondu correctement aux cinq questions	Nombre total de PS interrogées	Pourcentage
15-19	13	290	4,5%
20-24	13	315	4,1%
Ensemble	26	605	4,3%

Source : ESCOMB 2007

La ventilation de l'indicateur pour les deux tranches d'âge retenues indique une différence absolue inférieure 0,5%.

Indicateur 15

: Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans par genre et par âge.

Les données relatives à cet indicateur ont été fournies par ESCOMB 2007. D'après le tableau ci-dessous, il résulte qu'un jeune sur quatre a eu son premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. En décomposant l'indicateur par genre, l'on note que le pourcentage est plus élevé chez les filles que chez les garçons (30,6% contre 20,0%).

Selon l'âge, la valeur de l'indicateur est plus grande chez les plus jeunes, c'est-à-dire ceux de la tranche 15-19 ans pour lesquels il atteint 31,9%.

Tableau 11 : Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Catégories	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans déclarant qu'elles ont leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans	Nombre total de personnes interrogées âgées de 15-24 ans	Pourcentages
Genre			
Garçons	478	2.388	20,0%
Filles	646	2.108	30,6%
Groupes d'âges			
15-19	918	2.882	31,9%
20-24	206	1.614	12,8%
Ensemble	1.124	4.496	25,0%

Source : ESCOMB 2007

Indicateur 16

: Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents.

Selon les données de l'EDSG III 2005 (voir tableau ci-dessous), 7,8% des adultes âgés de 15-49 ans interrogés ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois. Cette moyenne masque une forte disparité selon le genre.

En effet, si la même proportion n'est que de 2,0% pour les femmes, elle atteint 24,7% pour ce qui est des hommes.

Selon les 3 groupes d'âge retenus, celui de 20-24 ans affiche le pourcentage le plus élevé (9,5%).

Tableau 12 : Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents par genre et par groupe d'âges

Catégories	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-49 ans ayant eu des rapports avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois	Nombre total de personnes interrogées âgées de 15-49 ans	Pourcentage
Genre			
Hommes	670	2.708	24,7%
Femmes	161	7.954	2,0%
Groupes d'âges			
15-19	130	2.312	5,6%
20-24	156	1.634	9,5%
25-49	545	6.716	8,1%
Ensemble	831	10.662	7,8%

Source : ESCOMB 2007

ii) Promotion de l'utilisation du préservatif

En Guinée, la gestion des approvisionnements et des stocks en préservatifs n'est pas centralisée et ne relève pas d'une coordination unique. Plusieurs organismes assurent l'approvisionnement du secteur public dont l'USAID, l'UNFPA, l'IDA (Banque Mondiale) et la Coopération allemande (KfW/GTZ). Les préservatifs sont mis à la disposition des différentes structures de santé et services communautaires.

Les activités promotionnelles en éducation sexuelle informelle sont menées par les pairs éducateurs sur le port correct du condom. Au chapitre des résultats, on peut mentionner notamment : i) la distribution et la vente de 8.829.960 préservatif en 2006 par PSI/Guinée ; ii) la distribution gratuite de 25.780 préservatifs en 2006 par les projets SBC de l'AGBEF.

Les indicateurs UNGASS 2008 ci-dessous présentés donnent une idée sur l'utilisation du préservatif dans la population générale et parmi les PS appartenant à la catégorie des populations à risque.

Indicateur 17

: Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Selon l'EDSG III 2005, parmi les 831 adultes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, 257 ont dit avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. Ce qui correspond à un pourcentage de 30,9% pour l'indicateur.

Selon le genre, la valeur de l'indicateur est de 32,1% pour les hommes, contre 26,1% pour les femmes. Avec l'âge, on note que l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel est en terme de proportion plus importante dans les groupes d'âges plus jeunes, avec un maximum de 42,9% dans la tranche 20-24 ans.

Tableau 13 : Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel par genre et par âge

Catégories	Nombre de personnes interrogées de 15-49 ans ayant eu des rapports avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 mois précédents et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Nombre de personnes interrogées de 15-49 ans ayant eu des rapports avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois	Pourcentage
Genre			
Hommes	215	670	32,1%
Femmes	42	161	26,1%
Groupes d'âges			
15-19	45	130	34,6%
20-24	67	156	42,9%
25-49	145	545	26,6%
Ensemble	257	831	30,9%

Source : EDSG III 2005

Indicateur 18

: Pourcentage de PS déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.

Les résultats de l'ESCOMB figurant dans le tableau ci-dessous indiquent que la presque totalité (99,8%) des PS ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel rémunéré. Chez celles qui ont 25 ans et plus, le niveau de l'indicateur est de 100%.

Tableau 14 : Pourcentage de PS déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Groupes d'âges	Nombre de PS interrogées ayant déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Nombre total de personnes interrogées âgées de 15-49 ans	Pourcentage
< 25 ans	289	290	99,7%
25 ans et +	315	315	100,0%
Ensemble	604	605	99,8%

Source : ESCOMB 2007

iii) Dépistage volontaire et anonyme du VIH

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

- Existence d'une politique nationale en matière de conseil et dépistage volontaires (CDV) du VIH ;
- Disponibilité au niveau national des normes et procédures en matière de CDV et des outils de formation y afférents ;
- Intégration de CDV dans les activités de routine de 26 structures sanitaires ;
- Mise en place de CDV dans 22 districts sanitaires sur 38, soit 58% . ;
- Forte implication des ONG et des associations de PVVIH dans la mobilisation pour l'utilisation des CDV.

Carte 3 : cartographie des sites de CDV



La carte ci-dessus montre la répartition des CDV fonctionnels dans les districts sanitaires. Elle indique que des efforts restent encore à fournir pour couvrir l'ensemble des districts du pays.

Au nombre des indicateurs de UNGASS 2008, ce sont les indicateurs 7 et 8 qui concernent le dépistage dans la population générale ainsi que dans les populations les plus à risque. Il est à noter que les données ci-dessous ne concernent pas que les dépistages dans les sites de CDV. L'indicateur 9 combine à la fois le fait de savoir où aller faire le dépistage et l'obtention du préservatif.

Indicateur 7

: Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat.

Les données proviennent de l'EDSG III 2005. Sur les 10.662 personnes interrogées, seulement 162 ont déclaré avoir fait un test de dépistage du VIH et en ont pris connaissance du résultat. Cela correspond à un score de 1,5% pour l'indicateur.

En ventilant les données selon le genre, le résultat obtenu figure dans le tableau ci-dessous. Le niveau de l'indicateur affiché est de 2,9% pour les hommes, contre 1,1% pour les femmes.

Selon les groupes d'âges retenus, le tableau indique aussi que ce sont surtout les personnes de la tranche d'âge 20-24 qui enregistrent le meilleur résultat pour l'indicateur (2,1%). Pour les jeunes de la tranche 15-19 ans, la proportion de ceux d'entre eux qui ont fait un test de dépistage et en ont pris connaissance du résultat est de l'ordre de 1 pour 100.

Tableau 15 : Dépistage du VIH parmi la population générale selon le genre et le groupe d'âges

Catégories	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat	Nombre total de personnes interrogées âgées de 15-49 ans	Pourcentage
Genre			
Hommes	78	2.708	2,9%
Femmes	84	7.954	1,1%
Groupe d'âges			
15-19	26	2.312	1,1%
20-24	34	1.634	2,1%
25-49	102	6.716	1,5%
Total	162	10.662	1,5%

Source : EDSG III 2005

Indicateur 8

: Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat

Les données utilisées pour cet indicateur proviennent de l'ESCOMB 2007 et concernent les PS, les hommes en uniforme, les miniers, les pêcheurs et les routiers. Le tableau ci-dessous indique que la valeur de l'indicateur varie entre 2,8% pour les pêcheurs et 58,2% pour les PS. Parmi les autres catégories, il faut noter le bon niveau de l'indicateur chez les hommes en uniforme 41,0%.

Tableau 16 : Pourcentage parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat par catégorie

Catégories	Nombre de personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Nombre de personnes incluses dans l'échantillon	Pourcentage
PS	352	605	58,2%
Hommes en uniforme	877	2.138	41,0%
Miniers	296	1.198	24,7%
Pêcheurs	17	604	2,8%
Routiers	114	601	19,0%

Source : ESCOMB 2007

Selon l'âge, le tableau ci-dessous indique un pourcentage plus élevé chez les PS âgées de moins de 25 ans pour lesquelles il est de 65,4%.

Tableau 17: Pourcentage des PS ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat par groupe d'âges

Groupes d'âges	Nombre de PS ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Nombre de PS incluses dans l'échantillon	Pourcentages
Moins de 25 ans	146	290	50,34%
25 ans et plus	206	315	65,40%

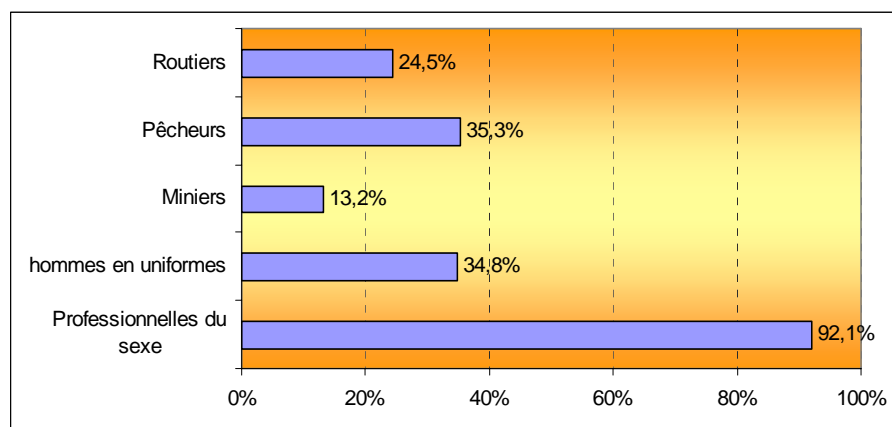
Source : ESCOMB 2007

Indicateur 9

: Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre

Pour être considéré comme atteint par les programmes de prévention, l'interviewé devait répondre par « oui » à la fois aux deux questions suivantes : i) Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ? ii) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous obtenu des préservatifs ?

Graphique 4 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de préventions parviennent à atteindre



Source : ESCOMB 2007

Le graphique ci-dessus indique pour chaque catégorie de populations les plus à risque, le pourcentage de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre. La plus grande valeur de l'indicateur (92,1%) est obtenue pour les PS, cibles de plusieurs ONG nationales et internationales évoluant sur le terrain. Avec les PS âgées de plus de 25 ans, la valeur de cet indicateur atteint 94,9%.

Pour les autres catégories, toutes les valeurs observées sont en dessous de 40% avec le niveau le plus bas pour les miniers (13,2%).

iv) Diagnostic précoce et traitement des IST

Il existe un programme national de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH/SIDA (PNPCSP) au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP). A ce jour l'approche syndromique a été introduite dans la plupart des structures du pays et il existe aussi 8 services adaptés pour la prise en charges des IST chez les PS.

v) Réduction des risques de transmission par voie sanguine

L'organisation de la transfusion sanguine est régie par une politique nationale qui définit trois niveaux dans la gestion de la transfusion sanguine : le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), les 7 Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) et les Unités Hospitalières de Transfusion Sanguine (UHTS) au niveau périphérique.

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

- Equipement de 14 UHTS au niveau d'hôpitaux préfectoraux grâce au financement de l'Union Européenne ;
- Formation de 66 agents techniques des services de transfusion sanguine à la pratique transfusionnelle et en assurance qualité sur financement du Fonds Mondial, OMS, UNICEF/BAD;
- Formation de 140 cliniciens et personnels paramédicaux sur les directives nationales de l'utilisation rationnelle du sang sur financement du Fonds Mondial, OMS, MSF/Belgique et GTZ ;
- Réalisation de campagnes de sensibilisation de la population au don de sang par la Croix Rouge Guinéenne et les associations de donneurs de sang, sur financement OMS, Croix Rouge Internationale et CNTS ;
- Création d'une association nationale des donneurs de sang bénévoles et mise en place de quelques clubs de donneurs avec formation de 105 recruteurs de donneurs de sang.

Quelques détails sur l'indicateur 3 du processus UNGASS 2008 figurant ci-dessous permet d'apprécier la qualité du dépistage pratiqué sur les dons de sangs.

Indicateur 3

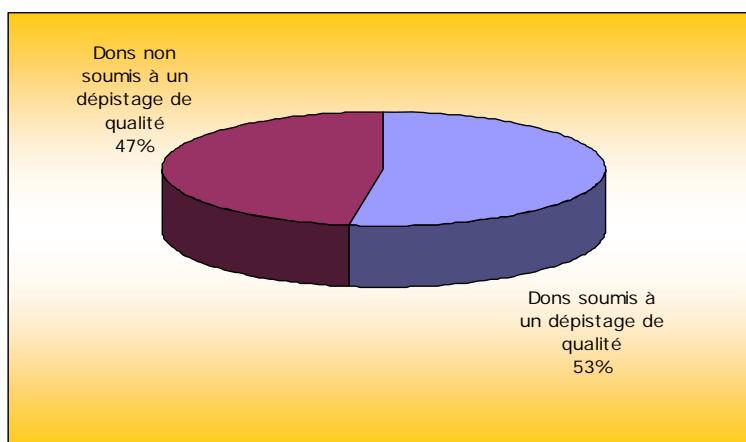
: Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH.

C'est la première fois que cet indicateur est rapporté par la Guinée dans le cadre du processus UNGASS. Les données proviennent du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et de 4 Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS). A ce jour, seul le CNTS respecte à la fois l'assurance qualité et les procédures normalisées pour tous les cas de dons de sang. Dans les CRTS, seules les procédures ont été diffusées, et c'est la prise en compte de leurs données au dénominateur qui entraîne une réduction de la valeur de l'indicateur. Au cours de l'année 2006, sur 25.500 dons de sang enregistrés dans les 5 centres, seuls les 13.388 reçus au CNTS ont été testés soit 52,5%.

Pour l'année 2007, les données sont en cours de traitement et ne seront disponibles qu'en 2008. En ce qui concerne la transmission du VIH en milieu de soins :

- Des directives sur la prophylaxie post-exposition ont été élaborées et des kits de prophylaxie post-exposition ont été mis en place dans certaines structures sanitaires y compris les sites CDV;
- Un répertoire national des tradithérapeutes a été élaboré sur financement du PMS de la Banque Mondiale ;
- Des formations en prévention de l'infection à VIH ont été menées à Conakry et dans les sites CDV sur financement de l'Union Européenne (UE) et d'Engenderhealth (USAID).

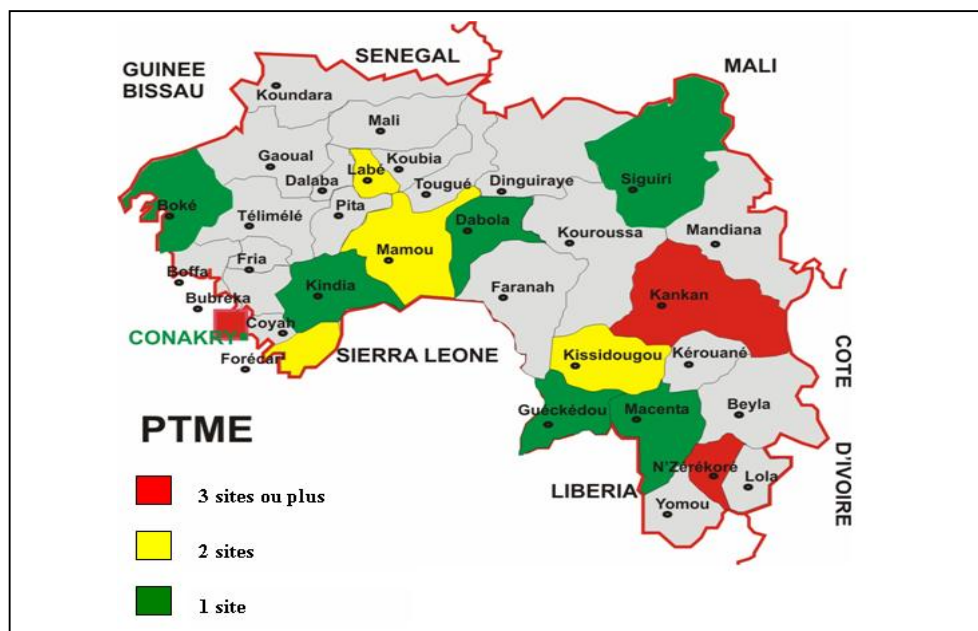
Graphique 5 : Répartition des dons de sang selon la qualité du dépistage au VIH



vi) Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

Il existe actuellement 44 sites PTME dont 27 intégrés entre 2006 et 2007. A ce jour, l'extension se limite aux structures urbaines et a été faite en fonction de la prévalence du VIH dans les régions. Le plan national de passage à l'échelle de la PTME est en voie de finalisation et de validation. La cartographie ci-dessous visualise bien la répartition géographique des sites PTME et leur nombre par district sanitaire.

Carte 4 : Cartographie des sites PTME



Les données relatives à l'indicateur 5 du processus UNGASS 2008 indique le niveau de la prise en charge pour les années 2006 et 2007.

Indicateur 5

: Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant.

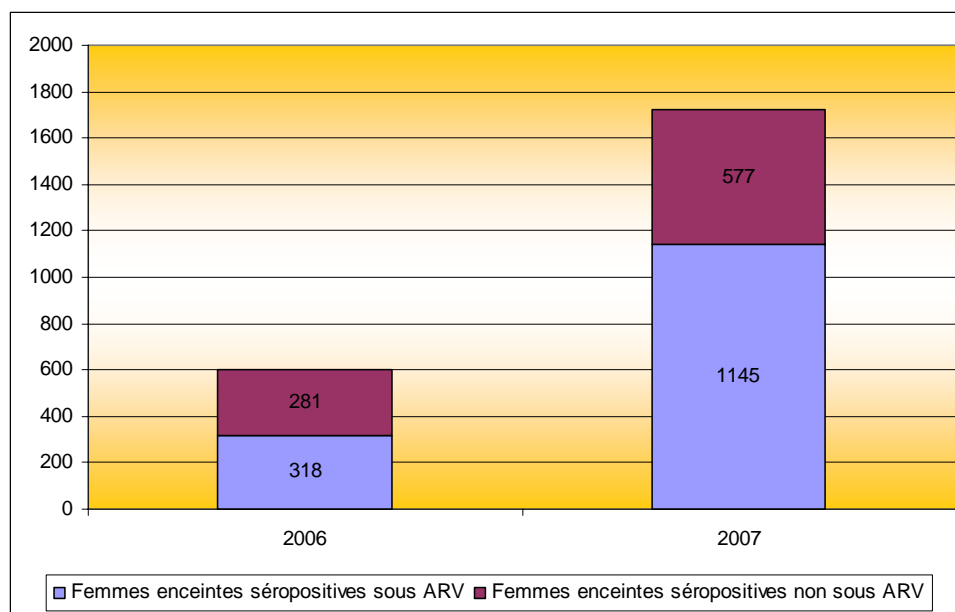
Les données de cette section proviennent des structures sanitaires intégrant la PTME. Les données figurant sur le graphique ci-dessous indiquent qu'en 2006, sur les 599 dépistées positives, seules 281 ont été placées sous ARV pour réduire le risque de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ce qui représente une valeur de 46,9% pour l'indicateur. Avec l'augmentation du nombre de sites PTME, qui est passé de 29 en fin 2006 à 44 en septembre 2007 et la gratuité des ARV intervenue à la même période, la valeur de l'indicateur s'est sensiblement améliorée en passant à 66,5%. En effet, sur les 1722 femmes enceintes séropositives identifiées, 1145 ont été placées sous ARV.

Tableau 18 : Résultats PTME de 2006 à 2007

Activités	Années	
	2006	Octobre 2007
Femmes enceintes conseillées	22.457	62.087
Femmes enceintes testées	17.644	47.621
Femmes enceintes séropositives	599	1.722
Femmes enceintes sous ARV	281	1.145
Enfants sous ARV prophylactique	182	482

Source : PNPCSP 2007

Graphique 6 : Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant



Source : PNPCSP

Axe stratégique 2 : Prise en charge médicale et psychosociale

i) Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH

- Au total 62 Associations/ONG ont bénéficié d'appui dans le cadre du suivi communautaire et de nombreux agents ont été formés en counseling ;
- A travers des ONG/Associations, le PAM a assisté 1920 familles, soit 13 300 personnes à Conakry, Kissidougou, Guéckédou et NZérékoré ;
- Un guide de formation dans la PEC des soins à domicile a été élaboré en 2006 ;
- Un total de 39 formateurs et 405 intervenants du personnel de santé et des ONG ont été formés dans la prise en charge à domicile ;
- Cinq centres de santé du projet AEDES/DSVCO ont réalisés 2816 visites à domicile. La GTZ et MSF Belgique, à travers leur appui, interviennent de façon ponctuelle dans les visites et soins à domicile pour les PVVIH et l'assistance des malades au stade terminal.

ii) Prise en charge des infections opportunistes (IO)

Dans la PEC des IO, 498 médecins et paramédicaux ont été formés au courant de l'année 2006. Un module de prise en charge de la co-infection Tuberculose/VIH est élaboré par le Programme National de Lutte Anti-Tuberculose (PNLAT) et la formation des prestataires au niveau des régions est en cours.

iii) Introduction des ARV dans le traitement des PVVIH

La prise en charge par les ARV et le suivi médical ont été rendus gratuits par le gouvernement à partir de septembre 2007. Sa mise en œuvre est effective sur toute l'étendue du territoire. La disponibilité des ARV est assurée entièrement par les contributions financières des bailleurs de fonds. Les ARV sont disponibles pour tous les malades éligibles dans les 14 centres de traitement (voir la répartition spéciale sur la carte ci-dessous).

Les données détaillées relatives à l'indicateur 4 du processus UNGASS 2008 donne idée de la couverture de cette prise en charge.

Indicateur 4

: Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous ARV.

Les données ci-dessous portent sur 5 régions et la ville de Conakry (Conakry, Kankan, Faranah, Boké, Mamou, Labé).

Tableau 19 : Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous ARV à la date de septembre 2007

Catégories	Nombre d'adultes et d'enfants avec une infection VIH avancée bénéficiant d'une thérapie ARV	Nombre estimé d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée	Pourcentage
Genre			
Hommes	2.296	8.750	26,2%
Femmes	2.932	14.500	20,2%
Groupe d'âges			
< 15 ans	307	2.000	15,4%
15 ans et +	4.921	21.250	23,2%
Total	5228	23.250	22,5%

Source : PNPSP 2007

En 2007, le nombre de malades adultes et enfants atteints de l'infection à VIH à un stade avancé est estimé 23.250. Parmi eux, seuls 5.228 personnes étaient sous ARV à la date du 30 septembre 2007, soit un pourcentage de 22,5%.

Selon les deux groupes d'âges, on note que 23,2% des malades de plus de 15 ans bénéficient d'une thérapie antirétrovirale, contre 15,4% pour ceux de moins de 15 ans.

En 2006, le nombre de personnes (adultes et enfants) sous ARV en décembre 2006 a été évalué à 4.699.

Carte 5 : cartographie des sites de traitement ARV par région



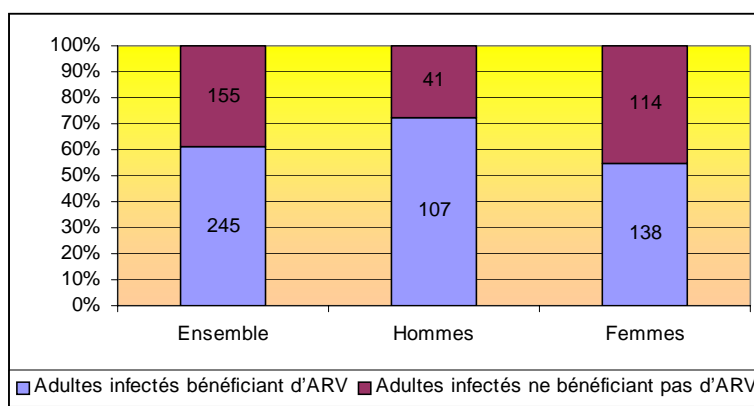
Selon le genre, le tableau ci-dessus indique que bien qu'il y ait plus de femmes sous ARV que d'hommes en termes d'effectifs, la valeur de l'indicateur est plus faible chez les femmes (20,2% contre 26,2%).

Indicateur 6

: Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH.

Pour cet indicateur, les données disponibles proviennent du service antituberculeux du CHU Ignace Deen et de MSF Belgique » et ne couvrent que la période de janvier à septembre 2007. Au total, on a dénombré 400 cas de tuberculose liés à une séropositivité VIH concomitante. Parmi eux, 245 ont bénéficié de traitement à la fois contre les deux infections conformément au protocole ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA, ce qui représente une valeur de 61,3% pour cet indicateur. En procédant à la décomposition de l'indicateur par genre, on note d'une part la prépondérance des femmes parmi ces cas de co-infection (63%), d'autre part le faible niveau de la prise en charge par rapports aux hommes de la même catégorie (54,8% contre 72,3%).

Graphique 7: Répartition des cas de la co-infection selon la prise en charge et le genre



Source : Service antituberculeux et MSF Belgique

Axe stratégique 3 : Réduction des impacts socio-économiques du SIDA

i) Réduction de l'impact socio-économique sur les personnes infectées (affectées et leurs familles (pertes de revenus, précarité et pauvreté)

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

ii) Prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV)

Les principales réalisations sont :

- Scolarisation de 6.800 orphelins par les ONG et le MASPFE/PMS ;
- Scolarisation de 150 orphelins par le MASPFE/Fonds Mondial ;
- Appui nutritionnel en faveur de 1.920 familles de PVVIH par le PAM ;
- 35 familles affectées par le VIH appuyées par le MASPFE ;
- Appui nutritionnel en faveur de 50 familles de PVVIH par le Centre DREAM.

Indicateur 10

: Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

Sur un total estimé à 41.000 orphelins et autres enfants vulnérables (0-17 ans), les données provenant de SIDAPES, la base de données du CNLS indiquent que 6.800 ont bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge d'octobre 2006 à décembre 2006, soit un score de 16,6% pour cet indicateur. Cette aide a été fournie par le SE/CNLS sur fonds IDA, le PAM et l'UNICEF, et exécutée par les ONG FELICA, SIDALERTE, AFA, FEG et CPTAFE.

iii) Réduction de l'impact socio-économique global, sectoriel et sur les entreprises

Les principales réalisations sont :

- Mise en place par la Chambre des Mines de 6 CDV dans les sociétés minières à Kamsar, Sangaredi, Fria, Simbaya, Koron et Léro, et des sites PTME à Fria, Kamsar, Sangaredi et Koron ;

- La prise en charge en ARV du personnel et de leurs dépendants est assurée par les sociétés Russal (Fria et Kindia), SMD (Léro), SAG (Koron) et Shell ;
- La fédération des banques et assurances a pris en charge le traitement ARV des employés et ayant droit ;
- Les sociétés pétrolières Shell et Total ont réalisé des campagnes de communication, de mobilisation sociale et de dépistage volontaire auprès des routiers ;
- L'entreprise Métal Guinée a réalisé des séances de sensibilisation de son personnel et un soutien à la scolarisation de 25 OEV ;
- Le Port Autonome de Conakry a réalisé des séances de sensibilisation du personnel et assure la distribution gratuite des préservatifs ;
- La Chambre des Mines a effectué un voyage d'étude au Cameroun et en Côte d'Ivoire pour le partage d'expériences sur l'implication du secteur privé dans la lutte contre l'épidémie du VIH.

iv) Amélioration de l'environnement éthique et juridique

Quelques unes des activités ci-dessous non prévues dans le CSN 2003-2007 ont été réalisées :

- Création d'une division Promotion et Protection des Droits des Femmes au MASPFE ;
- Amendement de la Loi 025/AN 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du SIDA en son article 57 en 2007 ;
- Création de réseaux et d'associations de PVVIH qui sont des cadres de solidarité et de défense des droits des PVVIH ;
- Intégration de l'enseignement du VIH dans les curricula de formation des Institutions d'Enseignement Supérieur en cours.

Axe stratégique 4 : Cadre institutionnel et gouvernance de la riposte nationale au SIDA

i) Cadre institutionnel pour la gestion de la riposte nationale

Cette partie s'intéresse essentiellement au SE/CNLS qui est l'autorité unique chargée de la coordination de la mise en œuvre du Cadre Stratégique National (CSN).

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

Concernant les ressources matérielles, il y a, entre autres, 7 radios communautaires installées et fonctionnelles, 18 CECOJE équipés, et du mobilier et des matériels informatiques et bureautiques fournis aux structures de coordination (SE/CNLS, CMLS, CRLS). Quant aux médicaments, réactifs et consommables pour les structures sanitaires, ils sont fournis par le PMS, le FM, l'OMS, l'UNICEF et le MSP.

En ce qui concerne la mobilisation et la gestion des ressources financières, la capacité d'absorption des fonds est bonne sauf pour les ressources mises à disposition par le FM. Quant à la gestion de l'information stratégique, un document de Stratégie de communication a été élaboré. Pour la communication avec le grand public, un site web du CNLS a été créé sous l'adresse www.cnlsguinee.org. Il n'y a aucune autre modalité de communication avec le grand public (bulletin d'information, revue, etc.).

Pour la communication avec les partenaires et les acteurs impliqués dans la riposte nationale au VIH, des rapports trimestriels et annuels sont produits et diffusés. De même, les rapports d'étude et de recherche sont disséminés selon différentes modalités. L'EDSG III 2005 cofinancé par la Banque Mondiale à travers le CNLS, l'USAID, l'UNFPA, l'UNICEF et le Gouvernement Guinéen a été élaboré et diffusé.

Concernant la communication interne, au sein de l'équipe du SE/CNLS, elle se fait à travers les réunions hebdomadaires de coordination, mais également, à travers des séances de travail entre le SE/CNLS et chaque expert. Quant à la gestion des données de suivi-évaluation, un Groupe Technique Suivi et Evaluation a été mis en place, et un Plan Opérationnel de Suivi et Évaluation et des outils appropriés ont été élaborés en concertation avec les OSC et mis à la disposition de tous les acteurs. L'Unité Suivi Recherche Evaluation du SE/CNLS (USRE) dispose d'ordinateurs mis en réseau et d'un logiciel « SIDAPES » pour la gestion des données du système. Les CMLS et les CRLS sont équipés d'ordinateurs sur lesquels les deux modules (planification et suivi) ont été installés, même si le fonctionnement du système pose encore des problèmes.

ii) Système d'Information pour la bonne gouvernance de la riposte nationale (Suivi - Evaluation, décision, planification)

Surveillance épidémiologique

a) Surveillance du VIH

La Guinée dispose d'un protocole pour la surveillance de deuxième génération. Le protocole est rédigé par un groupe technique de coordination mis en place par le SE/CNLS et comprenant des experts du SE/CNLS, du PNPCSP, du Programme Santé et lutte contre le SIDA/GTZ, de l'USAID, du projet SIDA 3, du SNIGS, du PNLAT, du CNTS et du Laboratoire National de Santé Publique. L'enquête de surveillance de deuxième génération est en cours de réalisation dans les 7 régions administratives du pays.

Au plan de l'organisation de la surveillance par sites sentinelles, la Guinée a fait le choix stratégique et méthodologique suivant : la séro-surveillance anonyme et non corrélée du VIH chez les femmes enceintes et les sous-groupes de populations considérées plus à risque (routiers, hommes en uniforme, PS, patients tuberculeux, miniers, pêcheurs).

b) Surveillance des IST

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

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

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

c) Surveillance comportementale

La surveillance comportementale est essentiellement mise en œuvre par la société civile et les structures associatives avec l'appui des partenaires techniques et financiers tels que PSI, Université de Montréal, Banque mondiale, UNICEF, Projet DREAM, FHI,

GTZ, etc. Le niveau de changement vis-à-vis du SIDA est documenté à travers les rapports d'activités et quelques études CAP. L'enquête EDSG III 2005 s'est intéressée spécifiquement aux connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis des IST et VIH.

Etudes et recherches

En Guinée, il existe des ressources humaines capables de mener des études et des recherches. En 2007, la Guinée a réalisé une enquête de surveillance comportementale et biologique qui a ciblé les jeunes de 15–24 ans, et les populations les plus à risques comprenant les PS, les routiers, les miniers, les pêcheurs et les hommes en uniforme.

Gestion de l'information stratégique

- le système dispose d'un réseau d'ordinateurs au niveau SE/CNLS, des CMLS et des CRLS ;
- le logiciel "SIDAPES" a été adopté et son utilisation effective pour la gestion des données a commencé au niveau central et va s'étendre aux niveaux décentralisés;
- les rapports trimestriels et annuels du SE/CNLS sont régulièrement produits et diffusés ;
- un site web du CNLS (www.cnlsguinee.org) a été créé pour mettre à la disposition de tous les acteurs, des partenaires et de la population générale les informations sur les IST et SIDA en Guinée.

Meilleures pratiques

Des résultats forts appréciables sont obtenus à ce jour grâce à une synergie d'actions entre le CNLS et les différents acteurs impliqués dans la riposte à l'épidémie du VIH en Guinée. Ce qui offre de meilleures perspectives pour freiner la progression de la pandémie.

Le renforcement des capacités des acteurs a été l'apport le plus précieux dans la mise en œuvre du CSN 2003-2007. Dans ce cadre, plusieurs activités ont été initiées et réalisées, et les liens entretenus entre les différentes parties prenantes ont facilité l'atteinte des objectifs visés.

Niveau institutionnel

- La décentralisation de la réponse par la mise en place d'un dispositif de lutte reposant sur les entités territoriales (Communes, CRD, districts et quartiers) a permis la couverture totale du territoire par la composante « Réponse aux Initiatives Locales » avec le Projet multisectoriel de lutte contre le SIDA (PMS) financé par la Banque Mondiale ;
- La transparence par la contractualisation avec une agence financière autonome (KPMG) a assuré la bonne gestion des fonds mis à la disposition par la Banque Mondiale ;
- Le développement de synergies dans trois directions :
 - entre le CNLS et les départements ministériels
 - entre le CNLS et les partenaires techniques et financiers dont le Système des Nations Unies, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, et autres.
 - Entre le CNLS et les acteurs de terrain (ONG, associations, collectivités, entreprises, etc.)

Niveau des collectivités

- Le renforcement des capacités des acteurs sur la formulation, la mise en œuvre, le suivi-évaluation et la gestion financière des plans d'action communautaires à tous les niveaux ;
- La responsabilisation effective des élus locaux et des structures déconcentrées dans la riposte à l'épidémie du VIH, dans la définition des orientations stratégiques (mobilisation des communautés, approbation des projets d'activités communautaires avec les porteurs ;
- La transparence dans la passation communautaire des marchés afin de faciliter la participation effective des bénéficiaires et des populations dans la riposte à l'épidémie du VIH.

Niveau des bénéficiaires

La stratégie de communication et de mobilisation sociales en faveur de la riposte à l'épidémie du VIH, expérimentée dans les collectivités, a permis de mobiliser toutes les couches sociales au sein des communautés et d'accroître le niveau de connaissances des bénéficiaires sur l'épidémie du VIH et les moyens de prévention ainsi que les capacités des acteurs.

Principaux obstacles et mesures correctives

Difficultés d'ordre institutionnel

- Non respect des « Trois Principes » directeurs ;
- Absence d'un règlement intérieur qui pourrait servir de mécanisme régulateur et contribuer à une plus grande fonctionnalité du CNLS ;
- Faible leadership du CNLS en matière de coordination et de mobilisation des ressources dans le cadre de la riposte à l'épidémie de SIDA ;
- Non opérationnalité des structures décentralisées du CNLS ;
- Faible leadership de la société civile et du secteur privé dans la riposte à l'épidémie ;
- Existence d'un CCM sans aucune relation fonctionnelle avec le CNLS ;
- Faible implication des institutions académiques dans la riposte à l'épidémie.

Difficultés dans la mise en œuvre

- Non budgétisation du CSN 2003-2007 et des plans opérationnels ;
- Difficultés liées à la collecte de certains indicateurs dont la définition opérationnelle prête à confusion ;
- Instabilité du personnel impliqué dans la lutte contre le VIH ;
- Insuffisance de ressources humaines en quantité et en qualité dans la riposte à l'épidémie de SIDA (prise en charge globale, CDV, suivi-évaluation etc.) ;
- Stigmatisation et discrimination à l'égard des PVVIH et des personnes affectées ;
- Faible couverture du pays en services (CDV, prise en charge médicale, psychosociale et nutritionnelle etc.) ;
- Faible capacité de la société civile et du secteur privé dans la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes/projets ;
- Fréquentes ruptures en ARV dans les structures de prise en charge ;
- Fin du Projet Multi Sectoriel de lutte contre le SIDA financé par la Banque Mondiale, dont les actions ont largement contribué au renforcement de la riposte à l'épidémie.

Mesures correctives

- Plaidoyer soutenu auprès du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers pour le respect effectif des « Trois Principes » directeurs ;
- Alignement de tous les acteurs au CSN en tant que cadre unique de référence de la riposte nationale ;
- Elaboration et la mise en application à tous les niveaux d'un Règlement Intérieur pour le CNLS ;
- Renforcement du leadership des structures de Coordination, y compris la société civile et le secteur privé, pour une plus grande synergie des actions à mener ;
- Clarification du rôle de chaque instance de Coordination et de chaque structure d'exécution, en précisant leurs relations fonctionnelles ;
- Renforcement des structures décentralisées du CNLS, en les dotant de moyens matériels, humains et financier en adéquation avec leur mission ;
- Mise en place d'une politique d'incitation et de motivation du personnel impliqué dans la lutte contre l'épidémie de SIDA ;
- Implication soutenue des institutions académiques dans la riposte à l'épidémie de SIDA ;
- Elaboration d'un nouveau CSN 2008-2012 budgétisé et doté de plans opérationnels annuels et d'un cadre/plan de suivi-évaluation ;
- Organisation d'une table ronde de mobilisation de ressources ;
- Application effective des textes juridiques sur le VIH, notamment en matière de stigmatisation et de discrimination à l'égard des PVVIH et leurs familles ;

- Extension des services de CDV et de prise en charge médicale, psychosociale et nutritionnelle sur toute l'étendue du territoire national ;
- Amélioration de la logistique liée à la fourniture adéquate des ARV dans les structures de prise en charge ;
- Lancement d'une cartographie des risques et vulnérabilité, ainsi que des études sur les l'impact du SIDA sur les différents secteurs de l'économie nationale.

Soutien des partenaires au développement

En vue de l'application des « Trois Principes » directeurs, le cadre stratégique national 2008-2012 en cours d'élaboration doit constituer l'élément fondamental de la coordination entre les partenariats et les mécanismes de financements, et du fonctionnement efficace d'un organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA, à représentation large et multisectorielle.

Au nombre des efforts à déployer par les partenaires au développement, il convient de citer :

- Renforcement des capacités institutionnelles pour la concrétisation effective des « Trois Principes » en appuyant le CNLS comme seule structure de coordination de la riposte à l'épidémie ;
- Soutien effectif au système national unique de suivi et évaluation ;
- Allègement de la dette extérieure du pays dans le cadre du programme PPTE ;
- Augmentation de l'enveloppe allouée à la riposte à l'épidémie du SIDA ;
- Bonne gouvernance et promotion de la transparence dans la gestion des fonds mobilisés ;
- Appui au renforcement des capacités des acteurs en gestion programmatique, suivi évaluation et logistique;
- Accélération du processus vers l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui ;
- Appui technique et financier pour la réalisation des études et enquêtes (EDS, ESC, enquêtes auprès de formations sanitaires, ...) pour la complétude de la base de données VIH ;
- Intensification du plaidoyer, de l'appui technique et financier pour favoriser une plus grande implication de société civile et du secteur privé dans la riposte à l'épidémie du SIDA ;
- Appui au Ministère de la Santé Publique, en tant que Récipiendaire Principal des subventions du Fonds Mondial, dans la mise en œuvre des projets et le renforcement du système d'information sanitaire.

Suivi et évaluation

Lors de l'élaboration du cadre stratégique national (CSN) 2003-2007, le système national de suivi évaluation n'avait pas été pris visiblement en compte ou du moins formulé comme domaine prioritaire. Cependant, dans la mise en œuvre du CSN, le besoin de disposer d'un outil de collecte d'information sur toutes les activités menées au niveau national a été ressenti comme exigence.

Pour répondre à cette exigence, en dehors des efforts faits par chaque programme, le SE/CNLS a élaboré depuis 2003 un plan opérationnel de suivi et évaluation, conçu de manière participative et consensuelle, en consultation avec les parties prenantes de la riposte à l'épidémie. Ce plan s'inspire du guide de l'ONUSIDA en matière de suivi et évaluation et couvre la période 2004–2007. Son élaboration a également tenu compte des besoins de l'UNGASS pour le monitoring de l'épidémie au niveau mondial.

Le plan inclut les éléments suivants : une stratégie de collecte et d'analyse des données, un ensemble normalisé défini d'indicateurs, des instructions sur les outils de collecte des données, et une stratégie de diffusion et d'utilisation des données.

Faute de moyens et de ressources humaines, le système mis en place n'a pas permis le suivi et l'évaluation de toutes les interventions dans le domaine des IST/VIH/SIDA au plan national, comme cela était prévu dans le plan opérationnel. La revue du CSN 2003-2007 a mis en lumière l'absence quasi-totale de collaboration/coordination entre le SNIGS et l'Unité Suivi, Recherche et Evaluation (USRE) du SE/CNLS a beaucoup affecté le système d'information relatif aux IST-VIH/SIDA.

Le système d'information sur les réponses nationales (CRIS) a été utilisé lors de la production du rapport UNGASS 2006.

Les données générées par la base de données SIDAPES ont été utilisées pour :

- Planifier, réviser et réorienter les stratégies, les messages, les cibles et les thèmes (par exemple les données programmatiques en terme de nombre de : CDV, sites PTME, école intégrant le life skills, OEV appuyés, personnes sensibilisées, districts couverts par l'accès universel et résultats des études et enquêtes....)
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation sociale et des ressources ;
- Evaluer l'impact des interventions ;
- Lier les changements de l'épidémie aux interventions entreprises ;
- Corriger les zones de faiblesse et améliorer le fonctionnement ;
- Définir les mécanismes de partage d'information et d'expériences.

Quelques progrès réalisés en 2006 et 2007

- Mise en place du site Web du CNLS opérationnel : www.cnlsguinee.org ;
- Finalisation et opérationnalisation du logiciel SIDAPES ;
- Formation de 25 acteurs de suivi évaluation à l'utilisation de SIDAPES ;
- Vulgarisation des outils de collecte ;
- Elaboration de 6 rapports trimestriels et 2 rapports annuels en 2006 et 2007 ;
- Enquêtes de surveillance comportementales sur les groupes à risque : PS, routiers, jeunes/adolescents de 15 à 24 ans, pêcheurs, miniers, hommes en uniformes ;
- Validation du protocole de surveillance de seconde génération.

Quelques difficultés en 2006 et 2007

- Non budgétisation du Plan opérationnel de Suivi-Evaluation ;
- Insuffisance de personnel au niveau central, régional et préfectoral ;

- Non fonctionnalité du comité de suivi multisectoriel régional. L'élaboration des rapports périodiques (trimestriel, annuel) de même que la compilation des rapports des acteurs régionaux et la rétro information ne sont pas assurés ;
- Absence de réseautage entre les différents intervenants ;
- Insuffisance de la qualité, de la ventilation (sexe, âge), de la couverture et de la complétude des données ;
- Insuffisance de la culture de l'information chez certains acteurs et la faible motivation.

Quelques mesures correctrices envisagées pour la période 2008-2012

- Unifier le système de suivi- évaluation en matière de IST-VIH/SIDA ;
- Professionnaliser les unités de suivi-évaluation à tous les niveaux ;
- Renforcer les capacités techniques et matérielles des unités de suivi-évaluation à tous les niveaux ;
- Créer les conditions d'une supervision décentralisée et régulière ;
- Promouvoir les activités de recherche sur les IST, le VIH et le SIDA ;
- Renforcer la collaboration entre le SNIGS du MSP et l'USRE du SE/CNLS ;
- Mettre en place un mécanisme de coordination et de partage au niveau national.

Références bibliographiques

- ONUSIDA (2007). Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base.
- Banque Mondiale (2002). Guinée - Projet Multisectoriel de lutte contre le SIDA (PMS)
- CNLS (2002). Cadre stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2003-2007
- CNLS (2006-2007). Rapports trimestriels et annuels d'activités
- CNLS (2007). Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique (ESCOMPB 2007)
- CNLS (2007). Revue du cadre stratégique national 2003-2007
- Guinée. Ministère du Plan – Direction Nationale de la Statistique (1996). Recensement Général de la Population et de l'Habitat
- Guinée. Ministère du Plan – Direction Nationale de la Statistique (2005). Enquête Démographique et de Santé de Guinée
- Guinée. Ministère du Plan – Direction Nationale de la Statistique (2006). Enquête Intégrale Budget-Consommation
- Guinée. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (2007). Document de stratégie de réduction de la pauvreté
- Guinée. Ministère de la Santé Publique (2006-2007). Rapports d'activités