

# Guinea: Behandlung von HIV/Aids

Schnellrecherche der SFH-Länderanalyse

Bern, 12. Oktober 2018

Diese Recherche basiert auf Auskünften von Expertinnen und Experten und auf eigenen Recherchen. Entsprechend den COI-Standards verwendet die SFH öffentlich zugängliche Quellen. Lassen sich im zeitlich begrenzten Rahmen der Recherche keine Informationen finden, werden Expertinnen und Experten beigezogen. Die SFH dokumentiert ihre Quellen transparent und nachvollziehbar. Aus Gründen des Quellenschutzes können Kontaktpersonen anonymisiert werden.

## **Impressum**

Herausgeberin  
Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH  
Postfach, 3001 Bern  
Tel. 031 370 75 75  
Fax 031 370 75 00  
E-Mail: [info@fluechtlingshilfe.ch](mailto:info@fluechtlingshilfe.ch)  
Internet: [www.fluechtlingshilfe.ch](http://www.fluechtlingshilfe.ch)  
Spendenkonto: PC 30-1085-7

Sprachversionen  
Französisch, Deutsch

## **COPYRIGHT**

© 2018 Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH, Bern  
Kopieren und Abdruck unter Quellenangabe erlaubt.

# 1 Einleitung

Einer Anfrage an die SFH-Länderanalyse sind die folgenden Fragen entnommen:

1. Hat ein mit HIV infiziertes Kind in Conakry Zugang zu regelmässiger Behandlung?
2. Sind antiretrovirale Medikamente (ARV) der zweiten und dritten Linie in Conakry erhältlich?
3. Gibt es in Guinea eine Krankenkasse oder andere öffentliche Unterstützung, welche die Kosten für Behandlungen oder Medikamente übernimmt?

Die Informationen beruhen auf einer zeitlich begrenzten Recherche (Schnellrecherche) in öffentlich zugänglichen Dokumenten, die der SFH derzeit zur Verfügung stehen, sowie auf den Informationen von sachkundigen Kontaktpersonen.

## 2 Das guineische Gesundheitssystem

**Pyramidenförmiges Gesundheitssystem.** Laut einem Bericht des *International Medical Corps* (IMC) ist das guineische Gesundheitssystem pyramidenförmig aufgebaut. Das *Gesundheitsministerium* legt die Gesundheitspolitik fest und verteilt die Gelder an regionale Verwalter\_innen. Die Gesundheitszentren in den Dörfern werden von der Präfekturverwaltung betrieben. Diese Zentren werden auch von NGOs unterstützt, die Ressourcen, Personal und Infrastruktur bereitstellen (IMC, Dezember 2015). Gemäss dem *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*, der von der guineischen Regierung im März 2015 veröffentlicht wurde, besteht die gesamte Gesundheitsversorgung landesweit aus 1383 öffentlichen Einrichtungen: Es gibt 410 Gesundheitszentren, 33 medizinische Gemeinschaftszentren und Präfekturspitäler, 7 Regionalspitäler und 3 nationale Spitäler (*République de Guinée*, März 2015).

**Mehr als die Hälfte der Gesundheitseinrichtungen sind in schlechtem Zustand und erfüllen die Mindeststandards nicht. Die meisten Spitäler sind schlecht ausgestattet.** Gemäss dem *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024* erfüllen mehr als die Hälfte der öffentlichen Einrichtungen die Minimalstandards aufgrund ihres physischen Zustands und ihrer Funktionalität nicht. Ausserdem sind die meisten Spitäler schlecht ausgestattet. So liegt die Verfügbarkeit von Geräten allgemein bei 16 Prozent. Deshalb müssen Patient\_innen, die an schweren Krankheiten leiden, zu den wenigen Einrichtungen reisen, die sie behandeln können. Der Ebola-Ausbruch (2014-2015) reduzierte die Kapazität des Staates, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen, noch weiter. Sechs Prozent der Gesundheitseinrichtungen im Land mussten geschlossen werden. Im Jahr 2015 machte das Gesundheitsbudget 3,76 Prozent des nationalen Budgets aus, eine Steigerung von zwei Prozent gegenüber 2013. Im Jahr 2010 wurden die Gesundheitsausgaben hauptsächlich durch Direktzahlungen der Haushalte gedeckt. Diese machten 62,2 Prozent der Gesamtausgaben aus (*République de Guinée*, März 2015). Laut MSF funktioniert das Gesundheitssystem hauptsächlich durch Zahlungen der Patient\_innen (*out-of-pocket payments*). Für die Gesundheitszentren sind diese Zahlungen die Haupteinnahmequelle (MSF, 16. April 2016).

**Schwerwiegende Probleme bei der Verfügbarkeit von Medikamenten im Land.** Laut der guineischen Regierung hatte Guinea bereits vor der Ebola-Krise Probleme mit der Medikamentenverfügbarkeit in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Dieses Problem hat sich durch die Krise noch verstärkt, insbesondere weil in dieser Zeit die Gesundheitsdienste von den Patient\_innen weniger genutzt wurden. Da sich die Gesundheitszentren hauptsächlich über Direktzahlungen finanzieren, gingen die Einnahmen aufgrund des Patient\_innenrückgangs ebenfalls zurück. Deshalb hatten sie dann kein Geld mehr, um Medizinprodukte, insbesondere Medikamente, zu kaufen (*République de Guinée*, März 2015). *Aidspan*, eine NGO, die unabhängige Überprüfungen der Programme des *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Global Fund)* vornimmt, führte im Jahr 2017 eine Überprüfung durch, die zeigte, dass es trotz Fortschritten in den letzten Jahren deutliche Schwächen in der Verwaltung der Zulieferketten für Medikamente zur Behandlung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria gab (*Aidspan*, 5. September 2017).

**Grosser Schwarzmarkt für Medikamente. Der Grossteil der Bevölkerung hat keinen Zugang zu Qualitätsmedikamenten zu erschwinglichen Preisen.** Laut der Regierung gibt es in Guinea einen grossen Schwarzmarkt für Medikamente und pharmazeutische Produkte. Diese werden illegal importiert, von offiziellen Medikamentenlieferungen abgezweigt, gespendet oder als «Gratisproben» verteilt. Dieser Schwarzmarkt profitiert davon, dass es die Regierung nicht schafft, die offiziellen Gesundheitseinrichtungen mit Qualitätsmedikamenten zu versorgen. Hinzu kommt, dass es in ländlichen Gebieten nicht genügend Apotheken gibt: So kommt nur eine Apotheke auf 100'000 Einwohner\_innen. Dies führt dazu, dass der Grossteil der Bevölkerung keinen Zugang zu Qualitätsmedikamenten zu erschwinglichen Preisen hat (*République de Guinée*, März 2015). Laut IMC hat die Streichung von Staatsausgaben für Medikamente die Entstehung eines nicht-staatlichen Marktes mit privaten Apotheken und Medikamentenverkäufer\_innen begünstigt (IMC, Dezember 2015).

**Schwächen des Gesundheitssystems wurden während Ebola-Krise deutlich (2014-2015), schlechte Qualität von Behandlungen, schlechte Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen, Zunahme der Gesundheitskosten seit der Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen.** Laut der Organisation *Médecins sans frontières (MSF)* wurden die Schwächen des guineischen Gesundheitssystems während der Ebola-Krise (2014-2015) deutlich, insbesondere der Mangel an qualifiziertem Personal, eine schwache Infrastruktur und unzureichende logistische Kapazitäten, ein Mangel an Gesundheitsdaten, eine schlechte Verwaltung und ein schwaches System der Medikamentenversorgung (MSF, 16. April 2016). Laut der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* lässt die Qualität der Behandlungen zu wünschen übrig. Fast 54 Prozent der Nutzenden seien mit der erhaltenen Behandlung nicht zufrieden. Die Hauptgründe dafür seien die hohen Behandlungskosten, die schlechte Qualität der Behandlungen, lange Wartezeiten und fehlende Medikamente (WHO, Mai 2015). Laut der guineischen Regierung hat ein bedeutender Teil der Bevölkerung keinen Zugang mehr zu Gesundheitsdienstleistungen. Einer der Hauptgründe dafür liegt in der Gebührenerhöhung, die das Ziel hatte, Einkommen zu generieren und damit die fehlende Finanzierung der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zu decken. Die grösste Herausforderung für das guineische Gesundheitssystem liegt darin, die gesamte Bevölkerung medizinisch zu versorgen. Insbesondere sollten die allgemeine Gesundheitsversorgung aufgebaut und die Gesundheitsdienstleistungen gestärkt werden. Hauptsächlich verbessert werden müssten die Verwaltung, die Qualität des Personals, die Infrastruktur und Ausstattung, die Finanzierung, die Verfügbarkeit von Medikamenten und das Informationssystem (*République de Guinée*, März

2015). Gemäss *Mohamed Camara et al.* herrscht im Gesundheitsbereich ein starker Personalmangel. Laut den Zahlen der WHO von 2011, die von *Mohamed Camara et al.* zitiert wurden, gab es im ganzen Land nur 910 Ärzt\_innen, das heisst ein\_e Ärzt\_in pro 10'000 Einwohner\_innen, und 401 Pflegefachkräfte, das heisst 0,4 pro 10'000 Einwohner\_innen. Ausserdem könne die Mehrheit der Bevölkerung seit der Privatisierung der Gesundheitseinrichtungen und Apotheken die Kosten für die Gesundheitsversorgung, deren Qualität sehr schlecht sei, nicht mehr bezahlen (*Mohamed Camara*, November 2015).

**Eine sehr kleine Minderheit ist in einer gesetzlichen Krankenkasse.** Laut *Mohamed Camara et al.* gibt es in Guinea keine wirkliche soziale Absicherung. Ein sehr kleiner Prozentsatz der Bevölkerung, schätzungsweise fünf Prozent, sei im Jahr 2008 gesetzlich und nur 0,4 Prozent seien privat krankenversichert gewesen (*Mohamed Camara*, Januar 2015). Die Regierung Guineas spricht ebenfalls von einem sehr schwach ausgeprägten Sozialsystem. Es existiert eine obligatorische gesetzliche Krankenkasse, die *Caisse nationale de sécurité sociale* (CNSS), die aber nur registrierten Personen offensteht, die im privaten Sektor angestellt sind. Der Beitrag für diese Krankenversicherung beträgt 6,5 Prozent des Einkommens. Es gibt auch einige wenige Unternehmen, die private Krankenversicherungen anbieten. Insgesamt schätzt die Regierung, dass weniger als zehn Prozent der Bevölkerung krankenversichert ist (*République de Guinée*, März 2015).

### 3 Zugang zu Behandlungen und Medikamenten für HIV-Patient\_innen

**In der Hälfte der guineischen Gesundheitseinrichtungen sind Behandlungen für HIV verfügbar, grosse geografische Unterschiede beim Behandlungsangebot für HIV.** Laut der *guineischen Regierung* behandelten im Jahr 2012 landesweit 236 von 456 bestehenden Gesundheitseinrichtungen HIV-infizierte Patient\_innen, was 52 Prozent entspricht. Die Verteilung zwischen Stadt und Land war sehr unausgeglichen, mit einem Verhältnis von 10/90 zu Gunsten der städtischen Regionen. So leben beispielsweise 15 Prozent der Gesamtbevölkerung in der Stadt Conakry, es gibt dort aber 33 Prozent der HIV-Dienstleistungen. Die grössten Hindernisse bei der Behandlung von HIV seien folgende: geringe Abdeckung mit CD4- und Viruslast-Apparaten, fehlender Plan zur Wartung biomedizinischer Geräte und geringe nationale Abdeckung von Einrichtungen, die mit HIV einhergehende Begleiterkrankungen behandeln (*République de Guinée*, ohne Datum (abgerufen am 26. September 2018)). Laut *A. Touré*, dem Inhaber des Lehrstuhls für das Gesundheitswesen an der medizinischen Fakultät der Universität Gamal Abdel Nasser in Conakry, und seinen Mitautor\_innen gibt es in der Hauptstadt Conakry 22 Einrichtungen, in denen HIV-infizierte Personen behandelt werden (*Touré, A. et al.*, 13. April 2018). Laut MSF kommt es aufgrund der ungleichen Verteilung zwischen ländlichen und städtischen Gegenden zu einer Diskriminierung beim Zugang zur medizinischen Versorgung allgemein, aber auch zur Behandlung von HIV. Obwohl 63 Prozent der Bevölkerung in ländlichen Gebieten leben, arbeiten dort nur 17 Prozent des medizinischen Personals. Der Mangel an Gesundheitszentren verstärkt sich noch durch die starke soziale Stigmatisierung von HIV-infizierten Personen. Ausserdem müssen viele Patient\_innen darüber hinaus hohe Transportkosten tragen, um nach Conakry zu reisen, um sich dort behandeln zu lassen (MSF, 16. April 2016).

**Nur ein Viertel der 120'000 mit HIV infizierten Personen erhält eine ARV-Behandlung. Die Ebola-Krise (2014-2015) hatte einen sehr negativen Einfluss auf den Kampf gegen HIV: Die Zahl der Tests verringerte sich dramatisch, und viele Behandlungen wurden unterbrochen.** Laut der *GuineeTimes*, die sich auf Zahlen von UNAIDS aus dem Jahr 2015 stützt, sind fast 120'000 Personen in Guinea mit HIV infiziert. Mehr als die Hälfte von ihnen sind Frauen. Nur ein Viertel dieser Personen erhält eine antiretrovirale Behandlung (ARV) (*GuineeTimes*, 16. Oktober 2016). Laut *Médecins sans Frontières* (MSF) ist die HIV-Infektionsrate in Guinea mit ungefähr 1,7 Prozent relativ niedrig. Deshalb würde dieses Problem nicht ernst genug genommen (MSF, 1. April 2018). Laut MSF wirkte sich die Ebola-Krise (2014-2015) sehr negativ auf den Kampf gegen HIV aus. Die Nutzungszahlen der Gesundheitszentren sanken deutlich. So nahmen sie in den Erstbehandlungszentren um fast 40 Prozent ab. Freiwillige HIV-Tests wurden während der Krise praktisch nicht mehr durchgeführt. Die Testzahlen sanken von 173'000 im Jahr 2013 auf 37'000 im Jahr 2014. Viele Erkrankte unterbrachen ihre ARV-Behandlungen, entweder aus Angst, sich in den Zentren mit dem Ebola-Virus anzustecken, oder weil das medizinische Personal den Zentren fernblieb oder weil Medikamente fehlten. Diese Probleme waren in den ländlichen Gebieten besonders ausgeprägt (MSF, 16. April 2016).

**DREAM-Zentren und MSF bieten Behandlungen für HIV-Infizierte an.** Seit 2003 bietet MSF ARV-Behandlungen in Guinea an. Im Jahr 2016 übernahm MSF in Zusammenarbeit mit dem *Gesundheitsministerium* die Behandlung von 7639 HIV-Patient\_innen (24 Prozent der landesweiten Behandlungen), einschliesslich Diagnosen, Behandlungen und Unterstützung in sechs Gesundheitszentren in der Hauptstadt Conakry und in einer Klinik im Distrikt Matam (MSF, 16. April 2016). Laut der Ärztin *Kristien Wouters*, die auf die Behandlung und Begleitung von HIV/Aids-Patient\_innen spezialisiert ist, gibt es drei DREAM-Zentren der Gemeinschaft Sant'Egidio in Conakry, die Behandlungen für HIV-Infizierte anbieten. Das grösste Zentrum befindet sich in *Corniche Nord* im Stadtzentrum. Die anderen beiden liegen in den Vororten *Dubreka* und *Fassia*. Diese beiden Zentren werden einmal pro Woche von einem mobilen Team besucht, da sie nicht für solche Behandlungen ausgerüstet sind (*Kristien Wouters*, 6. April 2018). Laut einer E-Mail-Auskunft der Ärztin *Kristien Wouters* vom 25. September 2018 an die SFH sind die DREAM-Zentren von der Regierung abhängig, was Medikamentenlieferungen anbelangt. In der Vergangenheit gab es Lieferschwierigkeiten bei ARV-Medikamenten, aber bei ihrem Besuch im grössten DREAM-Zentrum im März 2018 waren die Bestände normal.

**Kostenlose ARV-Behandlung, aber Patient\_innen müssen zusätzliche medizinische Kosten sowie Transportkosten selbst bezahlen.** Selbst wenn die ARV-Behandlung kostenlos ist, war der Zugang zu Behandlungen laut der *GuineeTimes* für HIV-Infizierte erschwert, da diese die Transportkosten zu den medizinischen Zentren selbst bezahlen müssen (*GuineeTimes*, 16. Oktober 2016). Laut einer E-Mail-Auskunft von Professor *Sow Mamadou Diallo*, dem *Direktor der Abteilung für ansteckende Krankheiten am Hôpital National Donka* in Conakry, vom 26. September 2018 an die SFH sind die ARV-Behandlungen zwar gratis, Diagnose und Behandlung von Begleiterkrankungen sind jedoch kostenpflichtig. Und auch die Transportkosten müssen von den Patient\_innen selbst übernommen werden. Laut einer E-Mail-Auskunft der Ärztin *Cornelia Staehelin*, *Spezialistin für ansteckende Krankheiten am Universitätsspital Bern*, vom 2. Oktober 2018 an die SFH sind ARV-Behandlungen und Sprechstunden kostenlos. Insgesamt sei der Zugang zur Behandlung zumindest für Erwach-

sene eher zufriedenstellend. Es gibt trotzdem versteckte Kosten wie Laborkosten oder Bearbeitungsgebühren, für die es keine staatliche Unterstützung gibt. Laut MSF hat die guineische Regierung zwar bestimmt, dass ARV-Medikamente kostenlos sind. Jedoch müssten die Patient\_innen für andere Behandlungskosten, insbesondere für Labortests und essentielle Medikamente zur Behandlung von Begleiterkrankungen, selbst bezahlen (MSF, 1. April 2018 und 16. April 2016). Laut einer E-Mail-Auskunft eines Vertreters der NGO *Solthis-Guinée* vom 12. Oktober 2018 an die SFH sind Sprechstunden, antiretrovirale Behandlungen, infektionsverhindernde Behandlungen und biologische Folgetests für HIV (CD4 und Viruslast) kostenlos. Spitalaufenthalte und Untersuchungen müssten jedoch vollständig von den Patient\_innen oder ihren Familien bezahlt werden.

**Zugang zu HIV-Behandlungen für Kinder schwieriger, wenige spezialisierte Kinderärzt\_innen und häufiges Fehlen von Medikamenten.** Gemäss *Cornelia Staehelin* (2. Oktober 2018) ist der Zugang zu einer HIV-Behandlung für Kinder schwieriger als für Erwachsene. Es ist bereits schwierig, ein Kind zu behandeln. Hinzu kommt noch, dass es wenige Arzneimittel für Kinder gibt, die einfach zu schlucken sind, insbesondere für Medikamente der zweiten Linie. Ein weiteres Problem ist der häufige Mangel an gängigen Medikamenten, die für die ARV-Behandlung von Kindern eingesetzt werden. Laut der E-Mail-Auskunft eines Vertreters der NGO *Solidarité thérapeutique et initiatives pour la santé (Solthis-Guinée)* vom 12. Oktober 2018 an die SFH gibt es in Conakry nur zwei im öffentlichen Gesundheitssystem tätige Kinderärzt\_innen, die auf die Behandlung von HIV spezialisiert sind. Ausserdem kann das häufige Fehlen von ARV-Medikamenten für Kinder besonders schwerwiegende Folgen haben, insbesondere da bei einer Virusresistenz der Zugang zu ARV-Medikamenten der zweiten Linie häufig schwierig ist.

**Häufiger Medikamentenmangel und ernsthafte Probleme bei der Verwaltung und Versorgung mit ARV-Medikamenten der ersten Linie.** Im Jahr 2015 stellte MSF einen Mangel an ARV der ersten Klasse fest (Wirkstoff *Efavirenz* 600mg). Laut Professor *Sow Mamadou Diallo* (26. September 2018) sind ARV-Medikamente häufig nicht vorrätig. Dies war insbesondere Ende September 2018 der Fall. Laut der Ärztin *Cornelia Staehelin* (2. Oktober 2018) gibt es häufig Probleme mit dem Medikamentennachschub. Im Sommer 2018 war zum Beispiel das Kombipräparat *Tenofovir/Truvada* in Guinea nicht erhältlich. Laut einer E-Mail-Auskunft eines Vertreters der NGO *Solthis-Guinée* vom 27. September 2018 an die SFH sind die ARV-Medikamente der ersten Linie normalerweise in Guinea erhältlich, auch wenn es oft Nachschubprobleme gibt. Laut dieser NGO verfügt nur die Organisation MSF über eine stabile Zulieferkette für ihre Patient\_innen. Sie behandelt jedoch nur einen Teil der landesweit mit HIV infizierten Personen. Eine Überprüfung der Programme des *Global Fund*, die die NGO *Aidspan* im Jahr 2017 durchführte, zeigte Probleme in der Verwaltung und Versorgung mit ARV-Medikamenten auf. So fehlte es an verlässlichen Daten, um den Bedarf an Medikamenten zu ermitteln (Schätzungen variieren zwischen 28'000 und 44'000 Patient\_innen). Dieses Problem lässt sich insbesondere auf die schlechte Koordination zwischen den einzelnen Akteuren zurückführen. Weitere Probleme waren das mangelhafte Vorratsverwaltungssystem und ungeeignete Lagerungsverfahren, welche dazu führten, dass Medikamente nicht vorrätig oder abgelaufen waren. So wurde geschätzt, dass ein vom *Global Fund* finanzierter ARV-Medikamentenvorrat im Wert von fast 3 Millionen USD (CHF 2,9 Millionen) im Jahr 2016 ablief und deshalb verloren war. Es wurde auch davon berichtet, dass keine HIV-Testsets vorrätig waren (*Aidspan*, 5. September 2017).

**ARV-Medikamente der zweiten Linie grundsätzlich erhältlich, aber häufig nicht vorrätig.** Laut Professor *Sow Mamadou Diallo* (26. September 2018) sind die Medikamente der zweiten Linie grundsätzlich erhältlich, doch regelmässig nicht vorrätig. Laut dem Vertreter der NGO *Solthis-Guinée* (27. September 2018) ist der Zugang zu ARV-Medikamenten der zweiten Linie in Guinea momentan nicht garantiert. Aufgrund fehlender Bestände sind nur kleine Mengen erhältlich.

**ARV-Medikamente der dritten Linie in Guinea nicht erhältlich.** Laut dem Vertreter der NGO *Solthis-Guinée* (12. Oktober 2018) sind ARV-Medikamente der dritten Linie in Guinea nicht erhältlich. Professor *Sow Mamadou Diallo* (26. September 2018) und die Ärztin *Cornelia Staehelin* (2. Oktober 2018) bestätigten dies gegenüber der SFH.

**Begrenzter Zugang zu Gesundheitsversorgung für Personen im Stadium AIDS; Therapieversagen und verspätete Diagnosen führen zu einer hohen Sterblichkeit bei Personen, die oft bereits eine ARV-Behandlung erhalten.** Im Jahr 2015 befanden sich laut MSF 82 Prozent der HIV-positiven Personen in MSF-Zentren bereits in einem fortgeschrittenen Stadium (3 und 4) der Krankheit (MSF, 16. April 2016.) 2017 stellte MSF fest, dass die infizierten Personen, die im Stadium AIDS zu ihnen kamen, einen sehr eingeschränkten Zugang zur Behandlungen hatten. In den MSF-Spitälern hatten bereits fast 40 Prozent dieser Personen eine so grosse Abwehrschwäche, dass sie daran starben, häufig bereits innerhalb von 48 Stunden nach ihrem Eintritt. Der Grund dafür war meistens eine nicht erfolgreiche oder unterbrochene Behandlung oder eine verspätete Diagnose. Das Problem ist nicht mehr der mangelnde Zugang zu ARV-Behandlungen, wie noch in den 2000er Jahren, sondern vielmehr das Scheitern dieser Therapien. Laut MSF ist es notwendig, dass die Patient\_innen bereits zu einem früheren Zeitpunkt Zugang zu Behandlungen der zweiten Linie erhalten (MSF, 25. Juli 2017). Laut *Anthony Billaud*, dem Chef des Konsortiumsprojekts *OPP-ERA in Guinea*, einem Projekt, dass die Betreuung von HIV-infizierten Patient\_innen durch eine Stärkung des Zugangs zu Tests der Viruslast zu verbessern sucht, ist bei einem Therapieversagen die Versorgung von Patient\_innen in ARV-Behandlung schwierig. Verschärft wird die Situation insbesondere noch dadurch, dass die Labore Testresultate zur Viruslast verzögert weiterleiten, dass es keine psychosozialen Assistenzpersonen gibt und dass die Verfügbarkeit von ARV-Medikamenten der zweiten Linie unsicher ist (OPP-ERA, 13. Juni 2018).

**Starke Diskriminierung von HIV-infizierten Personen, infizierte Frauen besonders betroffen.** Laut der *GuineeTimes* führen die familiären Verpflichtungen, die auf Frauen lasten, und die Stigmatisierung von infizierten Frauen in ihrer Gemeinschaft (sowie die Angst, ihre Männer anzustecken) dazu, dass sich einige Frauen dazu gedrängt fühlen, ihre Behandlung zu unterbrechen oder sogar abbrechen. Laut *Kristien Wouters* kommt es häufig vor, dass infizierte Frauen von ihren Männern geächtet und abgelehnt werden (*Kristien Wouters*, 6. April 2018). Gemäss durch *GuineeTimes* zitierten Zahlen von UNAIDS werden in Guinea mehr als 80 Prozent der Personen, die mit HIV/AIDS leben, diskriminiert. Laut MSF wurden im Jahr 2018 mit HIV infizierte Personen weiterhin stark stigmatisiert (MSF, 1. April 2018).



## 4 Quellen

Aidspan, 5. September 2017:

**«Although Guinea has made significant progress in the fight against the three diseases, despite a challenging operating environment, there are significant weaknesses in supply chain management and there are areas related to managing grant implementation that require improvement. These were the findings of an audit of Global Fund grants to Guinea conducted by the Office of the Inspector General (OIG). A report on the audit was released on 25 August.**

*The Global Fund has signed grants for over \$228 million and has disbursed \$176 million in the fight against HIV, TB and malaria in Guinea since 2003. It currently has four active grants in the country.*

*The audit covered two grants: an HIV grant (GIN-H-CNLS) managed by the Comité national de lutte contre le Sida (CNLS), and a malaria grant (GIN-M-CRS), for which the principal recipient (PR) is Catholic Relief Services (CRS) Guinea. The audit covered the period January 2015 through December 2016.*

*The audit had two objectives: (1) to assess the effectiveness of the supply chain; and (2) to evaluate the adequacy of risk mitigation measures in the management of grants.*

***The OIG found that the supply chain is generally able to deliver medicines to the service delivery points. However, it said, major inefficiencies and weaknesses exist in the supply chain processes that compromise the ability to perform effective supply planning and management of the inventory of drugs. The OIG said that this is due to inadequate in-country supply chain oversight for the HIV grant and the Secretariat's weak assurance mechanism. The OIG rated the effectiveness of supply chain management as "significant improvement needed."***

*The OIG found that the risk mitigation measures instituted by the Secretariat have addressed many of the related risks and achieved good programmatic results, especially under the malaria grant. However, it said, several challenges limit the effectiveness of grant implementation activities, factors that include the country context, the limited capacity of CNLS, and gaps in supervision and management of the sub-recipients (SRs) by the PRs. The OIG rated the risk mitigation measures related to grant implementation as "partially effective."*

***Over 60% of the budget for the HIV grant is for the procurement of medicines and other health products.***

***The OIG reported that the Global Fund and partners have supported the country to address some of the systemic challenges which affect efficient storage and distribution of medicines in a challenging environment like Guinea. Resources have been earmarked to expand storage capacities in five of the six regional warehouses. A distribution plan has been developed to support last-mile delivery of HIV medicines by the Central Medical Stores (CMS) starting in March 2017. A similar plan has existed for the malaria grant since 2016.***

**Despite these achievements, the audit identified significant supply chain inefficiencies. For example:**

**Limited reliable data affecting quantification of medicines. Guinea uses only morbidity data as the basis for determining how many ARVs are needed, the OIG revealed. Estimates of the need vary significantly (from 28,000 to 44,000 patients). (...)**

**Inadequate inventory management systems. The CMS has been supported by the Global Fund and partners to improve its inventory management systems, the OIG said, but there are still problems – such as data entered on the system not being backed up by the CMS. This has resulted in the loss of important data.**

**Potential loss of quality of medicines due to weak storage practices. Two out of three regional hospitals visited by the audit team had malaria medicines above their storage capacities. Environmental conditions (temperature and humidity) in storage rooms are not monitored in all the facilities and warehouses visited, the OIG found. The gaps in storage practices could compromise the quality of health products.**

**The audit found that the challenges in quantification and supply planning have contributed to expiries and stock-outs of medicines across the supply chain, especially under the HIV program.**

**For example, based on an analysis of antiretroviral medicines (ARVs) currently available compared to program targets, the OIG estimated that there are \$3 million worth of ARVs financed by the Global Fund in the CMS that were likely to have expired in 2016. This amount represents about 38% of the ARVs procured under the HIV grant as of April 2017. Subsequent to the OIG audit, there was an agreement to redirect some of the soon-to-expire medicines to other countries. However, before this could happen, the ARVs were destroyed in a fire.**

**In addition, the OIG said, stock outs of HIV test kits were noted at health facilities.**

**The Secretariat and the PR were not able to identify these inefficiencies, the OIG stated, because the assurance arrangements for the supply chain – both in-country and at the Secretariat – are not adequate. While the procurement-related risks have been mitigated through the use of the Pooled Procurement Mechanism (PPM), the OIG stated, the supply chain risks have not been adequately identified or mitigated. The country team and the local fund agent's (LFA's) review of the PR's quantification of antiretroviral medicines did not identify the overstated needs (mentioned above), the OIG said, and, therefore, did not reveal the substantial exposure to drug expiries. The assurance provider's review of stock levels as part of the progress update and disbursement request (PUDR) in April 2016 did not identify the excess stock levels in the country.**

**In addition, the OIG said, there is limited coordination among the various players with respect to quantifying ARV needs.** » Quelle: Aidspan, OIG audit of two Global Fund grants to Guinea finds significant weaknesses in supply chain management, 5. September 2017: [www.aidspan.org/gfo\\_article/oig-audit-two-global-fund-grants-guinea-finds-significant-weaknesses-supply-chain](http://www.aidspan.org/gfo_article/oig-audit-two-global-fund-grants-guinea-finds-significant-weaknesses-supply-chain).

GuineeTimes, 16. Oktober 2016:

**« Guinée-Conakry : Des femmes séropositives en Guinée font face à certaines difficultés pour suivre leur traitement antirétroviral, même à titre gratuit.**

**« Quelques fois je manque de transport »**

« Je loge à Kagbélén (à plus de 30 km du « Centre Dream » sa structure de prise en charge), je suis séropositive, mère de deux enfants. **Mes frais de transport à l'aller et au retour me coûtent 16.000 gnf (soit moins de 2 euros).** Quelques fois je manque de transport pour venir au Centre de traitement » chuchote Mme C.R, rencontrée dans ce centre.

Comme cette dame sait bien utiliser son traitement, elle ne se présente qu'une seule fois par mois au centre pour recevoir ses médicaments antirétroviraux.

Malgré ses difficultés économiques, cette jeune mère au foyer a pourtant fait beaucoup d'efforts. Ses deux enfants, âgés de 2 et 3 ans, sont sortis du programme PTME (Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant) de ce centre de traitement spécialisé sis à Donka, dans la commune de Dixinn. Les enfants n'ont pas été infectés.

« Aucun membre de ma famille, y compris mon mari n'est au courant de mon statut ici. Comme c'est une situation qui pèse sur moi, je ne peux pas le dire. Il y a des moments, je ne peux pas bouger de la maison. Donc, je peux rater mon rendez-vous » poursuit Mme C.R.

**« Des femmes séropositives abandonnent le traitement »**

En présence de la Coordinatrice du Centre Dream, la malade a du mal à avouer qu'elle a « besoin d'aide ». En réalité, il lui faut de l'argent pour respecter ses rendez-vous.

**Le centre Dream, supporté par la Communauté Sant'Egidio et des « personnes de bonne volonté », a ouvert ses portes depuis 2006 en Guinée. Actuellement, « près de 4.000 personnes vivant avec le VIH/SIDA sont sous traitement antirétroviral dont 70 % de femmes ». Le traitement est gratuit.**

**Sur les 120.000 personnes vivant avec le VIH en Guinée, plus de la moitié sont des femmes (68.000). Un peu plus du quart seulement (33 .000) du nombre total de malades est sous traitement ARV, note-t-on dans le Rapport ONUSIDA 2015 sur la Guinée.**

**« Dans nos sociétés, le poids de la famille pèse sur les épaules de la femme. Elle doit s'occuper de l'éducation des enfants, des travaux ménagers et si d'aventure elle est séropositive, elle doit se présenter au centre de traitement pour avoir des médicaments. Tout ceci combiné, pousse certaines femmes séropositives à abandonner le traitement ou à être irrégulières au rendez-vous. Donc, nous les appelons pour insister sur la nécessité pour elles de continuer la thérapie »** affirme Fatoumata Sylla, Coordinatrice du Centre Dream.

La cellule PTME du dispensaire Saint Gabriel de Matoto, haute banlieue de la capitale guinéenne, a été ouverte par le Centre Dream pour éviter les cas d'abandon de femmes enceintes, dépistées positives à Matoto. Elles étaient auparavant référées au centre Dream à Dixinn.

« Conditions de pauvreté extrême »

**Selon le constat de la coordinatrice de ce centre, certaines abandonnaient le traitement à cause des frais de transport. L'aller/retour de Matoto au Centre Dream s'élève à 8.000 gnf, un peu moins d'un euro !**

« La majorité des femmes séropositives qui abandonnent sont illettrées. Il peut arriver qu'elles n'ont jamais entendu parler de cette maladie. Donc si le counselling n'est pas renforcé et la femme bien consciente de son statut sérologique, elle peut abandonner » justifie Fatoumata Sylla, comme une autre cause de l'abandon du traitement.

Six mois après, lorsque l'effet de la maladie se fait sentir, celles qui ont abandonné reviennent au traitement, nous signifie-t-elle. En plus de cela, elle note que **« la stigmatisation dans la communauté et la peur de dévoiler son statut sérologique au mari » sont également des causes d'abandon du traitement aux ARV.**

**En Guinée, le niveau de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH SIDA est très élevé : de 80.1 pour cent, selon le Rapport Onusida 2015.**

Fatoumata Lamarana Baldé, Sociologue au Canada, a travaillé sur un échantillon de 12 femmes en situation d'abandon de traitement à Conakry et dans la préfecture de Kissidougou, située à plus de 500 km de la capitale guinéenne.

« Ces femmes vivent donc dans des conditions de pauvreté extrême. Cette faiblesse ou absence de revenus a des conséquences sur la poursuite du traitement antirétroviral à plusieurs égards et notamment les difficultés pour ce qui concerne le transport pour se rendre sur les lieux du traitement, le logement dans la ville où sont donnés les soins, la nourriture, l'achat des médicaments, l'obligation du dévoilement du statut sérologique ainsi que pour de l'aide de la famille et des réseaux ». » Quelle: GuineeTimes, Guinée: La pauvreté, un frein au traitement des femmes vivant avec le VIH, 16. Oktober 2016: [www.guineetime.com/guinee-pauvrete-frein-traitement-femmes-vivant-vih/](http://www.guineetime.com/guinee-pauvrete-frein-traitement-femmes-vivant-vih/).

IMC, Dezember 2015:

**« Le système de santé officiel opère via un cadre pyramidal intégré au système administratif plus large du gouvernement. Le Ministère de la Santé conçoit les politiques sanitaires et attribue des fonds centraux aux administrateurs régionaux. Ceux-ci font alors appliquer la politique centrale à l'échelle régionale. Intervient ensuite l'administration sanitaire préfectorale dont le rôle est similaire à celui du district sanitaire de l'OMS et qui opère dans les centres médicaux des villages.**

Depuis les années 1980, les soins de santé primaires sont en effet devenus un point central de la politique gouvernementale. **Les centres de santé des villages sont accessibles pour 90 % de la population et couvrent 75 % des coûts des soins de santé de la population.**

Ils font partie du système de santé préfectoral cité en amont et représentent la principale source de soins pour les personnes qui vivent en dehors de la capitale. Les administrateurs tentent de recouvrir les coûts de fonctionnement des centres de santé en faisant payer les

services de soins curatifs. **Les ONGs jouent également un rôle significatif en fournissant des ressources à ces centres de santé, comme du personnel, des infrastructures et un accompagnement à l'offre de soins. Les médicaments et les traitements ayant majoritairement été supprimés des dépenses publiques, des marchés officiels, non-étatiques ont émergé sous la forme de pharmacies privées dans les rues des villes et de vendeurs (« table-top sellers ») dans les marchés urbains et ruraux qui fournissent des produits médicamenteux biomédicaux et non-biomédicaux.** Parmi ces agents de santé officiels, on trouve des praticiens de la médecine islamique, des herboristes ainsi que des guérisseurs locaux vénérés pour leur expertise spécifique et leur capacité à exercer des thérapies peu orthodoxes.

La politique nationale de la Guinée sur la médecine traditionnelle et la médecine douce datent de 1994. Des organismes officiels existent afin de soutenir, de gérer et de contrôler les pratiques de guérison traditionnelles. Un Département de Médecine Traditionnelle (DMT) existe au sein du Ministère de la Santé guinéen et collabore avec les guérisseurs traditionnels sur les soins de santé primaires depuis 1979.

Toutefois, des tensions sont présentes entre le DMT et les guérisseurs ; ces derniers ont récemment accusé le DMT de mauvaise gestion des fonds destinés à soutenir leur formation et leurs activités. Des chercheurs ont conclu que peu de guérisseurs individuels choisissent de s'inscrire au DTM. Les guérisseurs peuvent chercher à rejoindre l'Association des praticiens de la médecine traditionnelle ou des associations locales. **Les représentants du secteur de la santé publique pensent que travailler avec ces associations et avec les guérisseurs à la formation et à la sensibilisation de la communauté est une stratégie efficace lors de crises sanitaires liées au VIH/SIDA et au virus Ebola.** » Quelle: International Medical Corps (IMC), Santé mentale et soutien psychosocial en Guinée-Conakry, Dezember 2015, S. 13-15: <https://cdn1.internationalmedicalcorps.org/wp-content/uploads/2017/07/Guinea-MHPSS-Literature-Review-2015-French.pdf>.

Kristien Wouters, 6. April 2018:

*«As an HIV doctor in the Institute of Tropical Medicine in Antwerp I have been treating HIV patients in Belgium for over ten years. I also frequently travel to Africa to treat HIV patients. In March 2018 I went to Guinea.*

*The past years I have been to Mozambique, Malawi, Tanzania and DR Congo, as part of the dream-project of the international Sant'Egidio community. I have participated in the project since its start in 2001. In Conakry, capital of Guinea, it is supported by DGD in collaboration with the NGO Memisa.*

***In Conakry, we offer treatment in three HIV centres.***

***The first and biggest centre is located in Corniche Nord, in the centre of the city. It's a beautiful centre, with a laboratory that meets Western standards. The laboratory is equipped for the detection of the viral load and CD4 count, and hematology and biochemistry. Thanks to the electronic medical file of all patients, the clinic staff can work efficiently, whether they are nurses, counselors, doctors or pharmacists.***

*Two additional satellite centres are located outside the city, in Dubreka and Fassia. A mobile team visits these sites once per week. They have to bring everything, because the centres are empty throughout the week. There are no tests, no sampling equipment, no laptops and no medicines. Nor is there running water or electricity, but I was happy to find a generator at the site.*

*All centres use the same modus operandi. The work of the so-called 'expert patients' or 'peer educators' is crucial. These patients have been trained to sensitise, test and counsel other patients. They play an important part in the psychosocial care of new patients and are living testimonies to the fact that it is possible to live with HIV and medication. This makes the whole process easier to understand and stomach for new patients.*

*Expert patients are primarily women. The education and job they get this way is a huge empowerment for them, because **they have often been ostracised by their husband and family when they found out they are seropositive.** They have united in the 'je dream' movement and can be recognised by their white shirts with logo.*

*Our primary focus is on the screening and sensitising of pregnant women. If they have contracted HIV, we start their treatment and ask them to bring their partner so he too can be screened and counseled. When a seropositive woman receives treatment, her child can be born completely healthy despite her HIV status. It goes without saying that getting these people on the treatment is enormously important to bring a new, healthy generation into the world.*

*I'm happy this project allows me to make my contribution to the UNAIDS goal 'Zero new HIV infections'. Moreover, offering the same treatment in a completely different context broadens my scope of the disease. The African patients teach me a lot, and the knowledge I bring home I can pass on to my local colleagues, doctors and caretakers.» Quelle: Kristien Wouters, Committed to end HIV - In Antwerp and Africa, Institute of Tropical Medicine Antwerp, 6. April 2018: [www.itg.be/E/Article/end-hiv-in-antwerp-and-africa](http://www.itg.be/E/Article/end-hiv-in-antwerp-and-africa).*

Mohamed Camara et al., November 2015:

*«During the period of 1984 to 2014, the healthcare system had started to change. The private structures were widely approved while the public sectors were being closed. Private pharmacies started to be approved. The former teaching hospitals were transformed into the National Hospitals. The primary healthcare concepts were introduced. During the period 1986-1989; those structures were built around the country. That breakthrough had significantly improved the healthcare system in the country. Those centers were funded at the beginning by the foreign funds including the UNICEF and the World Bank with the participation of the communities at the base. Those primary health structures were provided with medicines and other suppliers by a state structure called „Central Pharmacy“. That structure remains funded by the government. After few years of being supported by some financial institutions, they got some autonomy, allowing them an auto-management.*

*Since the privatization of the health structures and pharmacies in Republic of Guinea, the cost of care became inaccessible by the population. The cost of healthcare remains very high while the quality of care is extremely poor. Very few people have health insurance. The social security is not organized. "In 2008, only 5% of the*

**population were covered by public health insurance; the social security office 0.4% or other health insurance offices and 0.4% were covered by private health insurance”.**

Guinea is faced with major health problems. Nowadays, the burden of disease is the Ebola infection. But, like every sub-Saharan country, malaria is one of the deadliest diseases in the country. TB is frequent, parasitic diseases are present. The Cholera is epidemic. Sometimes, it remains endemic in some regions. The number of typhoid fever is high. According to IPHD (2001); “The major diseases in Guinea are: Malaria; hepatitis A; yellow fever; schistosomiasis; typhoid fever; and diarrhea. The life expectancy is 49.3 years and the infant mortality is 94.4 per 1,000 births”. Those statistics have not significantly improved since 2001. The mortality rate still remains high. All of those diseases as aforementioned persist. **Now; since March 2014, Guineans are confronted with the Ebola Hemorrhagic Virus outbreak that spreads in some West African countries, even outside African countries. The Ebola disease is one of the deadliest diseases in the world. Indeed, it is in March 2014 that The Ebola Outbreaks occurred for the first time in Guinea; especially in the forest region, before spreading throughout the country, and in neighboring countries. “As on August 16th 2015, it has claimed the life of 14 people in Guinea, 53 people in Liberia, 17 people in Sierra Leone and 0 people in Nigeria”.**

The burden of diseases Ebola in Guinea infects people regardless age, gender or economic status. The distribution is very rapid and the contagiousness is very high. The poverty level is very high in Guinea. But, I believe that the contagiousness is not related to the situation of poverty in the Country. However, the poverty can affect the compliance of the basis hygiene rules (hand washing) that can facilitate the contamination. Ebola outbreak is a real burden of diseases on the health care system in Guinea since many people have died from that disease. There are other burdens of diseases in the country that are endemic, but are not as deadly as compared to Ebola.

For example: Malaria is an endemic disease in Guinea which has a high rate of mortality in Children. In 2004, Guinea experienced a Cholera epidemic and an increase in cases of typhoid fever. Those communicable diseases are related to the poor hygiene and unsanitary situation of the Country. Malaria remains a serious problem. **HIV is less prevalent nowadays. About the HIV infection in Guinea; UNICEF (2012) has published: “Adult prevalence in 2012 is 1.7%; People of all ages living with HIV in 2012 are estimated at 140,000.”** If in the past the cholera was epidemic and was only observed in the raining season; lately, the cholera was becoming endemic in some districts. It has been noticed that since the individual hand washing for these past two years, Conakry did not record any case of the cholera outbreak.

*The healthcare system*

**The healthcare system in Guinea is not meeting the need of the population because there are less health professionals covering the entire population. “During the period 2000-2010, the number of the healthcare professionals was: Physician number: 940; Density for 10,000 of population: 1.0; Nurses: 401; Density for 10,000 of population: 0.4” (WHO; Statistics, 2011).**

**The Guinean health system is pyramidal, at the top there are three National hospitals (Donka, Ignace Deen and Sino-Guinean); in each of the seven regions, there is a regional hospital; and in each of the 33 prefectures, there is a prefectural hospital, while**

**each sous-prefecture has its primary health care center. There are also eight communal health centres in the country with some specialties included in the structure such as surgery service, maternity, dentist and ophthalmologist. The country also has several private healthcare facilities with different standings from medical offices to polyclinics.**

Globally, those healthcare settings in Guinea do not meet the standard of developed countries. The overall analysis shows us an improvement in some sectors like the management of the Ebola outbreak sector. Unfortunately, other sectors have not improved. The sanitation problems are being contributed to the bad healthcare situation in Guinea.» Quelle: Mohamed Camara et al., The healthcare system in Africa: the case of Guinea, International Journal of Community Medicine and Public Health, November 2015:

[www.researchgate.net/publication/283239841\\_The\\_healthcare\\_system\\_in\\_Africa\\_the\\_case\\_of\\_guinea](http://www.researchgate.net/publication/283239841_The_healthcare_system_in_Africa_the_case_of_guinea).

MSF, 1. April 2018:

**«As HIV rates in Guinea are low (1.7%), less attention has been paid to the HIV response. Today, of the 120,000 people living with HIV, only 1 in 4 are getting treatment. People living with HIV in Guinea face high stigma, additional medical costs and frequent stock-outs of key drugs. Without treatment, people living with HIV can easily develop AIDS.»**

Quelle: Médecins sans Frontières (MSF), Treating AIDS in Guinea, 1. April 2018: <https://msfaccess.org/treating-aids-guinea>.

MSF, 25. Juli 2017:

**«Dans les hôpitaux MSF, 30 à 40% des patients admis avec le VIH meurent, souvent très rapidement, alors que 50% d'entre eux ont déjà été mis sous traitement antirétroviral. A l'heure de la généralisation de l'accès aux ARV, les personnes à un stade SIDA bénéficient d'un accès aux soins très limité.**

Le document d'information de MSF « *Waiting isn't an Option: Preventing and Surviving Advanced HIV* » (Attendre n'est pas une option : Prévenir et survivre au stade avancé du VIH), dont les données ont été présentées lors de la conférence de l'International AIDS Society à Paris (IAS - Société internationale sur le sida) relative à la recherche sur le VIH, révèle que **dans les hôpitaux gérés et soutenus par MSF en République démocratique du Congo (RDC), en Guinée, au Kenya et au Malawi, les personnes en stade SIDA arrivent avec une déficience immunitaire tellement sévère que 30 à 40% d'entre elles meurent. Près d'un tiers de ces décès se produisent dans les 48 heures après admission.**

**Les principales causes de maladie et de décès sont liées à des échecs ou des interruptions de traitement, ou à un diagnostic tardif. Contrairement au début des années 2000, quand les gens mouraient du SIDA faute d'accès aux traitements, plus de 50% des patients admis à un stade avancé du VIH dans les hôpitaux soutenus par MSF ont déjà initié un traitement antirétroviral (TAR), et beaucoup présentent des signes d'échec au traitement.**

**« La généralisation de l'accès aux ARV n'a pas produit la diminution attendue du nombre de personnes au stade SIDA dans les pays en développement. Ce qui a changé, c'est**



**qu'une majorité des personnes admises à l'hôpital ont déjà été diagnostiquées et beaucoup sont déjà sous traitement depuis plusieurs années.** À Homa Bay, au Kenya, où les antirétroviraux sont disponibles depuis longtemps, la moitié des patients hospitalisés montrent des signes d'échec du traitement. **Nous militons pour que ces patients puissent passer plus rapidement à des traitements de deuxième ligne** », explique David Maman, épidémiologiste à Epicentre.

Des enquêtes menées par MSF montrent également qu'une partie des personnes au stade SIDA dans les communautés d'Afrique australe et orientale n'ont jamais été dépistées ni mises sous traitement. Ainsi, environ 10% des personnes vivant avec le VIH dans certaines régions du Malawi, du Kenya et d'Afrique du Sud sont au stade le plus avancé de la maladie, et parmi elles 47% n'ont eu accès ni au diagnostic ni aux ARV. « Les personnes sont diagnostiquées tardivement. Nous devons trouver de nouveaux moyens d'identifier ces laissés pour compte, bien avant qu'ils n'arrivent à l'hôpital en phase terminale ou qu'ils ne meurent chez eux, seuls. **La stigmatisation et le manque d'information restent des obstacles importants au dépistage, à la mise sous traitement et à son suivi. En parallèle de la généralisation des ARV au niveau communautaire, il faut impérativement améliorer la qualité des soins pour ceux qui sont sous traitement depuis de nombreuses années** », explique Gilles van Cutsem, conseiller MSF sur le VIH.

Hier, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié pour la première fois un guide sur la prise en charge du SIDA dans les milieux à faibles ressources, dont les recommandations constituent un véritable pas en avant. Mais des mesures additionnelles doivent être prises pour faire face aux échecs thérapeutiques et aux problèmes de résistance au traitement.

Pour prévenir le stade SIDA, et prendre en charge les personnes qui y sont confrontées, il est urgent de combiner un ensemble d'interventions : le renforcement du dépistage et l'initiation rapide du traitement antirétroviral ; la numération initiale des CD4 à la mise sous traitement ; les tests de charge virale en routine ; le dépistage et le traitement rapides d'infections opportunistes majeures – nécessitant notamment l'accès à des outils de diagnostic de la tuberculose au chevet du patient et l'amélioration du traitement contre la cryptococcose ; enfin le passage accéléré aux ARV de deuxième ligne pour les patients à un stade avancé du VIH ou dont le traitement a échoué. Cette stratégie nécessite de renforcer les dispositifs de référence entre le niveau communautaire, les centres de santé et les hôpitaux. Elle exige aussi que tests et soins soient gratuits pour le patient.

La situation des personnes au stade le plus avancé de la maladie pourrait s'aggraver avec la stagnation des financements pour la lutte mondiale contre le VIH. **Des coupes budgétaires sont attendues dans les fonds américains accordés au Fonds mondial (17 %) et à PEPFAR (11 %) à partir de 2018, ce qui devrait entraîner des restrictions supplémentaires dans de nombreux pays. Ces coupes risquent d'impacter les dispositifs communautaires, incluant le dépistage ciblé et les activités favorisant l'observance, et de limiter drastiquement les investissements nécessaires dans les domaines des laboratoires, les outils de diagnostic et de la formation du personnel médical.**

« La réalité des patients au stade SIDA témoigne des immenses difficultés pour se faire dépister et soigner à temps, et continuer son traitement antirétroviral de manière ininterrompue. Avec un tarissement de la volonté politique et des financements à l'échelle mondiale, le combat contre le virus risque de subir un revirement, et ces malades qui arrivent à l'hôpital atteints du

*SIDA de voir leurs espoirs de sursis anéantis », souligne Mit Philips, conseillère en politique sanitaire et promotion de la santé.» Quelle: Médecins sans Frontières (MSF), En Afrique subsaharienne, beaucoup meurent encore du SIDA, même sous traitement antirétroviral, 25. Juli 2017: [www.msf.fr/communiqués-presse/en-afrique-subsa-harienne-beaucoup-meurent-encore-du-sida-meme-sous-traitement-antiretroviral](http://www.msf.fr/communiqués-presse/en-afrique-subsa-harienne-beaucoup-meurent-encore-du-sida-meme-sous-traitement-antiretroviral).*

MSF, 25. Mai 2016:

*« **The low prevalence of HIV in Guinea (1.7 percent of the population is infected) means that very few people know about the disease and that people living with HIV face stifling stigmatization.** Therefore, support from community leaders is a key aspect of MSF's strategy to raise awareness and fight the virus. Community leaders attended training and information sessions, primarily through the support of associations of people living with HIV, and then organized the MSF screening campaign in their neighborhoods themselves.*

*"We were concerned that Guineans would be all the more reluctant to come for screening [because], for the most part, MSF is associated with Ebola in Guinea," explains Luis Moreno, field coordinator for MSF's HIV/AIDS project in Conakry. "Fear was something we had to take into account. So we set modest targets: 1,200 people screened across six neighborhoods in the Matoto Est District." But six weeks into the campaign, 6,095 people had come to be tested, five times more than expected.*

*The campaign was supported by a large team of health promotion officers who were trained during the Ebola epidemic. For three weeks, 14 health promotion officers and 45 community workers traveled the Matoto Est District with HIV activists, going street by street to carry out the screening and providing counseling. "The associations of people living with HIV are fantastic allies," explains Tidiane Touré, MSF head of psychosocial support. "Since Guineans wrongly believe that HIV/AIDS is an automatic death sentence, seeing HIV-positive people in good health because they have been receiving antiretrovirals is the only truly effective way of changing people's mentalities, decreasing stigmatization, and increasing demand for treatment."*

***Barely 27 percent of Guineans living with HIV are receiving antiretroviral medication (ARVs), which explains the high death rate among people with AIDS and further reinforces the perception of the disease as a death sentence. Due to this low ARV coverage, morbidity and mortality resulting from AIDS is a burden that is out of proportion given its low prevalence: in 2014, there were 3,800 deaths recorded from AIDS in Guinea, more than in Swaziland (3,500), the country with the highest prevalence in the world. This is why the MSF project aims to expand its HIV activities and develop treatment models suitable for countries in West and Central Africa, which have been largely forgotten by the AIDS treatment revolution. This is particularly the case in Guinea, where the Ebola epidemic made it even more difficult to for many to access health care.***

*As the campaign continues, MSF will use data collected to adjust its strategy. For example, a new approach is needed to better **target women, who are on average more affected by HIV than men but were not as well reached by the campaign, as well as populations such as sex workers and men who have sex with men.***

MSF has been working in Guinea since 1984, providing HIV and tuberculosis services since the start of ARV treatment in 2003. **Currently, in collaboration with the Ministry of Health, MSF provides support to 7,639 HIV patients (24 percent of the national ART cohort). It offers diagnosis, treatment, and adherence support through a decentralized approach in six health centers across the capital city, as well as at an outpatient clinic in Matam District.**

MSF offers viral load testing for patients in the facilities it supports, and also supports hospital care for severely ill patients and treatment for opportunistic infections such as Kaposi's Sarcoma. MSF partners with patient associations that provide peer support, monitor health outputs through the "Observatoires," and advocate for scale up of ART access.» Quelle: Médecins sans Frontières (MSF), Guinea: Screening for HIV in Conakry, 25. Mai 2016: <https://msfaccess.org/guinea-screening-hiv-conakry>.

MSF, 16. April 2016:

**«The HIV epidemic in Guinea remains largely overlooked by the rest of the world. Overall country prevalence of HIV is relatively low, estimated at 1.6% in 2014, but with wide variations between urban (2.7%) and rural (1.2%) populations, as well as between women (2.1%) and men (1.2%).**

**Treatment coverage remains among the lowest in the world, with about one in four people living with HIV (approximately 120,000 in 2014) accessing antiretroviral treatment. In 2014, in MSF-supported prevention to child transmission (PMTCT) services in Conakry, the HIV rate among pregnant women was at 5.4%, considerably higher than the official figures for Conakry (4%) and the national average of 2.6%.**

**Although only a handful of international partners support the fight against HIV, the country has made some important strides against the disease and is planning rapid scale up of ART and PMTCT services. However, fast tracking the HIV response will require removing key barriers to HIV testing and ART, intensified programmatic support, as well as sustained financing at both the national and international level.**

**The country is emerging from a devastating crisis following the 2014-2015 Ebola outbreak, which represented a serious setback in the fight against HIV. Health organizations that arrived following the epidemic with the intention of rebuilding the existing health system need to include efforts to compensate for the lack of progress in HIV care scale-up during the Ebola epidemic.**

**The 2014-2015 Ebola crisis revealed pre-existing weaknesses of the health system: inadequate numbers of qualified health workers; weak infrastructure and logistics; difficulties in health information, surveillance, governance; and fragile drug supply systems. These factors can also to a large extent explain some of the poor programmatic outcomes of HIV programs.**

**The negative effects of the Ebola outbreak on the health system created major challenges for the HIV program in 2014 and 2015. Although health facilities never completely closed, utilization rates reduced and people were reluctant to attend health facilities. A drop in general service utilisation was reported (e.g., a 40% decrease in primary health care use).**

**Voluntary HIV testing services ceased during the outbreak, with the total number of tests in the country dropping from 173,000 in 2013 to 37,000 tests in 2014, exclusively limited to diagnosis of people already ill. Many patients interrupted their ART for fear of coming to the health facilities or because services were not available due to staff absenteeism or disrupted supply lines.** In Conakry, the NGO Solthis reported delays in appointments that created a cumulative loss of up to 42% of patients in care between April and December 2014. In Macenta, retention in care dropped by 11%; additionally ART initiation has slowed down significantly.

**In rural areas it is estimated that even more patients on ART had to interrupt their treatment due to transport problems and more vulnerable supply lines. (...)**

**In 2014, the country's ART coverage was estimated to be 27%. This very low coverage is in part explained by the low level of testing.** However, timely initiation of ART is caused by other factors beyond under- and late diagnosis. **Urban-rural inequality plays a major role in unequal health care access: 63% of the population lives in the countryside, while only 17% of medical staff works there.** In the health centre of Matam, 25% of patients come from outside of Conakry, despite long travel distances and transport difficulties. The scarcity of health services in rural areas is compounded by a high level of stigma.

Even in the capital city, only 50% (24,284) of the estimated 49,000 PLHIV residing in Conakry, were on ART in 2014. In April 2014 (during the Ebola outbreak), ART initiation in the capital was not possible at certain testing sites and patients were referred to other health facilities that offered treatment. In order to facilitate referral, members of the patient association REGAP+20 accompanied PLHIV to these ART sites and checked if they experienced any difficulties to enrol. After two weeks, patient associations coalition followed up PLHIV by phone to enquire about what happened after referral. Out of a total of 134 PLHIV, 68 (51%) people had started ART (6 died before they could start ART). There was an important variation between health facilities, with some initiating few patients and others many.

In 2015, preliminary reports by a group of local patient associations (Observatoires Communautaires) highlighted the problems of access to treatment for PLHIV in 27 health structures across the country. They reported that medicines to treat opportunistic infections had been unavailable since 2014 at all of the health facilities surveyed. **At the time of the survey, staff reported a stockout of first line ARVs (Efavirenz 600mg) over the preceding two months. Furthermore, CD4 testing (necessary in Guinea to allow initiation and to monitor ARV treatment) was unavailable in 16 out of 27 health facilities surveyed. Reasons for the latter were stockouts of laboratory reagents or machine failures.**

With patients initiating ART late, opportunistic infections and complications are frequent. In 2015, **in MSF-supported facilities in Conakry, 82% of people testing HIV-positive (915) were already in advanced stages (3 and 4) of the disease.** The median CD4 count at ART initiation was 217, a low value which already indicates serious immunity suppression and complications. After hospitalization, 36% of HIV-patients referred by MSF to the capital's central university hospital died. During the first quarter of 2015, MSF had 26 patients with Kaposi sarcoma under treatment.

*A short review of 105 newly hospitalised HIV patients in MSF-supported structures during the last semester of 2015 confirmed most inpatients are late presenters. It showed that 34% of them had been tested for HIV less than four weeks prior to hospitalization and 54% of these patients had a CD4 count under 150, indicating severe illness. Among these patients, 34% were diagnosed with TB.*

***The health system in Guinea functions largely through out-of-pocket payments. Patient fees constitute the major part of revenues for health facilities, complementing low state salaries and shortfalls in recurrent costs for public health facilities (salary top-ups, maintenance, functioning costs). The financial contribution from user fees by patients and households is estimated at 62% of all health expenditure. Even though a national decree legislated that ARVs are free of charge, patients often have to pay for other essential care (laboratory tests and essential drugs including medicines for opportunistic infections).***

***Moreover, prolonged stockouts of medicines (such as Cotrimoxazole) for opportunistic infections force patients to buy the drugs in private pharmacies. The systematic underfunding of the public health system, and its dependence on user fees, create several challenges for optimal HIV care including:***

- ***Decreased demand for care: patients that are required to pay for essential care elements are deterred from using services as needed.*** In certain health facilities, CD4 testing and a standard lab assessment before ART initiation might cost patients between 50,000 and 150,000 Guinean franc (US\$6.4 – 19).<sup>24</sup> With 55% of people living below the poverty line<sup>25</sup>, these financial barriers deter patients from initiating timely treatment and can lead to treatment interruptions.

- ***Health workers' dependency on patient fees lead to a decrease in the offer of care to PLHIV.*** Since the main element of HIV care - ART - should be provided free of charge, health workers might feel unmotivated to treat HIV patients. They know they will gain greater revenue from treating a patient with some other illness.

- ***The risk of sub-optimal quality of care: out-of-pocket fees may lead to incomplete or interrupted treatment for patients; staff may delay ART initiation or encourage over-prescription. (...)***

*Guinea has not been a priority for international funders and organisations, and in particular HIV and PLHIV have been largely neglected. Nevertheless, together with the few partners involved in the HIV/AIDS response, the country has made progress towards curbing the epidemic. The Ebola outbreak has impacted Guinea's ability to provide health services, further weakening its health indicators. Faced with the challenge of needing to fast track the HIV response and fill the existing treatment gaps, we must do much more to reach the targets of 90-90-90 by 2020. The current situation presents a 'now or never' opportunity to mobilise an ambitious step-up plan, directing available resources into effective strategies and adapted models of care that will benefit PLHIV and prevent further spread of infection.*

***While only a handful of health agencies were actively involved with Guinea before 2014, this has changed dramatically since the Ebola outbreak hit the country. This increased international attention is an opportunity for the country not only to boost again its health***

**services, but also to attract and tap into support for expansion of HIV treatment. Without better investment from major donors and actors, fast tracking of the HIV response will not be possible. »** Quelle: Médecins sans Frontières (MSF), Out of focus, April 2016, S. 71-79: [www.msf.org/sites/msf.org/files/2016\\_04\\_hiv\\_report\\_eng.pdf](http://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016_04_hiv_report_eng.pdf).

OPP-ERA, 13. Juni 2018:

*« Une délégation du projet OPP-ERA, en collaboration avec les partenaires du projet en Guinée, notamment le Programme national de lutte contre le VIH/sida et les hépatites (PNLSH), ont tenu des ateliers de formation auprès des prescripteurs/ cliniciens responsables de la prise en charge du VIH à Conakry. L'objectif des formations était d'améliorer la qualité du suivi des patients sous traitement antirétroviral (TARV) à partir des résultats de l'examen de charge virale.*

***En mesurant la quantité de virus dans le sang, l'examen de charge virale permet en effet de juger de l'efficacité d'un traitement chez les patients infectés par le VIH. Une charge virale détectable nécessite une cascade spécifique de prise en charge pour les patients : contrôle après 3 mois d'accompagnement du patient à la bonne prise des médicaments puis adaptation du traitement au besoin du patient. Le suivi de cette cascade par les cliniciens et prescripteurs est indispensable pour une prise en charge de qualité des patients.*** Anthony Billaud, chef du projet OPP-ERA en Guinée

***Selon les données de l'OMS en 2016, l'Afrique sub-saharienne reste confrontée à des difficultés de gestion des patients sous traitement ARV en échec thérapeutique. Les principales difficultés mises en avant par les cliniciens sont à la fois liées aux délais de l'obtention du résultat de l'examen de charge virale par les laboratoires de biologie moléculaire, la difficulté à avoir accès au résultat du patient lors de la consultation, la disponibilité incertaine des médicaments adaptés (ARV de 2nd ligne), l'absence des assistants psychosociaux chargés de l'éducation thérapeutique et enfin le manque de formation spécifique et de tutorat. Ainsi la mission du projet OPP-ERA a permis de renforcer les capacités des cliniciens à l'interprétation des résultats des examens de charge virale, à la gestion des échecs thérapeutiques, et à la diffusion d'outils permettant de suivre l'évolution clinique des patients.***

*Renforcer la gestion de données pour identifier plus facilement les patients en échec thérapeutique*

*Par ailleurs, les responsables de la collecte et gestion de données des laboratoires partenaires ainsi que la cellule de suivi et d'évaluation du PNLSH ont également bénéficié d'une formation à l'utilisation d'une nouvelle base de données ainsi qu'un tableau de bord de suivi des activités du projet OPP-ERA. L'objectif est double : pouvoir identifier plus facilement les patients en échec thérapeutique pour prendre rapidement les mesures qui s'imposent pour une prise en charge de qualité et mieux rendre compte de l'amélioration de l'accès à l'examen de charge virale en Guinée.*

*Ces missions s'inscrivent dans le cadre plus large de renforcement des capacités des acteurs guinéens pour l'amélioration de la qualité du suivi des patients infectés par le VIH. Elles participent ainsi à l'atteinte des objectifs de d'ONUSIDA, à savoir « 90% des patients infectés par le VIH ont une charge virale indétectable d'ici 2030 » démontrant l'efficacité du traitement*

et garantissant de fait une bonne qualité de vie aux patients guinéens. Anthony Billaud, chef du projet OPP-ERA en Guinée.» Quelle: OPP-ERA, Guinée: Comment garantir une meilleure prise en charge des patients infectés par le VIH?, 13. Juni 2018:

<https://opp-era.org/fr/guin%C3%A9e-comment-garantir-une-meilleure-prise-en-charge-des-patients-infect%C3%A9s-par-le-vih>.

République de Guinée, März 2015:

*«Dans le domaine de l'offre de soins globale du pays, **il existe 1 383 structures publiques toutes catégories confondues**, réparties comme suit : 925 postes de santé, 410 centres de santé, 5 centres de santé améliorés, 33 centres médicaux communaux et hôpitaux préfectoraux, 7 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux nationaux. Sur le nombre total d'infrastructures publiques, **51% se trouvent dans un état physique et de fonctionnalité non appropriés par rapport aux standards définis (258 postes de santé, 201 Centres de santé, 12 hôpitaux préfectoraux, 5 centres de santé communaux, 4 hôpitaux régionaux et 2 hôpitaux nationaux)**. La plupart des infrastructures sanitaires du pays ne répondent plus aux normes standards. Aussi, avec la survenue de la MVE [Maladie à Virus Ebola], **94 formations sanitaires (soit 6%) des infrastructures sanitaires du pays ont été fermées en novembre 2014 à cause de la désertion et au décès du personnel de santé.***

*Pour l'ensemble du pays, il existe un total de 2 984 lits d'hospitalisation avec des ratios de disponibilité qui varient entre 2 396 pour la ville de Conakry et 6 797 pour la région administrative de Labé. Le ratio moyen est d'un lit pour 3 600 habitants contre une norme OMS d'un lit pour 1000 habitants. Il ressort donc que le pays a besoin d'un nombre complémentaire de lits d'hospitalisation dont la programmation devra tenir compte de leur taux d'occupation.*

*Les équipements des établissements de soins sont composés essentiellement du mobilier médical, des appareils biomédicaux et des moyens logistiques. L'équipement biomédical est utilisé essentiellement dans les structures hospitalières. Selon les normes établies par le Ministère de la Santé Publique, chaque hôpital doit comporter un paquet d'équipement lui permettant d'assurer la prise en charge des pathologies identifiées comme étant. **Il est à remarquer que le taux de disponibilité globale des équipements est seulement de 16%, cette situation oblige très souvent les malades porteurs de certaines pathologies à s'orienter vers un nombre réduit de structures. En effet, dans la plupart des hôpitaux, il manque des équipements d'imagerie (radio, échographie, scanner...). A cela, s'ajoute le manque de centres régionaux de transfusion sanguine, de services de maintenance efficace à tous les niveaux et d'une insuffisance d'équipements des blocs opératoires. La notion de soins de proximité dans un contexte généralisé de pauvreté n'est donc pas assurée. Il en résulte des dépenses extra médicales pour les usagers. Les hôpitaux guinéens sont globalement sous équipés, ce qui limite considérablement leur capacité technique de prise en charge et induit une forte demande d'évacuations sanitaires.***

*En outre, avec la survenue de la maladie à virus Ebola, la disponibilité en kits d'équipements essentiels de prise en charge d'Ebola dans les établissements de soins est estimée 57,2%. Il n'y a pas encore de disponibilité de kits de prise en charge au niveau communautaire. **On note une quasi absence d'eau potable (9%), de l'électricité (3%) de latrines fonctionnelles dans les formations sanitaires. Elles manquent également de services de restauration et d'un système de gestions des déchets biomédicaux. (...)***

Sur le plan des effectifs, selon la base de données de 2014 issues du recensement biométrique des RHS des secteurs public et privé, **l'effectif s'élève à 11.527 agents de santé**, répartis tels que :

- Les ATS (niveau secondaire) représentaient 37% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 4 ATS pour 10.000 habitants en 2014
- Les IDE représentaient 13% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 1,4 infirmier pour 10.000 habitants en 2014
- Les SFE représentaient 4% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité d 0,5 sages-femmes pour 10.000 habitants en 2014
- Les techniciens de laboratoire représentaient 1,5% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 0,16 techniciens de laboratoire pour 10.000 habitants en 2014
- Les médecins (spécialistes et généralistes) représentaient 16% du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,8 médecin pour 10.000 habitants
- Les médecins (généralistes uniquement) représentaient 12 % de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 1,3 médecin généraliste pour 10.000 habitants en 2014
- Les infirmiers, sages-femmes et médecins (généralistes) représentent donc 30% de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 3,2 soignants pour 10.000 habitants en 2014

Selon les résultats du recensement biométrique de 2014 la Guinée disposait avant l'épidémie Ebola de **1417 médecins (généralistes), 1505 infirmiers d'Etat, 500 sages-femmes et 4284 agents techniques de santé (ATS)** (Recensement national des personnels de santé, 2014), soit 0,725 agents de santé pour 1000 habitants (7,25 pour 10,000 habitants).

**Sur les 11527 personnels de santé, la majorité exercent à Conakry (6361), 1030 dans la région de Kindia et seulement 522 dans la région de Mamou.**

**L'analyse de la situation des RHS fait ressortir des problèmes majeurs de développement des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En matière de planification des RHS, les principaux problèmes qui se dégagent sont : l'absence de vision et instruments stratégiques de planification, la faible opérationnalité de la structure en charge des RHS, l'absence de cadre de concertation et de coordination des acteurs, l'environnement général du pays durablement marqué par une situation économique, politique et sociale turbulente.**

**Sur le plan de la production des RHS, l'on note : faible capacité institutionnelle des établissements de formation et des institutions en charge du management de la formation, l'absence de politique et de plan national de formation au MS et au ministères en charge de la formation initiale des personnels de santé, l'absence de cadre de concertation entre les acteurs impliqués dans la production et le développement des RHS, la**



**faible qualité de l'enseignement, la non adaptation des filières de formation aux besoins du système de santé et la production insuffisante de catégories de personnels manquants au système de santé et la surproduction de celles en excès ou moins pertinentes, absence de stratégie et mécanismes de mobilisation des financement privés et faible financement public au bénéfice des structures privées et publiques de formation, gestion discriminatoire de l'accès aux bourses de formation.**

**En matière de gestion des RHS, on enregistre les problèmes ci-après : faible capacité institutionnelle de gestion des RHS, absence de plan de carrière, l'absence de mesures incitatives et de motivation, recrutement aléatoire et souvent impertinent, distribution inéquitable du personnel, absence de système d'information de gestion des RHS, absence de dispositif de gestion basée sur la performance, faiblesse des rémunérations des RHS, intégration hasardeuse des nouveaux fonctionnaires dans les services, mauvaise gestion des dossiers administratifs du personnel, gestion discriminatoire des mouvements du personnel et de la promotion administrative. (...)**

*Le sous-secteur pharmaceutique public : Le sous-secteur pharmaceutique public est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des Pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base. La Pharmacie Centrale de Guinée est un Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial (EPIC) créé en 1992. Elle a pour mission l'approvisionnement et la distribution des produits et consommables médicaux. Placée sous tutelle du Ministère de la santé, elle jouit d'une autonomie de gestion. Elle comprend un dépôt central et six dépôts régionaux (Conakry, Boké, Labé, Kankan, Faranah et N'Nzérékoré).*

*Une convention est établie entre l'Etat et la PCG pour en faire l'outil privilégié d'approvisionnement des formations sanitaires publiques, parapubliques et communautaires, mais cette convention n'est pas appliquée.*

**En dépit de ces dispositifs décrits ci-haut, la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux se pose avec acuité dans les structures sanitaires publiques. Par ailleurs, l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola ayant entraîné la baisse de l'utilisation des services par les usagers et la baisse du recouvrement des coûts, les structures sanitaires n'arrivent plus à assurer un approvisionnement suffisant en produits de santé, ce qui est un facteur d'aggravation des problèmes de disponibilité cités plus haut. On constate de plus des insuffisances dans l'approvisionnement en matériel de protection individuelle dans le contexte de l'épidémie, en particulier dans les formations sanitaires périphériques, ce qui augmente les risques d'infection du personnel qui paie un lourd tribut à la maladie (80 cas d'infection par le virus Ebola dont 43 décès à la date du 15 octobre 2014).**

*Le sous-secteur privé pharmaceutique : Il est constitué par une (1) Unité de production de ME génériques, deux (02) Unités de production de médicaments à base de plantes médicinales, cinquante (50) sociétés grossistes répartiteurs, toutes basées à Conakry, 408 officines agréées dont 348 dans la capitale, 40 points de vente privés, 34 agences de promotion enregistrées.*

**Le sous-secteur informel : A côté de ces structures officielles d'approvisionnement, il existe malheureusement une contrebande qui alimente le marché illégal de produits pharmaceutiques et qui de nos jours gagne des proportions inquiétantes. Les sources**

d'approvisionnement de ce marché illicite sont très diverses : l'importation clandestine, le détournement des commandes des structures de soins publiques, des échantillons médicaux «gratuits» et des dons de médicaments. **La probabilité de rencontrer des médicaments de mauvaise qualité est très élevée à cause du développement exponentiel du marché ill-cite. La faible capacité de la PCG à assurer l'approvisionnement correct des structures de santé en produits essentiels de qualité et l'absence de contrôle de qualité favorisent la contrebande. Il convient de signaler également la mauvaise répartition des structures pharmaceutiques privées (une officine pour 10 000 habitants à Conakry contre une offi-cine pour plus de 100 000 habitants à l'intérieur du pays).**

**Le dysfonctionnement de l'offre pharmaceutique et du contrôle de qualité, la faible sol-  
vabilité de la demande (pauvreté, absence de mécanismes de solidarité), le prix élevé  
des produits et le taux insuffisant (27%) d'exonération des droits de douanes et taxes à  
l'importation des dispositifs médicaux réduisent considérablement l'accessibilité aux  
médicaments de qualité. (...)**

Le financement de la santé est mal connu ; on ne sait pas exactement ce que l'on dépense dans le secteur, bien qu'il soit approché par le premier exercice des comptes nationaux de la santé (CNS 2010).

En Guinée, les CNS 2010 indiquent que **les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 62,2% des dépenses, suivi du Reste du monde, avec 26,9% des dépenses de santé dont 17,9% proviennent des fonds des coopérations multilatérales et 6,3% des fonds des ONG, fondations et firmes internationales, est la troisième source de financement de la santé avec 8,8% des dé-penses de santé, dont 8,6% proviennent du Ministère de l'Economie et des Finances et 0,2% des administrations déconcentrées.**

**Le budget du Ministère de la santé par rapport au Budget national a continuellement baissé de 2010 à 2013 avant d'amorcer une hausse en 2014 et 2015 sans atteindre même 5% : 3,5% en 2010, 2,54% en 2011, 1,98% en 2012, 1,75% en 2013, 2,16% en 2014 et 3,76% en 2015. Selon les sources du MEF, en 2009, le budget du Ministère de la Santé était de 111,726 milliards de FG dans la loi de finances (LF), les crédits alloués se montaient à 87,593 soit 78% des prévisions et 81,672 d'exécutés soit un taux de 93%. Pour les deux années suivantes, on observe une tendance à la hausse du budget avec une particularité qui mérite d'être soulignée : les crédits alloués sont supérieurs à ceux qui sont prévus dans la Loi de Finances : 112,815 milliards et 221,037 contre respectivement 136,307 et 231,748. Les crédits exécutés en 2010 et 2011 sont supérieurs à ceux de 2009 en valeurs absolues ; toutefois, les taux d'exécution chutent considérablement entre 2010 et 2011, passant respectivement de 90% à 67%.**

Les collectivités locales n'ont pas un niveau de participation significatif au financement de la santé. Elles ont une part de financement relativement faible qui généralement se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel, même si on relève un engagement bénéfique pour le secteur en termes d'investissements (construction de centres de santé, postes de santé et points d'eau), soit à partir de leurs ressources propres soit en exploitant la filière de la coopération décentralisée et les associations des ressortissants.

**Les ménages constituent la principale et la plus constante source de financement de la santé en Guinée avec 62,20% de la dépense totale de santé en 2010 sous forme de paiements directs. Les populations prennent en charge, à travers le système de recouvrement de coûts, une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins notamment le rachat des produits pharmaceutiques, la motivation du personnel, le fonctionnement de la chaîne de froid, les dépenses d'entretien et de maintenance et les outils de gestion. A cela s'ajoutent les dépenses, inconnues mais importantes, des ménages dans les structures privées de soins, les examens complémentaires et l'achat de médicaments. (...)**

**La mise en commun dans le financement de la santé est assez faible au regard des avancées timides de la mutualité et de l'effectif réduit couvert par la Caisse nationale de sécurité sociale et l'assurance privée. L'appui de la BM au développement des mutuelles n'a pas été couronné de succès comme au Ghana par exemple. La coexistence Gratuité des SO - MURIGA n'a pas été bénéfique pour ces dernières et au final, la couverture sociale en Guinée est très faible et quasi résiduelle. L'assurance maladie obligatoire se résume à la caisse nationale de sécurité sociale qui ne concerne que les agents du secteur privé et parmi eux, ceux déclarés, et immatriculés. Par conséquent, le risque maladie n'est couvert que pour une infime partie de la population, représentant moins de 10% de celle-ci.**

**La Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) est chargée de la gestion des régimes des pensions (vieillesse, invalidité et survivants), des prestations familiales, de l'assurance maladie et des risques professionnels en faveur des travailleurs régis par le code du travail. Le taux global de cotisation est de 23% et finance les quatre branches dans les proportions suivantes : l'assurance maladie : 6,5%, les prestations familiales : 6%, les préventions et risques professionnels : 4%, et l'assurance vieillesse, décès et invalidité : 6,5%.**

**L'assurance privée constitue également une modalité de protection contre le risque financier lié à la maladie. Sur le marché guinéen, trois compagnies offrent un produit de santé ; il s'agit de la NSIA Assurances, de l'UGAR et de la SOGAM. Elles ciblent tout le monde même si en réalité elles enrôlent plus les acteurs du secteur privé et des agences de coopération bi et multilatérale. (...)**

**Dans la couverture des groupes vulnérables, l'Etat a le souci de la prise en charge des soins médicaux de toute la population guinéenne conformément aux dispositions de l'article 15 de la constitution. Le recouvrement des coûts induits par la nécessité de générer des ressources pour compléter celles mises en place par l'Etat en vue de garantir le fonctionnement des structures sanitaires et offrir des prestations de qualité, s'est traduit par l'application d'une tarification qui a rendu inaccessibles les prestations pour une partie relativement importante de la population.**

**Conscient de cette situation, l'Etat a développé des alternatives en faveur des couches les plus vulnérables. Pour favoriser l'accès des indigents aux soins de santé, une ligne budgétaire en sa faveur a été mise en place par le gouvernement. Malgré cette mesure, l'accès aux soins est restée difficile voire impossible pour un bon nombre de potentiels usagers. La question de l'indigence reste difficile à solutionner dans un environnement de pauvreté quasi généralisée. Des mesures volontaristes de promotion de l'accessibilité et de lutte contre l'exclusion ont été prises par l'Etat. Les PTF sont disposés à accompagner les**

mesures de gratuité ou de promotion de l'accessibilité y compris la mesure en perspective : la gratuité de la consultation pour les enfants de moins de cinq ans. Il s'agira d'aider le gouvernement à déterminer les coûts afférents à ces mesures, à mettre en place les mesures d'accompagnement destinées à leur financement et à éviter qu'elles n'affectent l'équité. (...)

**Principales insuffisances constatées dans l'analyse du système de santé**

- **Faible capacité opérationnelle de nombreuses structures centrales**
- **Faible cohérence de l'espace sanitaire régional ;**
- **Gestion fortement centralisée des ressources humaines et de la gestion de l'information sanitaire ;**
- **Faible capacité des DRS conformément aux fonctions qui leurs sont assignées ;**
- **Insuffisance dans le processus de planification, de suivi et d'évaluation à tous les niveaux du système de santé ;**
- **Insuffisance du cadre législatif et réglementaire, de la participation citoyenne, de la collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation, de la lutte contre la corruption, du cadre de dialogue politique, de la responsabilité et de la redevabilité ;**
- **Absence d'encadrement du prix des médicaments ;**
- **Faible culture de transparence ;**
- **Faible participation/implication effective des communautés à la base ;**
- **Manque de régulation et de contrôle des structures de prestations de soins du secteur privé, des institutions de formation et des pharmacies ;**
- **Organigramme et carte sanitaire non adaptés aux défis actuels du système de santé**
- **Capacités institutionnelles et de leaderships insuffisants ;**
- **Absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation du secteur de la santé;**
- **Faibles capacités institutionnelles ;**
- **Partenariat public-privé presque inexistant ;**
- **Insuffisance de la coordination, du suivi-évaluation et du contrôle du secteur ;**
- **Absence de mécanismes de motivation ;**
- **Faiblesse de la gestion des crises sanitaires et de l'échange d'information particulièrement en situation de crise. (...)**

Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire.

**Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à : l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé de qualité et technologies médicales, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche.** » Quelle: République de Guinée, Ministère de la santé, Plan national de développement sanitaire (PNSD) 2015-2024, März 2015, S. 24-47: [www.nationalplanning-cycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Guinea/plan\\_national\\_developpement\\_sanitaire\\_2015-2024\\_guinee\\_fin.pdf](http://www.nationalplanning-cycles.org/sites/default/files/country_docs/Guinea/plan_national_developpement_sanitaire_2015-2024_guinee_fin.pdf).

République de Guinée, ohne Datum (Zugriff am 25. September 2018):

**« En 2012, au total 236 structures de santé (centres de santé, hôpitaux) offrent au moins la prise en charge IO/ARV (47 sites PEC), CDV (100 sites) et ou PTME (89 sites) sur 456 disponibles, soit 52% de couverture nationale (Cf. tableau 11). Le milieu rural reste le moins pourvu en termes de d'offres de services VIH soit 10% contre 90% en milieu urbain. Cette répartition des sites contraste avec la répartition de la population guinéenne avec près de 70% en milieu rural. La répartition des sites reste aussi inégale selon le type de prestation VIH, soit 96% de sites PEC, 86% de sites CDV et 91% de sites PTME en milieu urbain. En ce qui concerne la répartition par région administrative, la ville de Conakry, qui ne représente que 15% de la population totale, regorge 33% des services VIH disponibles. La proportion qu'occupe Conakry dans le total des offres de service varie selon le type, plus de 4 sites PEC sur 10 (43%), 1 sites CDV sur 3 (33%) et plus de 1site de PTME sur 4 (28%). (...) »**

**La gratuité du traitement des ARV et des médicaments anti IO a permis de mettre sous traitement 26 666 (soit 58,8% de couverture nationale) et de prendre en charge 45 463 cas d'Infections opportunistes chez les PVVIH jusqu'en 2012. En outre, 1059 cas de co-infections TB/VIH ont été pris en charge. Les ONG nationales et internationales ont participé à ces résultats et se sont constituées en réseaux. Elles ont également contribué de manière considérable à la PEC nutritionnelle des PVVIH. En dépit de ces résultats encourageants, on relève des insuffisances dont entre autres : une faible couverture en appareil CD4 et charge virale, l'absence d'un plan de maintenance des équipements biomédicaux et une faible couverture nationale en structures de prise en charge des IO (Infections Opportunistes). (...) »**

*La Guinée a renforcé la protection et le soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH et autres groupes spécifiques en réalisant un certain nombre d'actions dont entre autres : l'élaboration d'un guide avec un manuel de formation pour la prise en charge psychosociale, la diffusion de l'Ordonnance n° 056/2009/PRG/SGG du 29/10/2009 portant amendement de la Loi L/2005/025/AN du 22 novembre 2005 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en République de Guinée à travers les radios rurales et communautaires et l'enclenchement de la mise en place de l'Observatoire des Droits des PVVIH. Ces actions ont été rendues possibles grâce à l'implication, d'une part des ONG/Associations dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, et d'autre part des PVVIH à travers la création de 26 associations de PVVIH.*

**Celles-ci sont regroupées en réseaux. Cependant, l'atteinte des résultats a rencontré des difficultés au nombre desquelles il y a l'insuffisance de structures de prise en charge psychologique, le manque de psychologue clinicien, l'insuffisance d'assistants sociaux dans les structures de soins, l'absence de dispositif juridique et réglementaire en faveur des PS et HSH, le manque de structures d'accompagnement psycho - moral des PVVIH.»**

Quelle: République de Guinée, Cadre Stratégique National de Lutte les IST/VIH/Sida 2013-2017, ohne Datum (Zugriff am 25. September 2018), S. 22-29: [www.invest.gov.gn/document/vih-plan-strategique-2013-2017](http://www.invest.gov.gn/document/vih-plan-strategique-2013-2017).

Touré, A. et al., 13. April 2018:

*«Conakry, la capitale de la Guinée, compte 1 667 864 d'habitants pour une superficie de 450 km<sup>2</sup>. Vingt-deux sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH y sont fonctionnels dont le centre de traitement ambulatoire (CTA) de l'Association des femmes de Guinée pour la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le sida (ASFEGMASSI) qui a servi de cadre à cette étude. Créé en 1988 dès la découverte du premier cas de VIH, il est situé dans la commune de Kaloum qui compte un autre site de prise en charge du VIH. ASFEGMASSI est une association affiliée à l'Organisation panafricaine des femmes dans la lutte contre le sida (SWAA). Elle contribue à la réduction de la propagation des IST/VIH dans le pays à travers l'éducation populaire, la formation du personnel et la protection sociale des femmes et des personnes vivant avec le VIH. Grâce au soutien du Programme national de lutte et de prévention des IST/sida, du Comité national de lutte contre le sida et du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, l'ASFEGMASSI prend en charge près de 1000 personnes vivant avec le VIH.»* Quelle: Touré, A. et al., Facteurs associés aux perdus de vue des patients sous traitement antirétroviral dans un centre de traitement ambulatoire du VIH à Conakry, Guinée, 13. April 2018, S. 2: [https://www.researchgate.net/profile/Sidikiba\\_Sidibe2/publication/325383454\\_Facteurs\\_associes\\_aux\\_perdus\\_de\\_vue\\_des\\_patients\\_sous\\_traitement\\_antiretroviral\\_dans\\_un\\_centre\\_de\\_traitement\\_ambulatoire\\_du\\_VIH\\_a\\_Conakry\\_Guinee/links/5b1a39c20f7e9b68b428e21a/Facteurs-associes-aux-perdus-de-vue-des-patients-sous-traitement-antiretroviral-dans-un-centre-de-traitement-ambulatoire-du-VIH-a-Conakry-Guinee.pdf?origin=publication\\_list](https://www.researchgate.net/profile/Sidikiba_Sidibe2/publication/325383454_Facteurs_associes_aux_perdus_de_vue_des_patients_sous_traitement_antiretroviral_dans_un_centre_de_traitement_ambulatoire_du_VIH_a_Conakry_Guinee/links/5b1a39c20f7e9b68b428e21a/Facteurs-associes-aux-perdus-de-vue-des-patients-sous-traitement-antiretroviral-dans-un-centre-de-traitement-ambulatoire-du-VIH-a-Conakry-Guinee.pdf?origin=publication_list).

WHO, Mai 2015:

**«To address the expectations of health service users, much remains to be done to improve the quality of care. On average, 53.7% of health-service users are dissatisfied with the care they receive. The main reasons given are the high cost of services (overpricing), the poor quality of the treatment, long waiting times and shortages of medicines.**

**The major challenge of the WHO Country Cooperation Strategy is to expand health coverage to the entire population by strengthening the delivery of health services and developing community health, against the backdrop of relaunching a health system badly affected in socioeconomic and health terms by the Ebola virus disease epidemic. Accordingly, WHO should help Guinea to strengthen its national health system, improve the prevention and management of diseases and emergencies, and promote the health of mothers, children, adolescents and the elderly. It will need to support implementation of the plan to relaunch the Guinean health system in the post Ebola period, and support implementation of the new National Health Development Plan, specifically by improving health sector governance; ensuring the availability of high-quality, motivated human resources; strengthening infrastructure and equipment; establishing suitable and equitable funding mechanisms; ensuring the availability of high quality medicines, other health products and medical technologies; and boosting the effectiveness of the health information and research system.»** Quelle: World Health Organisation (WHO), Guinea: country cooperation strategy at a glance, Mai 2015: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246211/ccsbrief\\_gin\\_en.pdf;jsessionid=810A9164B7352A8C1126E587A5116F87?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246211/ccsbrief_gin_en.pdf;jsessionid=810A9164B7352A8C1126E587A5116F87?sequence=1).

Die Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH setzt sich dafür ein, dass die Schweiz das in der Genfer Flüchtlingskonvention festgehaltene Recht auf Schutz vor Verfolgung einhält. Die SFH ist der parteipolitisch und konfessionell unabhängige nationale Dachverband der Flüchtlingshilfe-Organisationen. Ihre Arbeit finanziert sie durch Mandate des Bundes sowie über freiwillige Unterstützungen durch Privatpersonen, Stiftungen, Kantone und Gemeinden.

SFH-Publikationen zu Guinea und anderen Herkunftsländern von Asylsuchenden finden Sie unter [www.fluechtlingshilfe.ch/herkunftslander](http://www.fluechtlingshilfe.ch/herkunftslander).

Der SFH-Newsletter informiert Sie über aktuelle Publikationen. Anmeldung unter [www.fluechtlingshilfe.ch/newsletter](http://www.fluechtlingshilfe.ch/newsletter).