



PRIMATURE

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail-Justice-Solidarité



COMITE NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA

RAPPORT UNGASS 2012

GUINEE



JMS 1^{er} Décembre 2012
à Dubreka-Guinée

MARS 2012

RAPPORT UNGASS 2012

MARS 2012

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce Cinquième rapport de suivi de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida (UNGASS) est le résultat de la collaboration d'institutions diverses et des Contributions d'un grand nombre de personnes ressources à différents niveaux.

Je voudrais leur exprimer ma profonde gratitude pour ce travail. Ce rapport permettra au Gouvernement et plus particulièrement aux responsables des programmes et projets et acteurs impliqués dans la lutte contre le sida, de mesurer les progrès réalisés ces deux dernières années et les défis à relever.

A tous les acteurs, tant nationaux qu'internationaux qui y ont contribué, par leurs Réflexions, leurs conseils, leurs observations et leurs suggestions de qualité, le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte Contre le SIDA adresse ses sincères remerciements.

À cet effet nous saisissons cette opportunité pour adresser notre reconnaissance et notre profonde gratitude à l'ONUSIDA pour son assistance technique et financière de qualité au cours des différentes opérations de ce processus au Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte Contre le SIDA

Enfin, nous saluons les efforts faits par nos partenaires et acteurs au développement pour atteindre les objectifs audacieux qui ont été fixés en juin 2011 et pour que la réalisation de Zéro nouvelle infection au VIH – Zéro discrimination – Zéro décès dû au sida devienne une réalité en république de Guinée.

Dr Thierno Souleymane DIALLO
Chef DPSSE, Point focal UNGASS

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	5
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET CARTES.....	8
INTRODUCTION.....	10
CONTEXTE SOCIO-ECOMOMIQUE	12
I - APERÇU DE LA SITUATION.....	18
1.1 - Degré de participation des parties prenantes au processus d'élaboration du rapport UNGASS	18
1.2 - Situation actuelle de l'épidémie.....	18
1.3 - Riposte au plan politique et programmatique	24
1.4 - Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS 2012	26
II - APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA	36
2.1 Système d'information de la riposte en Guinée	36
Le système d'information de la riposte au sida repose sur la surveillance épidémiologique et la collecte de routine	36
2.2 Surveillance épidémiologique du sida	36
2.3. Système de collecte de routine	36
2.4- Situation de l'épidémie dans la population générale	37
<i>Objectifs 2: D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle</i>	37
<i>Objectifs 2: D'ici à 2015, réduire le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables</i>	42
Les indicateurs (2.1 à 2.5) liés à cet objectifs ont été jugés non pertinent par le pays.....	42
III - RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA	43
3.1 Principales réalisations.....	43
3.2 Engagement national	48
Objectifs 7: Aide indispensable et synergie avec les secteurs du développement.....	55
IV – MEILLEURES PRATIQUES.....	60
V - PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	61
VI - SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	63
VII - SUIVI ET EVALUATION	64
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	66

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ARV	: Anti-Rétroviraux
BM	: Banque Mondiale
BND	: Budget National de Développement
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCM	: Country Coordinating Mechanism (Mécanisme National de Coordination de la Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme)
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaires
CECOJE	: Centre d'Ecoute et de Conseil d'Orientation des Jeunes et Adolescents
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CRIS	: Country Response Information System (Système d'information sur les réponses nationales)
CSN	: Cadre Stratégique National
DREAM	: Drug Resource Enhancement Against AIDS and Malnutrition
EIBC	: Enquête Intégrale Budget-Consommation
ESCOMB	: Enquête de Surveillance Comportementale et Biologique
EDSG	: Enquête Démographique et de Santé de Guinée
FELICA	: Fondation Elizabeth Cathy
FM	: Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose
GTZ	: Coopération Allemande
HU	: hommes en uniformes
IDH	: Indicateur de Développement Humain
IEC	: Information, Education et Communication
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MASPFE	: Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance
MENRS	: Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique
MICS	:
MSF	: Médecin Sans Frontières

MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
NASA	: National AIDS Spending Assessment (Ressources et dépenses de lutte contre le SIDA)
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OIM	: Organisation Internationale pour la Migration
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le Sida
OUA	: Organisation de l'Unité Africaine
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PEC	: Prise En Charge
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNB	: Produit National Brut
PNLAT	: Programme National de Lutte Anti Tuberculose
PNPCSP	: Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/ Sida
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnelles du Sexe
PSI	: Population Services International
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RPR	: Rapid Plasma Reagin
RT	: Routiers
SA	: Service adapté
SE/SNLS	: Secrétariat Exécutif du CNLS
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SNIGS	: Système National d'Information et Gestion Sanitaires
TAR	: Traitement Anti-Rétroviral
TB	: Tuberculose
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population

UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session on AIDS (Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida)
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Agency International Development
USRE	: Unité Suivi Recherche Evaluation du SE/CNLS
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

--	--	--

N°	FIGURES	Pages

N°	CARTES	Pages

--	--	--

INTRODUCTION

En juin 2011, en marge de la 65^{ème} session de l'Assemblée générale des Nations qui a mesuré les progrès réalisés dans la riposte au sida depuis la Déclaration d'engagement de 2001 (UNGASS) et la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida, les États membres ont adopté la Résolution 65/277, Déclaration politique sur le VIH/sida intitulée: *"Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida"*. Cette déclaration de politique est historique, parce qu'elle préserve et renouvelle les engagements précédents, et fixe des objectifs clairs et assortis de délais, visant à mettre un terme au VIH mais aussi à améliorer la santé des individus au sein des communautés pour 2015.

Pour rendre compte de la situation de ces trois engagements, depuis 2004, les pays signataires soumettent des rapports biannuels à l'ONUSIDA à travers leur instance de coordination nationale de lutte contre le sida. Par conséquent, l'ONUSIDA a été déléguée par le Secrétaire Général des Nations Unies de regrouper les rapports des différents pays (permettant d'apprécier les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement, et d'évaluer l'efficacité de la riposte nationale) et de les compiler dans un Rapport Global tous les deux ans. Pour mieux jouer son rôle dans ce sens, l'ONUSIDA dans son document de stratégie pour la période 2011-2015 souligne l'importance pour les pays d'améliorer la génération, l'analyse et l'utilisation de l'information stratégique pour que les réponses nationales soient de plus en plus basées sur des évidences et des preuves scientifiques irréfutables.

Pour cet exercice spécifique, une série d'indicateurs avec des définitions claires ainsi que des mécanismes de collecte harmonisés ont été élaborés à l'intention de tous les pays impliqués dans le processus UNGASS.

A l'instar des autres pays, la République de Guinée s'est engagée à produire un rapport national biennal de suivi qui montre le niveau atteint dans sa riposte suivant les directions de l'atelier régional d'orientation organisé à Dakar du 15 au 17 février 2012 dans ce cadre.

Le présent rapport donne une photographie des réalisations à travers des indicateurs précis et une démarche bien définie pendant la période de 2010 et 2011. Tenant compte des objectifs de la nouvelle déclaration 2011, nous avons regroupés les 30 indicateurs en trois catégories: (1) les indicateurs des actions de prévention dans la population générale et les populations spécifiques ; (2) les indicateurs des actions de soins et de traitement; et (3) les indicateurs des engagements nationaux (dépenses, politiques, genre etc.).

Ce rapport de situation servira d'Outil de sensibilisation, de Plaidoyer, d'information, d'orientations sur les décisions programmatiques et les efforts de mobilisation des ressources. Le processus d'élaboration de ce rapport est tenu par une équipe restreinte multisectorielle du système de Suivi et évaluation, il servira aussi de catalyseur pour le renforcement du système en invitant les partenaires et les acteurs

autour d'un ensemble d'indicateurs de base, en aidant à mobiliser les efforts quant à la collecte des données et à identifier les faiblesses et les lacunes.

Ce rapport abordera successivement les chapitre suivant : Aperçu de la situation ; Aperçu de l'épidémie ; Riposte nationale à l'épidémie de sida ; Meilleures pratiques, Principaux obstacles et mesures correctrices ; Suivi et évaluation.

CONTEXTE SOCIO-ECOMOMIQUE

TABLEAU I : Récapitulatif des indicateurs sociodémographiques de la République de Guinée

N°	Indicateurs	Valeur	Sources	Années
1	Population générale	10 200 000	Rapport Mondial sur Développement Humain	2011
2	Taux d'accroissement annuel moyen	de 2,7%	Rapport Mondial sur Développement Humain	2011
3	Population de moins de 15 ans	40,31%	Ministère du Plan	2010
4	Taux d'alphabétisme des adultes de 15 ans et plus	39,5%	Rapport Mondial sur Développement Humain	2011
5	PIB par habitant en US\$	1048	Rapport Mondial sur Développement Humain	2011
6	Indicateur de Développement Humain (IDH)	0,344	Rapport Mondial sur Développement Humain	2011
7	Indicateur Sexo-spécifique de Développement Humain (ISDH)	0,425	Rapport Mondial sur Développement Humain	2009
8	Classement sur la base de l'ISDH	143 ^{ème} sur 155 pays	Rapport Mondial sur Développement Humain	2009

La République de Guinée se trouve sur la côte atlantique de l'Afrique de l'Ouest entre les 7° et 12° de latitude nord et les 8° et 15° de longitude ouest. Sa superficie est de 245 857 Km². Elle est limitée à l'Ouest par l'océan Atlantique et la Guinée Bissau, à l'Est par la Côte d'Ivoire, au nord par le Sénégal et le Mali, au sud par la Sierra Leone et le Libéria.

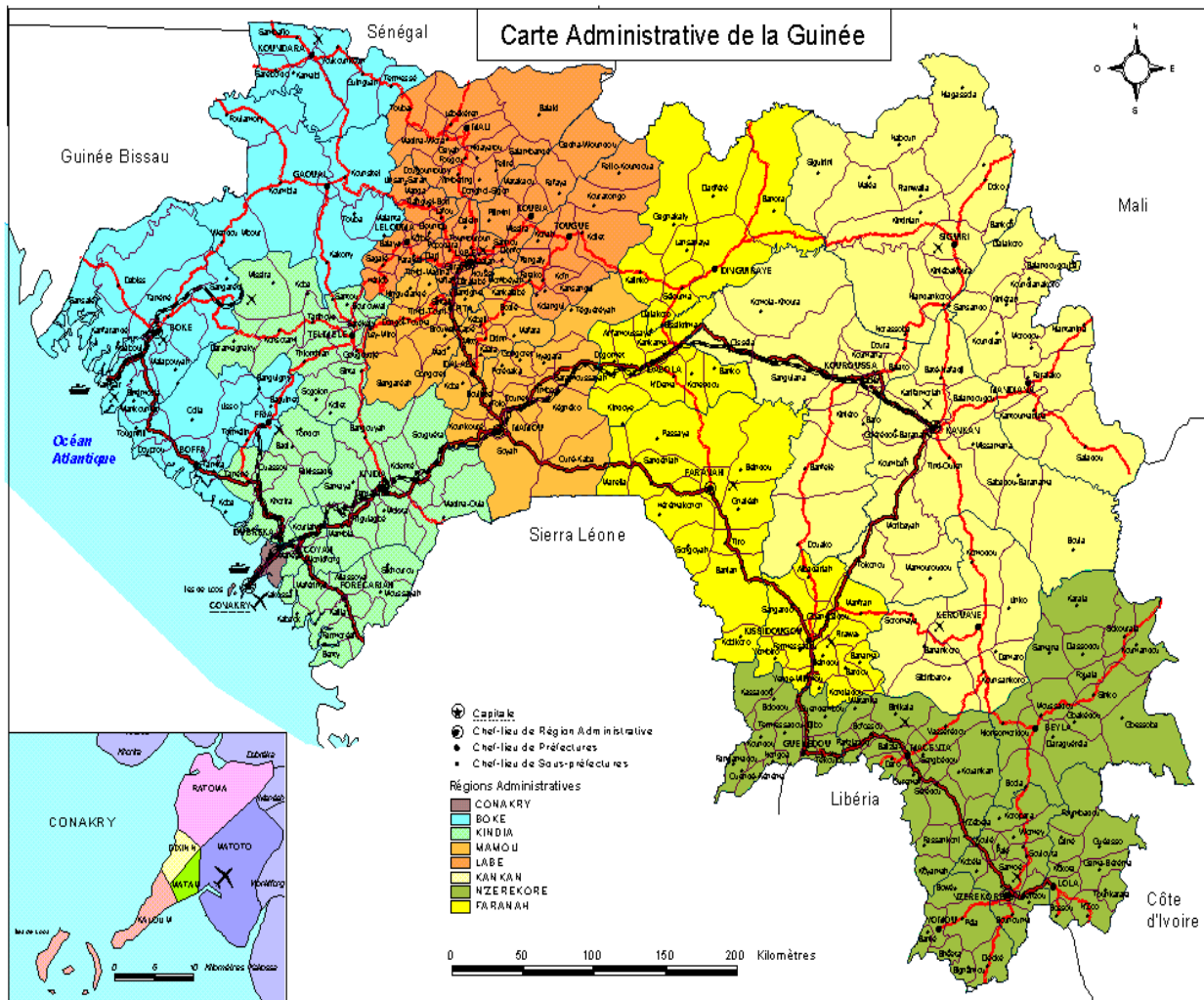
Sur le plan géographique, la Guinée est divisée en quatre régions naturelles bien individualisées sur le double plan physique et humain : (1) la Basse Guinée ou Guinée Maritime ; (2) la Moyenne Guinée ou Foutah Djallon; (3) la Haute Guinée ; (4) la Guinée Forestière

Carte 1 : Les 4 régions naturelles de la République de Guinée



CARTE 1 : Les 4 régions naturelles de la République de Guinée

Sur le plan administratif, la Guinée est composée de 8 régions administratives, y compris la ville de Conakry, la Capitale. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines (CU) dont 5 à Conakry, 303 communautés rurales de développement (CRD) et 1.615 districts ruraux.



CARTE 2: carte administrative de la Guinée

Selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain 2011 (RMDH/PNUD 2011), la Guinée compte une population totale de 10 200 000 habitants. Environ 65% d'entre eux vivent en milieu rural. Les femmes représentent plus de 51% de la population totale. Environ 47% de cette population féminine sont en âge de procréer (EDSGIII+2005).

Quant à la migration, on note un important mouvement de populations entre la Guinée et tous les pays voisins, plus particulièrement le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Sierra Léone et le Libéria.

Sur le plan économique, la Guinée est un pays naturellement riche. L'économie du pays est basée sur d'importantes potentialités agricoles, halieutiques et minières (bauxite, fer, diamant, or etc.). Grand producteur mondial de bauxite, le pays contrôle 40% du commerce mondial. Ces ressources en général devraient constituer des atouts majeurs pour un développement économique et social. Malgré ces atouts, la Guinée demeure toujours parmi les pays à faible développement humain, 178^{ème} sur 186 pays avec un PIB par habitant de 1048 USD (RMDH/PNUD 2011).

L'incidence de la pauvreté est passée de 49,2% en 2002 à 58% en 2010 selon les dernières estimations (DRSP II Intérimaire 2011). Selon les estimations de l'EIBC

(Enquête Intégrale Budget-Consommation, 2006), 53,4% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et celle-ci reste très marquée chez les femmes.

Par ailleurs, on note un recule relatif dans le domaine de l'éducation. Le taux brut de scolarisation au niveau national est passé de 79% en 2007- 2008 à 77% en 2008 - 2009 contre un objectif de 83%. Chez les filles, ce taux est passé de 71% en 2007- 2008 à 70% en 2008 – 2009 (DRSP intérimaire 2011).

Système de santé et autres services sociaux de base

En matière de politique de santé, la Guinée opte pour la stratégie de décentralisation en vue de l'accès universel des populations aux soins de santé de qualité à tous les niveaux de pyramide sanitaire.

Pour y parvenir, les stratégies suivantes ont été retenues dans le plan stratégique de développement sanitaire 2003-2012 : (i) la lutte intégrée contre la maladie et la mortalité, (ii) le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion, (iii) l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services, (iv) le développement des ressources humaines, et (v) la promotion de la santé¹.

La plupart des indicateurs socio sanitaires de la Guinée sont parmi les plus préoccupants de la sous région Ouest africaine

TABLEAU II : Indicateurs sur l'état de santé de la population

Indicateurs	Valeur
Taux de mortalité infantile	98 pour mille NV
Taux de mortalité juvénile	79 pour mille
Enfants complètement vaccinés	42 pour cent
Malnutrition chronique	35 pour cent
Taux de mortalité maternelle	980 pour 100 000
Prévalence de l'infection au VIH	1,5 pour cent
Risque d'infection à la Tuberculose	1,5 pour cent

Organisation du système de soins

Le système de soins est composé de trois niveaux selon le schéma défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Sur le plan administratif, on distingue :

1. Le niveau central qui est chargé de la conception, de la supervision, du contrôle et de l'évaluation de la mise en œuvre des orientations du Gouvernement en matière de santé.
2. Le niveau régional est la structure intermédiaire de l'organisation administrative qui est chargée de la supervision et du contrôle des orientations données par le niveau central, en vue de leur traduction en activités opérationnelles.
3. Le niveau préfectoral est appelé opérationnel et est chargé de la réalisation des activités sur le terrain, sur le plan sanitaire.

¹ MSHP, Plan stratégique de développement sanitaire 2003 - 2012

Infrastructures sanitaires

L'offre de soins publique dans le pays est constituée d'infrastructures qui se répartissent comme suit :

TABLEAU III : Infrastructures sanitaires

Catégorie	Nombre
Poste de santé opérationnel	645
Centre de santé	412
Hôpital préfectoral	26
Centre Médico-Communal	8
Hôpital régional	7
Hôpital national	3

A côté du secteur public, il existe un sous secteur privé associatif et associatif en plein essor. On compte 271 cabinets de soins et de consultations, 22 centres médicaux chirurgicaux, 10 polycliniques, 23 cabinets dentaires et 222 cabinets de sages femmes sur l'ensemble du territoire. Les structures pharmaceutiques et biomédicales privées sont constituées de 47 centrales d'achat, 368 officines, 40 points de vente et 10 laboratoires répartis dans le pays².

Une grande partie de ces infrastructures ne répond pas aux normes définies par le Ministère de la Santé.

² Rapport Point sur épidémie de sida 2010

TABLEAU IV : situation du personnel de santé

Catégories	Effectif	Ratio Population/agent
Médecin spécialiste	72	138 889
Médecin généraliste	1466	6 821
Médecin dentiste	33	303 030
Pharmacien	211	47 393
Biologiste	103	97 087
Sage femme	304	32 895
Infirmier diplômé d'Etat	1023	9 775
Infirmier breveté (ATS)	3824	2 615
Total	7016	1 425

Le personnel est inégalement reparti entre la capitale et les préfectures de l'intérieur du pays.

Dans les domaines pharmaceutique et médical, on remarque le développement rapide et incontrôlé du secteur informel illicite entraînant un risque réel et élevé pour la santé de la population.

Il faut noter que la part du budget de l'Etat alloué au fonctionnement du MSHP est en baisse depuis 1997. De plus, le taux de décaissement est faible rendant ainsi aléatoire le fonctionnement adéquat des structures de santé.

I - APERÇU DE LA SITUATION

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

L'élaboration de ce 5^{ème} rapport UNGASS 2012 a été réalisée en collaboration avec les différentes parties prenantes dans la riposte au sida que sont le secteur public (secteur santé et secteur non santé), les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux) et les ONG internationales, sous la coordination du Secrétariat exécutif du comité national de lutte contre le sida (SE/CNLS), de l'appui technique et financier de l'ONUSIDA.

Suite à l'atelier régional d'orientation tenu à Dakar du 15 au 17 Mars 2012, la phase préparatoire du processus a commencé par une réunion de concertation entre l'ONUSIDA et le SE/CNLS. Cette réunion a permis de planifier le processus d'élaboration du rapport.

A cet effet, une équipe technique nationale multisectorielle de treize (13) membres a été mis en place par décision N°003/SE/CNLS/2012 du Secrétaire Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida. Cette équipe a été renforcée par un consultant national recruté.

L'équipe a eu pour responsabilité de:

- ✓ définir les termes de référence (TDR) et l'agenda de la rédaction conformément aux "Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base pour l'établissement des rapports UNGASS 2012" publié par l'ONUSIDA;
- ✓ définir les TDR des services de consultance requis pour la collecte des données, le calcul des indicateurs et la rédaction du rapport ;
- ✓ appuyer l'organisation des ateliers d'orientation et de validation nationale du rapport UNGASS 2012.

Le Groupe national de suivi et évaluation à travers la Commission technique de travail en Suivi et évaluation VIH a été mise à contribution pour la validation du rapport final.

L'atelier d'orientation du processus de rédaction du rapport UNGASS 2012 a été organisé au SE/CNLS le 24 Mars 2012. Cet atelier a connu la participation de l'ensemble des acteurs de la riposte au sida.

L'équipe technique a été répartie selon quatre groupe de travail à savoir : (i) Collecte des données (données REDES 2011 ; INCP ; données programmatiques/enquêtes) ii) Rédaction du rapport (iii) organisation des réunions et (iv) transmission du rapport.

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

1.2 - Situation actuelle de l'épidémie

La séroprévalence nationale est de 1,5% au sein de la population générale (EDSGIII+ 2005) avec des variations par selon le sexe (Femmes : 1,9% et Hommes :

0,9%, jeune de 15 à 24 ans : 0,9%), le milieu de résidence (Urbain : 2,4% et Rural : 1%).

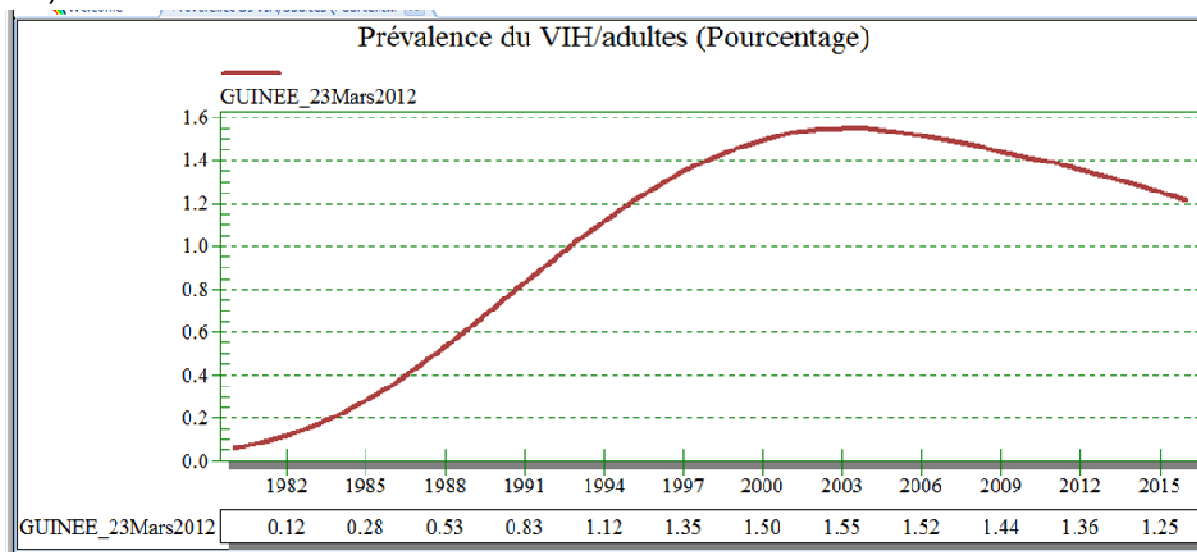


FIGURE 1: Tendance de la prévalence de 1980 à 2016 (courbe)

La séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes reçue en CPN est passée de 2,8% en 2004 à 2,5% en 2008 (ENSS 2004 et ENSS 2008).

Au niveau des populations à plus de risques (Professionnel(l)es de sexe (PS), Routiers, Pêcheurs, Miniers, Hommes en uniforme) certaines enquêtes ont montré une tendance à la baisse de la prévalence, ainsi que l'adoption de comportement à moindre risques. Cependant, il est à noter que la Guinée regorge toujours des poches d'épidémies concentrées eu égard à la proportion élevée de PS infectées par le VIH, soit plus de 34% rapportés par ESCOMB 2007. La figure ci-dessous montre l'évolution des tendances de prévalence du VIH chez les PS et les routiers de 2001 à 2009.

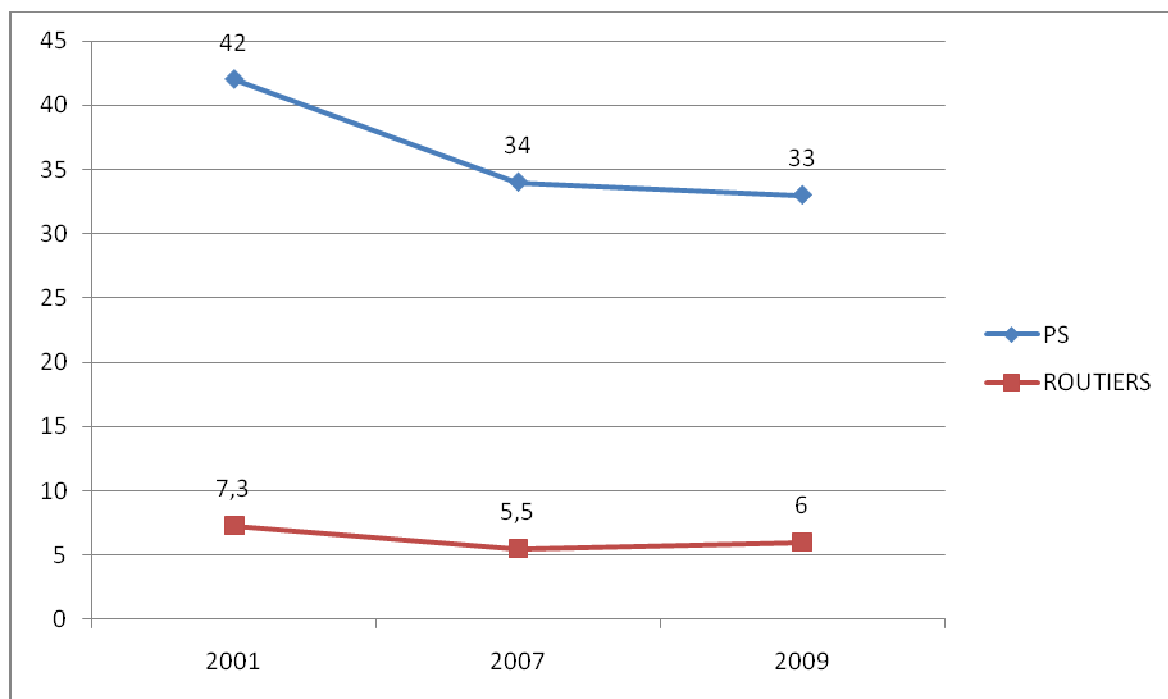


FIGURE 2: évolution prévalence chez les PS et routier de 2001, 2004 et 2008

Les projections et estimations du Spectrum basée sur la prévalence (1,5% EDSIII 2005) du VIH au sein de la population générale et celles des femmes enceintes (2,8% ENSS 2004 et 2,5% ENSS 2008) montre les tendances évolutives du nombre de personnes infectées par le VIH au sein de la population Guinéenne.

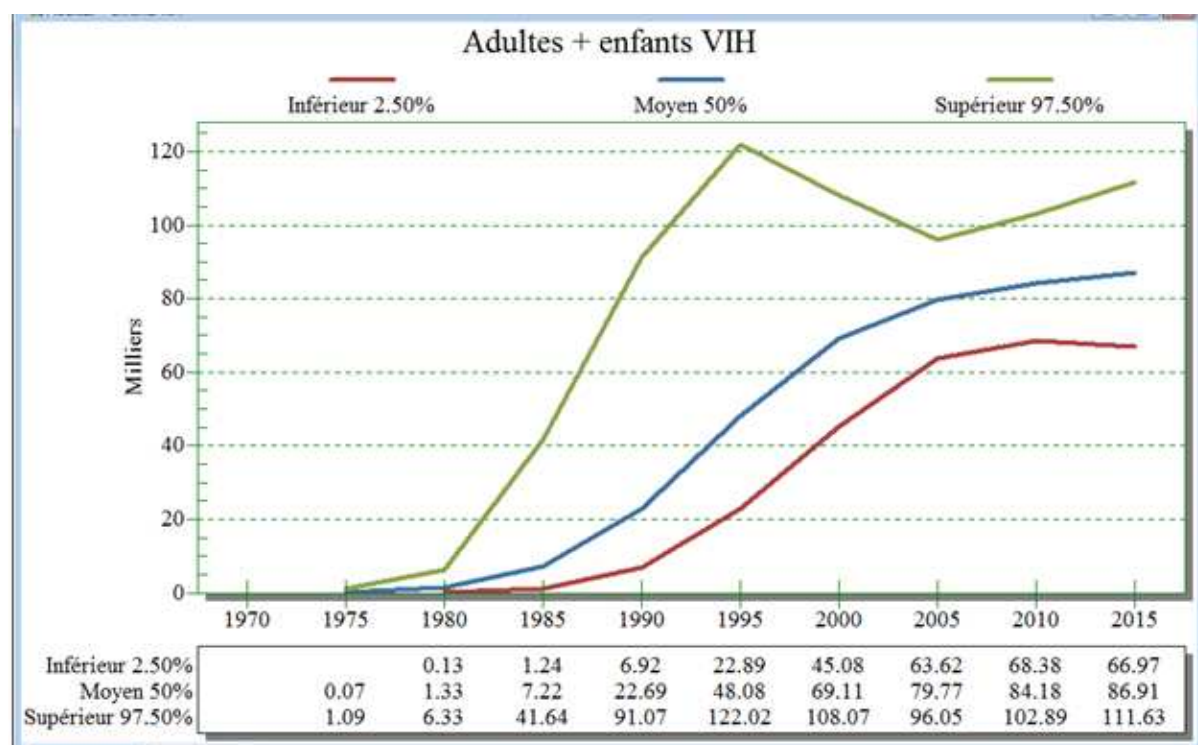


FIGURE 3: évolution prévalence du VIH au sein de la population générale de 1970 à 2015

TABLEAU VI: nombre de nouveaux cas de VIH par an de 2005 à 2016 selon Spectrum

Année	Valeur moyenne	Bornes
2005	8 857	[6 665 -11 633]
2006	8 610	[6 403 -11 574]
2007	7 975	[5 715 -10 954]
2008	7 657	[5 256-10 850]
2009	7 008	[4 665-10 000]
2010	6 487	[4 249-9 487]
2011	5 750	[3 532-8 836]
2012	5 436	[3 236-8 785]
2013	5 071	[2 990-8 751]
2014	4 694	[2 689-8 717]
2015	4 321	[2 383-8 870]
2016	3 955	[2 129-9 055]

On note selon les estimations une baisse de la mortalité liée au VIH à partir de 2005

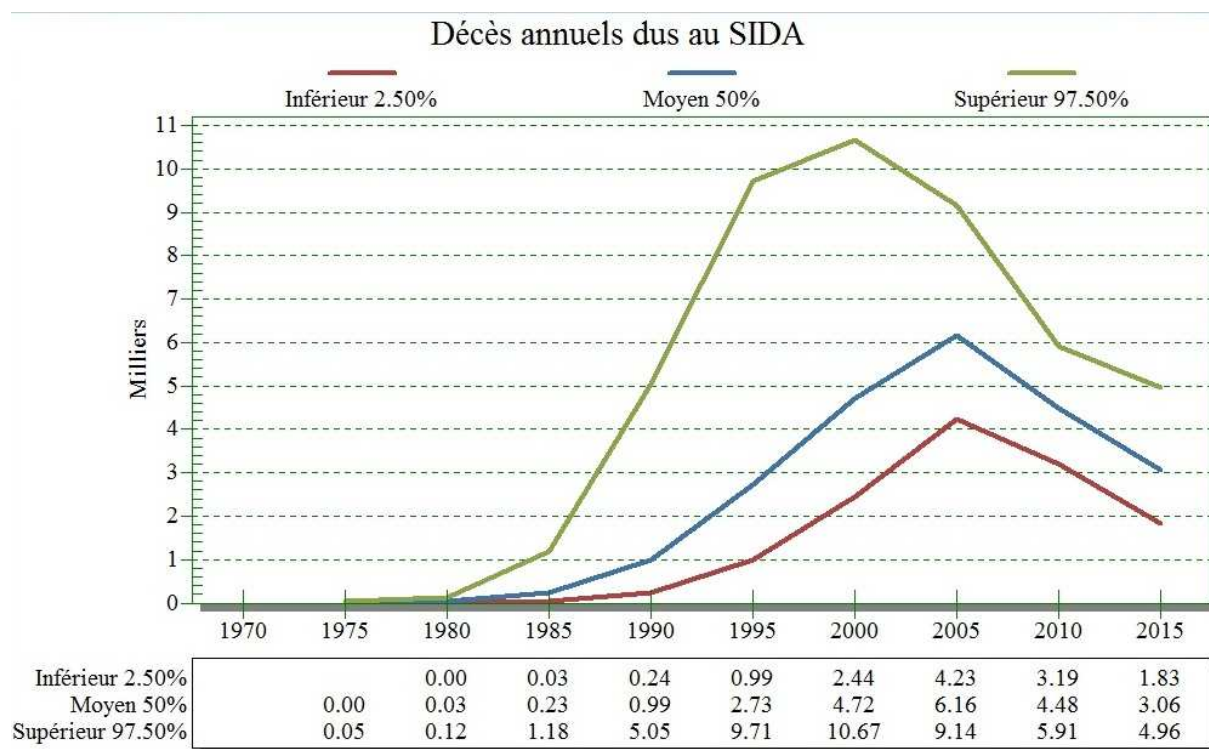


FIGURE 4: Tendence des décès liés au sida par rapport à la population VIH durant la dernière décennie

En l'absence de données d'enquête, en se référant à l'estimation Spectrum, on note une baisse relative de nouveaux cas et une tendance positive en nombre de décès évitables par les soins, traitement et soutien.

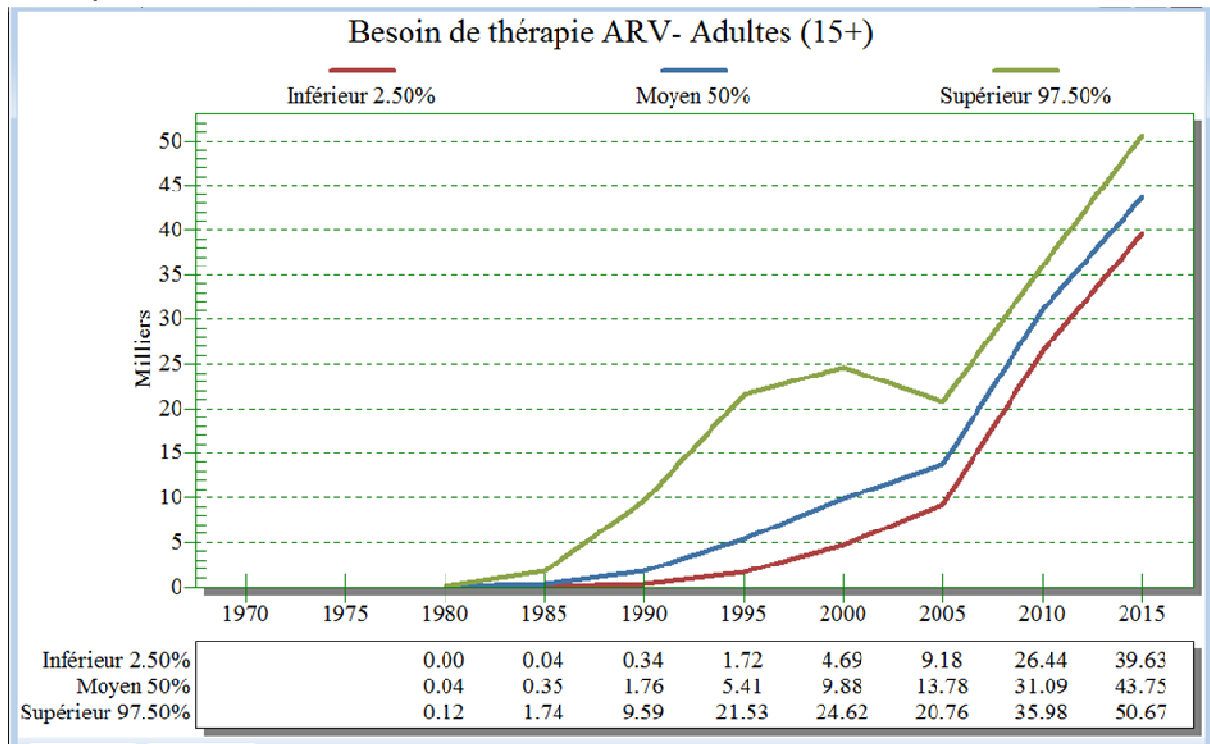


FIGURE 5 : évolution besoins ARV adultes (15+)

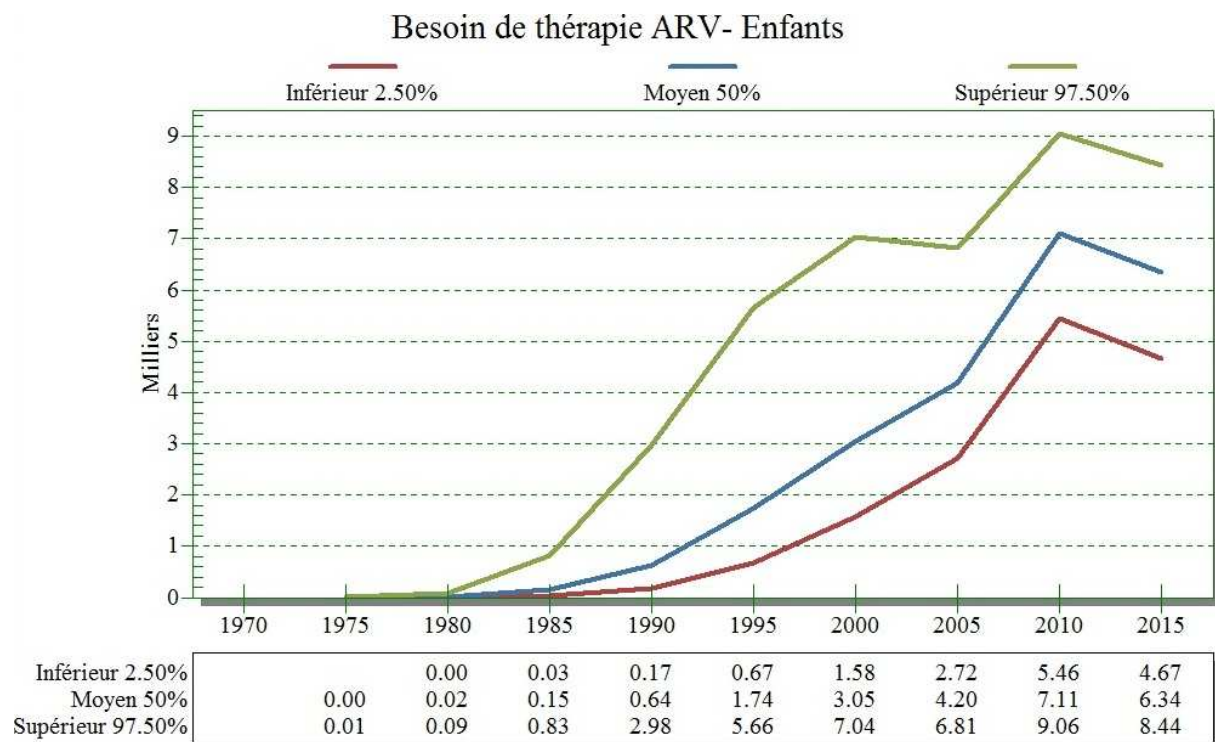


FIGURE 6 : Evolution besoins ARV enfants

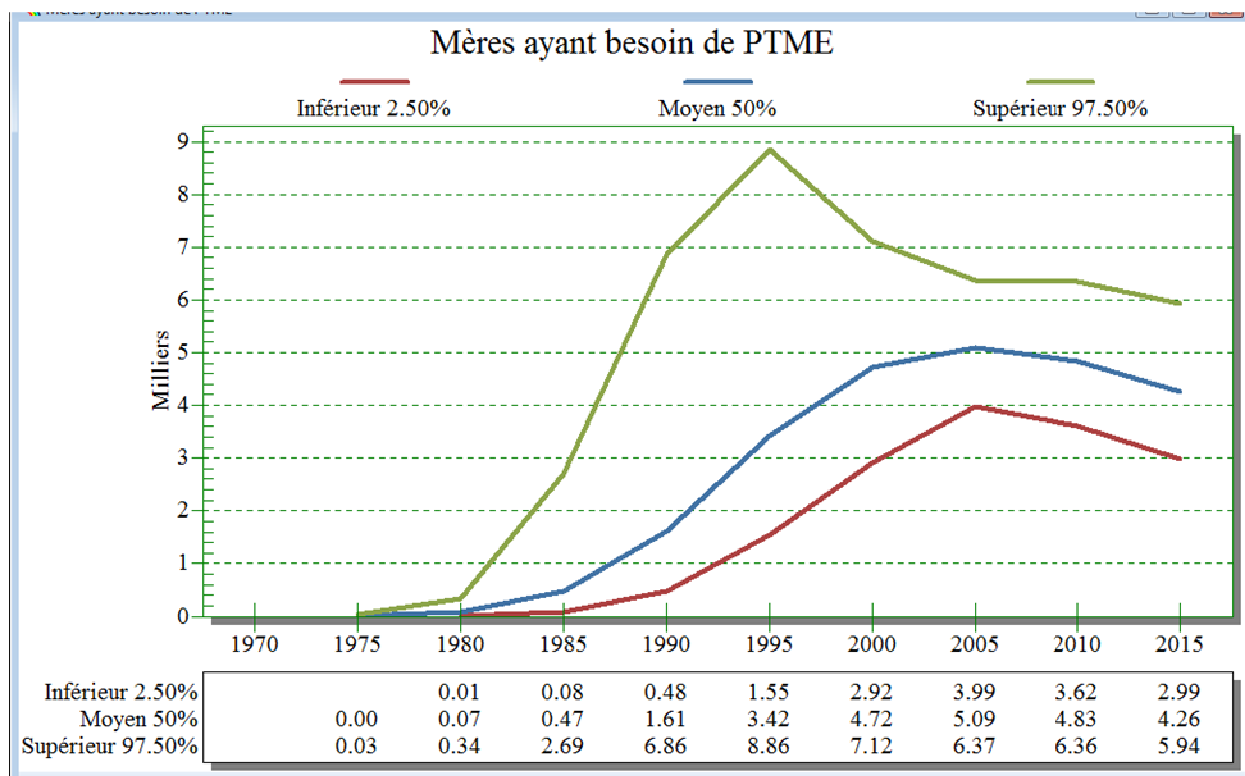


FIGURE 7 : évolution besoins PTME

Le nombre de traitement ARV est en croissance depuis une demi-décennie grâce à la volonté politique, la mobilisation des partenaires techniques et financiers qui ne cessent d'apporter le soutien aux malades et leur famille. Toutefois, les informations rapportées indiquent que les enfants de moins de 15 ans demeurent la cible défavorisée dans cette offre de traitement.

Comparativement au traitement, les interventions visant la prévention en vue de réduire les nouvelles infections, tendent à baisser. Cette réalité corrobore avec les résultats récents de l'enquête portant sur 2009 et 2010 qui montrent une décroissance des dépenses relative à la prévention.

En outre, malgré quelques progrès réalisés dans le domaine de suivi et évaluation, notamment la production régulières de rapports sur les activités programmatiques, il faut noter la rareté d'enquêtes et d'études à l'échelle nationale. Toutefois de nombreuses enquêtes régionales ont été réalisées par les partenaires dans leur zone d'interventions. Ces insuffisances de suivi et évaluation ne contribuent point à rendre compte de la dynamique réelle de l'épidémie dans le pays eu égard aux ressources dépensées. Ce qui pourrait entrainé des planifications basées sur des données obsolètes ne reflètent la réalité des besoins.

1.3 - Riposte au plan politique et programmatique

Au plan politique, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), présidé par le Premier Ministre existe depuis 2002. Organe national unique, il assure la coordination politique, l'orientation et l'application des décisions du gouvernement en matière de sida.

Cette tutelle de la Primature est de nature à faciliter le leadership et la coordination de toutes les parties prenantes que sont le secteur public ou gouvernemental (les ministères), le secteur privé, les organisations de la société civile y compris les ONG, et les partenaires au développement, à travers une autorité nationale unique en vertu des « Trois principes directeurs ».

En dépit de ces progrès, la période 2010-2011 se caractérise par des principaux forces et faiblesses ainsi que des opportunités et réponses envisagées dans les domaines prioritaires comme l'indique le tableau ci-dessous.

TABLEAU VI : Synthèse des forces, faiblesses, opportunités et actions envisagées

Forces	Faiblesses	Opportunités	Actions Envisagées
RIPOSTE AU PLAN POLITIQUE			
CNLS présidé par le Premier Ministre Chef Gouvernement	Irrégularité des instances de coordination du CNLS au niveau décentralisé	L'implication de la première dans la lutte contre le sida	Mobilisation de plus de ressources pour la lutte contre le sida
SE/CNLS rattaché à la primature	Insuffisance de moyen pour rendre opérationnel les démembrements du SE/CNLS	Amorce de la décentralisation du SE/CNLS au niveau régional	Rendre fonctionnel le SE/CNLS les structures décentralisés du SE/CNLS
Inscription au BND pour la riposte au sida	Faible fonds alloué au SE/CLNS	Engagement des sociétés minières, les pétroliers	Intégration de la problématique du VIH dans les plans d'action sectoriels public et privé
Lancement du Forum National des Partenaires de la riposte au sida en 2011	Insuffisance de suivi de la recommandation du Forum National des Partenaires	L'intérêt manifeste de tous les partenaires, existence d'une équipe conjointe du SNU sur le sida	
RIPOSTE AU PROGRAMMATIQUE			
Mobilisation de ressources complémentaires (R10 VIH et RSS)	Faible capacité d'absorption des subventions des programmes au niveau secteur publique Insuffisance de ressources humaines qualifiées	Disponibilité de l'assistance technique des partenaires	Renforcement des capacités programmatique et financier, logistique
Diffusion de l'Ordonnance 056 sur la Prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida	Insuffisance de diffusion au niveau décentralisé et déconcentré	Existence des medias public et privés	Forte implication de la société civile et mass média
Validation des rapports nationaux par la Commission Technique Multisectorielle de Travail en Suivi évaluation VIH	Faiblesse du système de collecte Faible diffusion des outils et indicateurs harmonisés	Amorce de l'implémentation des outils de collecte harmonisés au niveau central et décentralisé	Poursuite de l'implémentation, suivi de l'utilisation des outils harmonisés à tous les niveaux
Traitement gratuit par ARV des PVVIH	Rupture fréquente en intrant Faible couverture ARV au niveau décentralisé Insuffisance de suivi	Existence d'une centrale d'achat, de structures de santé décentralisées	Poursuivre la formation du personnel en prise en charge globale ; poursuivre l'ouverture de nouveaux sites

1.4 - Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS 2012

Les indicateurs sont déterminés sur la base des données fournies par le système national de surveillance, de rapportage de routine direct des structures de prévention et de soins, ainsi que des études spécifiques au besoin de l'épidémie de VIH. Pour la période 2010-2011, la faible capacité du système de suivi et évaluation n'a pas facilité la mesure de certains indicateurs des engagements du pays dans le cadre de la riposte au sida, notamment pour les indicateurs nécessitant des enquêtes auprès des populations. Néanmoins, quelques études réalisées à l'échelon national et régional ainsi que les données programmatiques collectées auprès des acteurs/partenaires ont été utilisées pour la rédaction de ce présent rapport.

Ainsi, sur un total de 30 indicateurs, 22 ont été renseignés pour ce rapport UNGASS 2010. Parmi les indicateurs non renseignés, les indicateurs 1.11, 1.13 et 1.14 n'ont pas pu être renseignés par manque d'enquête spécifiques. Ont été jugés non pertinent pour le pays les indicateurs à la drogue injectable (l'objectif 2).

TABLEAU VI : Récapitulatif des indicateurs UNGASS 2012

Objectifs	Populations cibles	N°	Indicateurs	Rapport 2010		Rapport 2012			
				Valeur	Observation	Valeur	Source	Période	Observation
Objectifs 1: D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle	Population générale	1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	22%	enquête régionale faite sur un échantillon réduit	49%	PSI Déterminants de l'utilisation systématique du préservatif chez les jeunes de 15 à 24 ans	2010	Enquête régionale faite sur un échantillon réduit
		1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	26%	enquête régionale faite sur un échantillon réduit	26,02%	Enquête PSS/GIZ	2009	Enquête régionale faite sur un échantillon réduit dans trois régions

		1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	22%	enquête régionale faite sur un échantillon réduit	22,66%	PSI Déterminants de l'utilisation systématique du préservatif chez la population générale de 15-49 ans de la Moyenne Guinée	2010	Enquête régionale sur un échantillon réduit
		1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	18%	SSG Corridor Boké	60,73%	PSI Déterminants de l'utilisation systématique du préservatif chez la population générale de 15-49 ans de la Moyenne Guinée	2010	Enquête régionale sur un échantillon réduit
		1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	3,90%	SSG Corridor Boké	18,78%	enquête PSS/GIZ	2009	enquête régionale faite sur un échantillon réduit dans trois régions
		1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	3,47%	ENSS	3,47%	ENSS	2008	Enquête nationale

Professionnel(le)s du sexe	1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	89%	SSG Corridor Boké	89,99%	PSI: Déterminants de l'utilisation systématique du condom chez les TS avec les clients Deuxième Passage	2010	Enquête régionale sur un échantillon réduit
	1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	65%	SSG Corridor Boké	77,01%	PSI: Déterminants de l'utilisation systématique du condom chez les TS avec les clients Deuxième Passage	2010	Enquête nationale
	1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	58,20%	Enquête nationales auprès des population à risque (ESCOMB 2007)	53,02%	PSI: Déterminants de l'utilisation systématique du condom chez les TS avec les clients Deuxième Passage	2010	Enquête nationale
	1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	34,40%	Enquête nationales auprès des population à risque (ESCOMB 2007)	32,67%	SSG Corridor Boké	2009	Enquête régionale faite sur un échantillon réduit dans trois régions
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	Pertinent mais pas de données disponibles		Pertinent mais pas de données disponibles			

		1.1 2	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	Pertinent mais pas de données disponibles		39,15%*	GUIAD: l'estimation de la taille des populations les plus à risque face aux VIH: des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) à Conakry	2011	Enquête dans la ville de Conakry <i>*Pourcentage de HSH ayant toujours utilisé le Préservatif lors de rapport</i>
		1.1 3	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Pertinent mais pas de données disponibles		Pertinent mais pas de données disponibles			
		1.1 4	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	Pertinent mais pas de données disponibles		Pertinent mais pas de données disponibles			
Objectif 2. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de		2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	Non pertinent		Non pertinent			

drogues injectables	2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	Non pertinent		Non pertinent			
	2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	Non pertinent		Non pertinent			
	2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Non pertinent		Non pertinent			
	2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	Non pertinent		Non pertinent			
Objectif 3. D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement	3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	17%	Rapport PNPCSP 2009	40,47%	Rapport PNCSP/Spectrum	2011	

le nombre de décès maternels liés au sida	3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	Non disponible		12,48%	Rapport PNCSP/Spectrum	2011	Données collectées dans deux sites qui font le test virologique au VIH chez les enfants dans le pays (DREAM et MSF- Belgique)
	3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	31,10%	Spectrum 2009	25,28%	Spectrum	2011	
Objectif 4. D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH	4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	56,80%	Rapport PNPCSP 2009	56,97%	Rapport PNCSP/Spectrum 2011	2011	
	4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	78%	Rapport Accès universel 2008	77,13%	GIZ : Rapport de supervision des sites de prise en charge et de CDV de la PSRDF	2011	Données collectées dans trois sites couverts par la GIZ (Kissidou, Faranah et Mamou)

Objectif 5. D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH		5.1 Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	6%	Rapport UNGASS 2010	19,60%	Rapport PNPCSP/Statistiques OMS 2010	2010	Données collectées sur le de l'OMS: http://www.who.int/topics/tuberculosis/fr
Objectif 6. Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire		6.1 Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement Objectif 7.	30 997 071 USD	Rapport UNGASS 2010 pour la période 2007-2009	25 714747 USD	Rapport d'enquête sur l'Estimation du Flux des Ressources et de Dépenses nationales de la lutte contre le Sida 2010-2011 et (EF-REDES) Guinée	2011	Enquête nationale
Objectif 7. Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement		7.1 Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le	4,9	Enquête auprès des personnes ressources				

		lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)						
	7.2	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	Non rapporté		36,50%*	UNPA: Violence à l'égard des femmes et des hommes	2009	Enquête nationale sur les violences basées sur le genre <i>*Proportion de femmes victimes de violences (émotionnelle, physique et sexuelle) âgées de 15 à 64 ans durant 12 derniers mois.</i>
	7.3	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	Non rapporté		Pertinent mais pas de données disponibles			
	7.4	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	Non rapporté		Pertinent mais pas de données disponibles			

II - APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

2.1 Système d'information de la riposte en Guinée

Le système d'information de la riposte au sida repose sur la surveillance épidémiologique et la collecte de routine.

2.2 Surveillance épidémiologique du sida

La surveillance de l'infection à VIH est réalisée à travers un système comportant les éléments suivants:

- ✓ La surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes, effectuée tous les 2 ans. La plus récente a été faite en 2008. Il est prévu de réaliser une nouvelle en 2012.
- ✓ Les enquêtes de Connaissances, Aptitude et Pratiques (CAP) auprès de la population générale (jeunes de 15 à 24 ans, Femmes et hommes de 15 à 49 ans) ou autres populations à plus de risques dont les plus récentes sont celles de la PSS/GTZ en 2009 (Etude CAP-PSS/GTZ) et par le Ministère de la Défense Nationale en 2011 (CAP auprès de Militaire)
- ✓ Les enquêtes de surveillance de seconde génération (SSG) dénommées « Enquête de surveillance comportementale et biologique au sein des populations à plus de risques (ESCOMB) dont la plus récente nationale date de 2007. Deux enquêtes régionales ont été réalisées en 2008 et 2009 respectivement à Boké (Corridor) chez les PS et leurs clients et à Conakry chez les Policiers. Le processus de la future l'ESCOMB 2012 est en cours.
- ✓ L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) auprès de la population générale, effectuée tous les 5 ans. La dernière a été réalisée en 2005. L'EDSG IV MICS est en cours de planification;
- ✓ Des études sur la résistance au traitement ARV

2.3. Système de collecte de routine

Le système d'information sanitaire de routine notifie les cas de VIH, de sida et de décès dus au sida dans les structures sanitaires. Ce système récolte régulièrement les données dans les formations sanitaires.

Sur la base du système de surveillance (enquêtes, études et routine), la présentation des indicateurs de ce rapport (se référant aux sept objectifs d'UNGASS 2012) est structurée suivant le dispositif du cadre stratégique national (cinq axes stratégiques et 12 domaines prioritaires de services). En outre, d'autres indicateurs qui ne figurent pas dans le dispositif du CSN seront également présentés.

2.4- Situation de l'épidémie dans la population générale

Objectifs 2: D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle

Population générale

Au cours de la période 2010-2011, aucune étude spéciale n'a été réalisée pour montrer l'ampleur du problème au sein de la population générale.

INDICATEUR 1.1

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 qui dérivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du virus

L'enquête CAP menée en 2010 dans 3 zones géographiques (régions de Labé, de Mamou et de Faranah) du pays auprès des jeunes de 15 à 24 ans a permis de renseigner cet indicateur. Il ressort de cette enquête que 49% de cette cible dérivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du virus. La distribution par sexe n'est pas rapportée par la source.

Cette proportion était de 16,2% dans la population générale chez les jeunes de la même tranche d'âge en 2007 (ESCOMB).

INDICATEUR 1.2

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

En l'absence d'enquêtes nationales démographiques et de santé ou de surveillance comportementale et biologique indiquées pour la circonstance, une étude CAP faite dans la zone d'intervention de la GIZ (régions administratives de Faranah, Mamou et Labé) en 2009 sur un échantillon de 1 884 jeunes dans 942 ménages a permis de renseigner cet indicateur.

Dans cette enquête, 26,02 % [23.34- 29.74] des jeunes interrogés affirmaient avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans. En milieu rural cette proportion est de 45% [37.78- 53.23] contre 21% [17.80-24.54] en milieu urbain. Ainsi, la proportion de jeunes qui a eu des rapports sexuels avant 15 ans est significativement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain.

Cet indicateur a été mesuré pour les mêmes sites en 2007 et 2008.

TABLEAU VII: Evolution des résultats sur les rapports sexuels avant l'âge 15 ans chez les jeunes de 15 à 24 ans dans la zone PSS/GTZ.

Indicateurs	Année	Année	Année		Ensemble des sites
	2007	2008	2009		
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
% de rapport sexuel avant 15 ans	34% (n=940)	43% (n=346)	21% (n=1.177)	45% (n=337)	26,02% (n=1.514)

Source : Etude CAP PSS/GTZ

Il résulte de cette étude que les rapports sexuels sont plus précoces en milieu rural (34% [34.10-38.87]) qu'en milieu urbain (21% [17.80-24.54]). En 2009, il a été observé 29,3% chez des filles contre 25% les garçons.

INDICATEUR 1.3

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

La fidélité dans les relations sexuelles entre deux partenaires est nécessaire pour le maintien de son statut séronégatif au VIH. La tranche d'âge 15 à 49 ans est la plus active de la vie sexuelle des hommes et des femmes et subséquemment exposée aux multiples facteurs de risques de contraction des IST-VIH.

Durant la période 2010-2011, il n'y a pas eu d'enquête nationale concernant la cible de 15-49 ans. Cependant en 2010, une enquête régionale réalisée en Moyenne Guinée par PSI-Guinée a montré que 22,66% des adultes de 15 à 49 ans ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois qui ont précédé l'enquête. Cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

L'enquête SSG Corridor Boké 2009, effectuée dans la région de Boké (Basse Guinée), montre que 22% des populations attenantes des carrières de mines ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents.

Pour le même indicateur, à l'échelle nationale, l'EDSGIII 2005 a rapporté 7,8%. De façon générale, sur les résultats dans les deux régions citées plus haut, on est tenté de penser que l'aptitude des populations vis-à-vis des risques de transmission du VIH n'a pas significativement évolué. Ce qui pourrait traduire la persistance de comportements à risques dans la population générale.

INDICATEUR 1.4

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

Selon l'enquête régionale réalisée par PSI-Guinée en 2010 en Moyenne Guinée, environ 3 adultes sur 5 soit 60,73% déclare avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non conjugal. Cette proportion est de 67,77% chez les femmes contre 57,79% chez les hommes. Si l'on considère l'utilisation du début à la fin de l'acte sexuel, le taux est de 85,14%.

INDICATEUR 1.5

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Au cours de la période évaluée, il n'y pas eu d'enquête d'envergure nationale portant sur cette cible. Néanmoins, une enquête réalisée par GIZ en 2009 dans trois régions du pays a été utilisée pour renseigner cet indicateur. Selon les résultats, 18,78% (470/2502) [16.67-21.08] des jeunes affirment avoir effectué un test de dépistage volontaire du VIH durant les 12 derniers mois de l'année. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain 21% (388/1887) [18.05-23.31] qu'en milieu rural 13% (82/615) [9.84-17.76]. Dans l'ensemble, la proportion de jeunes ayant réalisé le test volontaire du VIH est encore faible et plus particulièrement en milieu rural. Ce résultat serait probablement lié au déficit de CDV en milieu rural.

Un fait positif qui a été relevé par cette enquête est le taux très élevé de jeunes qui accepterait de recevoir le résultat après un test de dépistage 93% (2316/2498) [91.09-94.06]. Ce taux reste élevé quelque soit le milieu : 88% en milieu rural (537/613) [83.25-90.97] et 94% en milieu urbain (1779/1885) [92.65-95.72].

INDICATEUR 1.6

Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*

La dernière Enquête nationale de surveillance sentinelle (ENSS) au niveau de centres de santé qui effectuent les activités de consultation prénatales (CPN), date de 2008. Les résultats de l'enquête ont montré que 3, 47% des jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans étaient infectées par le VIH (ENSS 2008).

Populations à plus de risques

Les populations à plus de risques en Guinée sont : les Professionnelles de Sexe (PS), les Hommes ayant des Rapports Sexuels avec les Hommes (HSH), les

Routiers, les Miniers, les Hommes en Uniforme, les pêcheurs. Parmi ces populations, seuls les PS et les HSH ont été ciblés.

INDICATEUR 1.7

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH

A l'échelle individuelle, le dépistage participe à un changement de comportement au niveau de ceux qui s'y prêtent volontairement par l'ensemble des services qui leur sont offerts au cours de cet exercice.

Une étude réalisée en 2010 par PSI-Guinée dans les zones minières et à Conakry, a montré que 89,99%% des professionnelles de sexe sont atteintes par les programmes de prévention.

INDICATEUR 1.8

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Selon l'enquête régionale réalisée par PSI-Guinée en 2010 sur les Déterminants de l'utilisation systématique du préservatif chez les PS avec les clients, 77,01% de Professionnelles de sexe ont indiqué avoir utilisé des préservatifs avec leur dernier client. Comparativement à celle réalisée dans le Corridor Boké en 2009, qui est de 65%, on note une augmentation de l'utilisation du préservatif chez les PS.

INDICATEUR 1.9

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Les données utilisées pour cet indicateur proviennent de l'enquête réalisée par PSI-Guinée en 2010. Elle montre que 53,02% des professionnelles de sexe ont effectué le test de dépistage pour le VIH.

La moyenne nationale des PS qui ont effectuée un test VIH et qui connaissent le résultat du test était de 58,20% en 2007 (ESCOMB)

INDICATEUR 1.10

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH

Les PS représentent un groupe à plus de risques de transmission des IST-VIH eu égard au niveau élevé de la prévalence au sein de cette population en Guinée. Dans la région Boké, la prévalence du VIH chez les PS était de 32,67% en 2009 (Corridor Boké) contre 20,7% rapportés en 2007 (ESCOMB), dans la même région. Au regard de cette tendance, on constate une augmentation de la prévalence chez les PS dans cette région, contrairement à la baisse de la moyenne nationale qui est passée de 42, 40% en 2001 (ESSIDAGUI) à 34,40% en 2007 en 2001 (ESCOMB). Ainsi, on peut affirmer que les PS représentent une poche de sous épidémie concentrée dans la population générale en Guinée.

TABLEAU VIII : tendance de la prévalence du VIH chez PS de la région de Boké de 2007 à 2009

Catégories	Nombre de personnes dont le test est positif pour le VIH		Nombre de personnes ayant subi le test		Prévalence VIH		
	2007	2009	2007	2009	2007*	2007**	2009
	PS	206	33	598	101	34,4%	20,7%

Sources: 1.ESCOMB 2007- 2.SSG Corridor BOKE 2009- 3.SGG CONAKRY

*Moyenne nationale ESCOMB 2007; **Moyenne Basse Guinée (comprenant la région de Boké) ESCOMB 2007

TABLEAU IX : Pourcentage des PS infectées par le VIH par tranche d'âge

Tranche d'âges	Nombre de personnes dont le test est positif pour le VIH	Nombre de personnes ayant subi le test	Prévalence VIH
< 25 ans	15	58	25,9%
25 ans et +	18	43	41,9%
Ensemble	33	101	33%

Source : SSG Corridor Boké 2009

Les résultats ci-dessus montrent que les PS âgées sont plus infectées. Pour la durée dans le métier, plus elles sont anciennes dans le métier plus la prévalence est élevée.

TABLEAU X: Tendance de la prévalence du VIH chez les PS de la région de Boké suivant la durée dans le métier

Durée dans le métier	Nombre de personnes dont le test est positif pour le VIH	Nombre de personnes ayant subi le test	Prévalence VIH
< 1 an	6	26	23%
1 an et +	27	75	36%
Ensemble	33	101	33%

Source : SSG Corridor Boké 2009

INDICATEUR 1.12**Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisés un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme**

De nos il existe peu d'interventions orientées vers cette cible. Une enquête récente réalisée dans la ville de Conakry par une ONG national a montré que 39,15% des 613 HSH interrogé déclarent avoir toujours le préservatif lors du rapport anal. Cette étude a permis d'avoir certains éléments d'informations relatives à cette cible.

Objectifs 2: D'ici à 2015, réduire le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables

Les indicateurs (2.1 à 2.5) liés à cet objectifs ont été jugés non pertinent par le pays

III - RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

Le paysage sociopolitique guinéen a été marqué en 2010 et 2011 par les effets du contexte économique mondial difficile, le changement de régime, la suspension de l'aide internationale liée aux conditions socio politique dont entre autres le retard de la tenue des législatives. Il s'agit notamment de la diminution des financements, de l'accroissement de la vulnérabilité de certaines couches de la population (surtout les PS), du ralentissement de la mise à disposition, par un certain nombre de partenaires, de ressources (fonds) destinées aux activités, et des interruptions dans la mise en œuvre des projets et programmes de la riposte contre l'épidémie de sida.

3.1 Principales réalisations

Objectif 3 : d'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH, de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternel liés au sida

INDICATEUR 3.1

Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant

Les estimations et projection Spectrum Guinée 2011, indiquent que 4 747 femmes ont besoin de thérapie anti rétrovirale. Selon le PNPCSP, à la fin du mois de décembre 2011, 1921 ont bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale pour diminuer le risque de transmission du VIH à leurs enfants soit 40,47% (1921/4747) de femmes enceintes couverte au niveau national en prophylaxie antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant. Comparativement aux années précédentes, on note en 2011 une augmentation de la couverture en PTME qui presque doublé entre 2010 (20%) et 2011 (40,47%). Ce résultat montre les efforts mobilisés pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Pour 2162 femmes enceintes testées séropositives en 2011, 1921 ont bénéficié d'une prophylaxie ARV soit 88,85%.

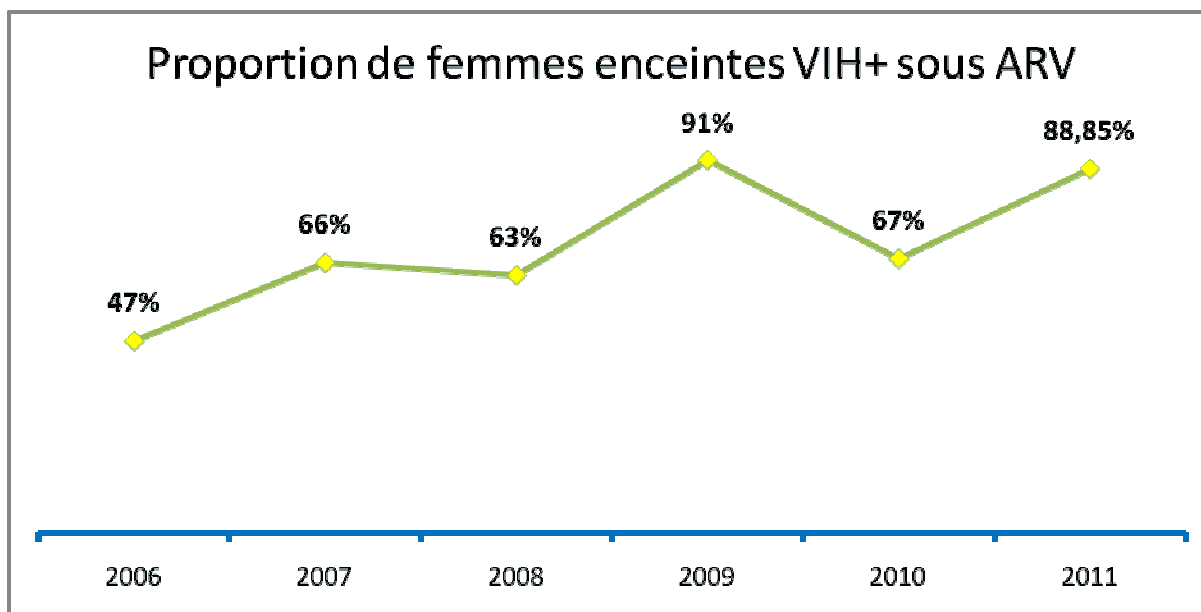


FIGURE 8 : Evolution du pourcentage des femmes testées VIH+ et mises sous ARV

INDICATEUR 3.2

Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie

En 2011, selon le rapport du PNPCSP, 3 084 enfants nés de mères séropositives sont suivis dans les sites de PTME du pays. Parmi ceux-ci, 12,48% (385/3084) ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie.

Toutefois, il est important de noter que ce pourcentage représente le résultat de deux sites PTME (DREAM et MSF-Belgique) tous situés à Conakry, qui assurent le diagnostic précoce chez les enfants nés de mères séropositives.

INDICATEUR 3.3

Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisé)

Selon les estimations et les projections de Spectrum 2011, le nombre d'enfants qui seront nouvellement infectés par le VIH par la transmission mère-enfant est de 1200 et le nombre estimé de femmes séropositives ayant accouché est de 4747.

A cet effet, le pourcentage estimé d'enfants ayant été infecté par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours de 12 derniers mois est de 25,28% (1200/4747) en 2011.

Objectif 4 : d'ici 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

Depuis 2009, le nombre de structures de traitement ARV est resté stationnaire à 46. Le nombre de structures qui assurent le traitement ARV est passé de 11 en 2007. Toutes sont en milieu urbain excepté celles des zones minières de Kamsar, de Léro, de CBK, de RUSAL, de RIO TINTO, de Guinea Alumina, de Bhp Bilinton et de SEMAFO.

INDICATEUR 3.3

Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès*

Selon le rapport 2011 du PNPCSP, le nombre de femmes, d'hommes et enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'ARV est de 22 935 dont 8027 hommes, 14163 femmes et 745 enfants. Parmi les enfants, il y a 268 garçons et 477 filles.

Selon les estimations et les projections de Spectrum Guinée 2011, le nombre de PVVIH ayant besoin du traitement ARV en 2011 est de 40258 dont 15 027 hommes, 18 470 femmes, 3 446 garçons et 3315 filles.

Le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral est passé de 14 999 en 2009, à 20430 en 2010 pour atteindre 22935 en 2011. Le graphique xx, montre les efforts des programmes.

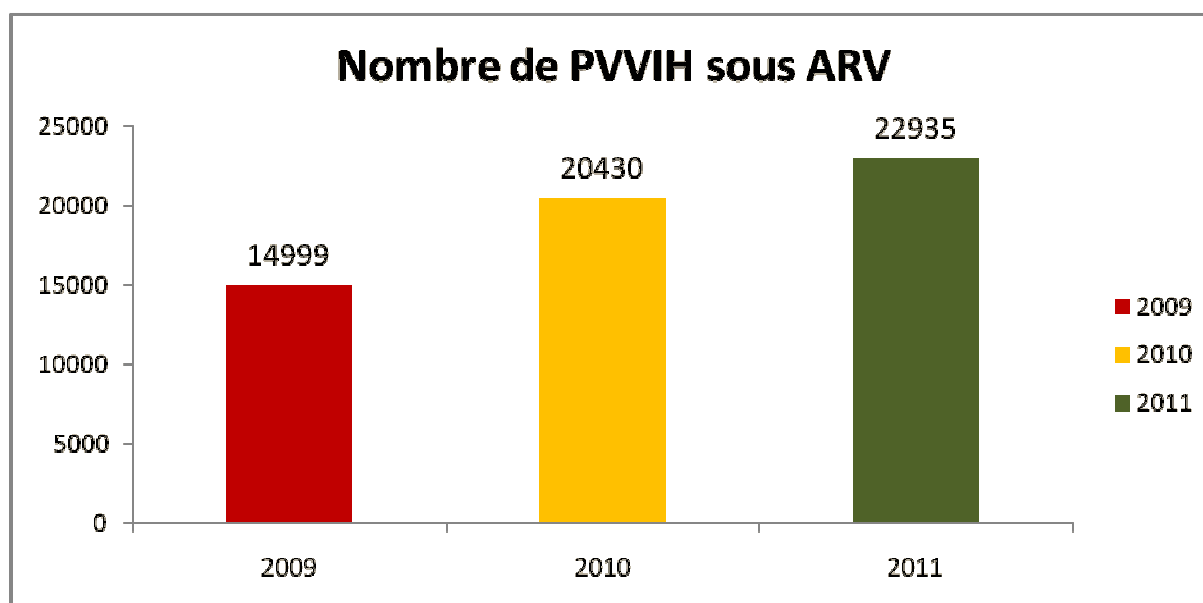


Figure 9 : tendance de l'évolution du nombre de PVVI sous ARV de 2009 à 2011 en Guinée.

En 2011, le pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès est de 56,91% (22935/40258). Cette couverture est de 53,41% chez les hommes adultes, 76,68% chez les femmes adultes et de 11,04% chez les enfants.

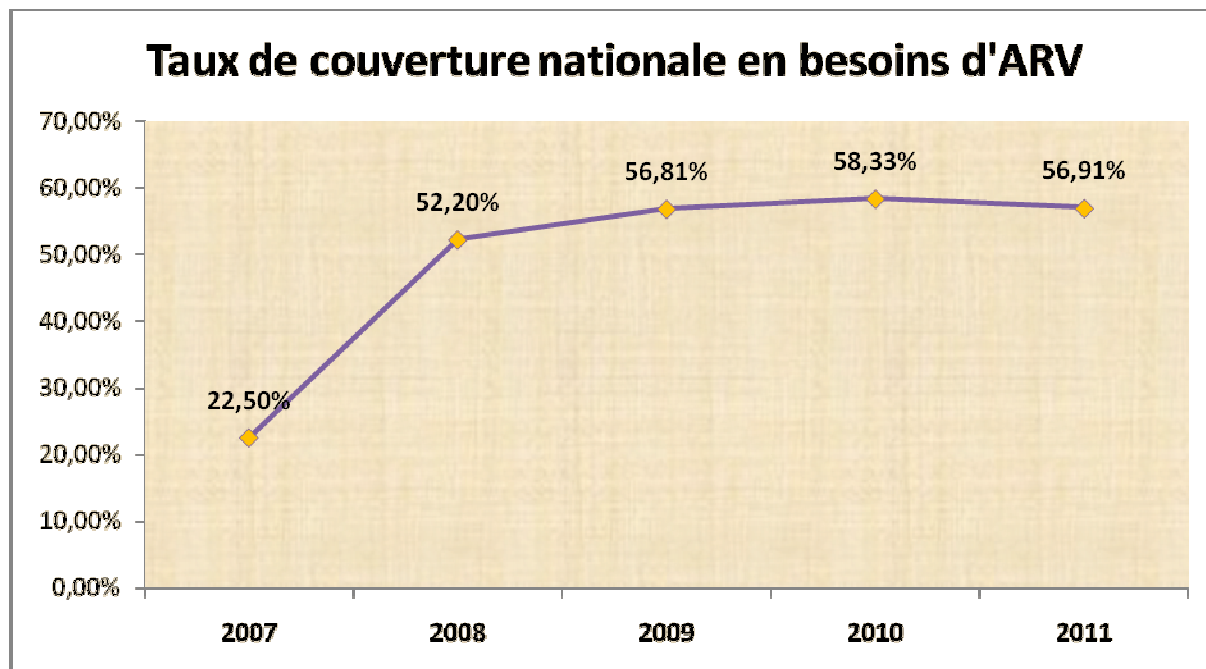
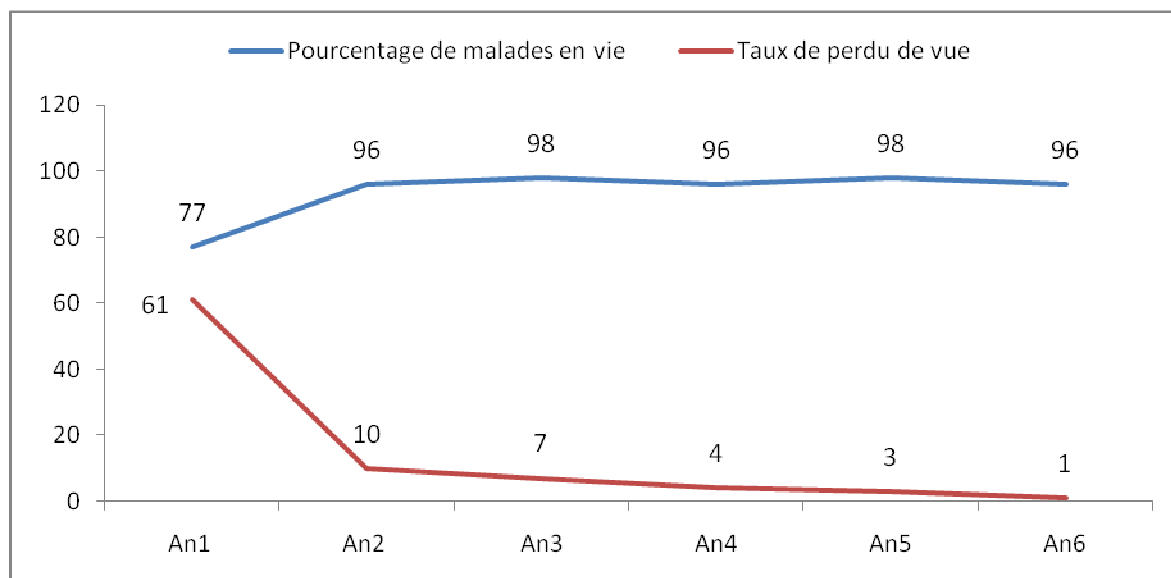


FIGURE 10 : Taux de couverture nationale en besoins ARV de 2007 à 2011

INDICATEUR 4.2

Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale

Un groupe de personnes mis sous ARV depuis 6 ans au niveau de structures appuyé par la PSS/GTZ (Hôpitaux de Kissidougou, Faranah et Mamou) chez la survie au traitement ARV a été évalué lors d'une supervision. Parmi ses personnes suivies, 77,13% [73,70-79,75]. La graphique ci-dessous, indique qu'au delà d'un an de traitement ce taux est supérieur à 95% et celui de perdu de vue baisse progressivement de 61% à la première année de traitement à 1% à la sixième année.



source : Rapport de supervision des sites PEC et de CDV de la zone de PSRDF de la GIZ du 15 au 30 Novembre 2011

FIGURE 11 : proportion de malades en vie et taux de perdu de vue durant les 6 années de traitement dans les sites de la GIZ.

Objectifs 5 : Réduire de moitié le décès lié à la tuberculose chez les personnes vivants avec le VIH

INDICATEUR 5.1

Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH

L'incidence de la tuberculose est estimée à 287 pour.100 000 personnes en Guinée. Ainsi, il est attendu 28.443 cas de tuberculose par an. Une étude a été réalisée en 2008 par le centre antituberculeux (CAT) Carrière et l'ONG internationale SOLTHIS sur le dépistage et la prise en charge du VIH dans ledit centre. Ce centre diagnostique la moitié des nouveaux cas de tuberculose (TB) du pays. Sur un total de 3.958 cas de TB, la séroprévalence était de 19,9%, soient 405 patients infectés par le VIH (dont 85% de VIH1).

Le nombre de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante est donc estimé à 5.404 par an selon les directives de l'OMS.

Selon le rapport 2011 du PNCSP, 1059 personnes ont reçus à la fois un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH en 2011.

Sur la base des données ci-dessus, en 2011, **19,60%** (1059/5404) des malades co-infectés par le VIH et la TB ont reçu à la fois un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH.

Comparé à l'année 2010 où cette progression n'était que de 6%, on note une note une amélioration très sensible dans la prise en charge des malades coinfectés même si cette proportion reste encore très loin des attentes.

La coïnfection TB/VIH représente 4,65% dans la file active ARV (22935) et 2,3% des épisodes d'infections opportunistes notifiées (45463). Les plus grands nombres de cas sont notifiés dans le Centre Antituberculeux de la Carrière appuyé par SOLTHIS et le site de MSF-B.

3.2 Engagement national

3.2.1 Financement de la riposte

Objectif 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Sur la base des estimations de dépenses prévues dans le cadre stratégique national 2008-2012, il faut noter que les fonds exécutés sont nettement inférieurs à ceux prévus. Le graphique ci-dessous montre cette tendance de 2009 à 2011.

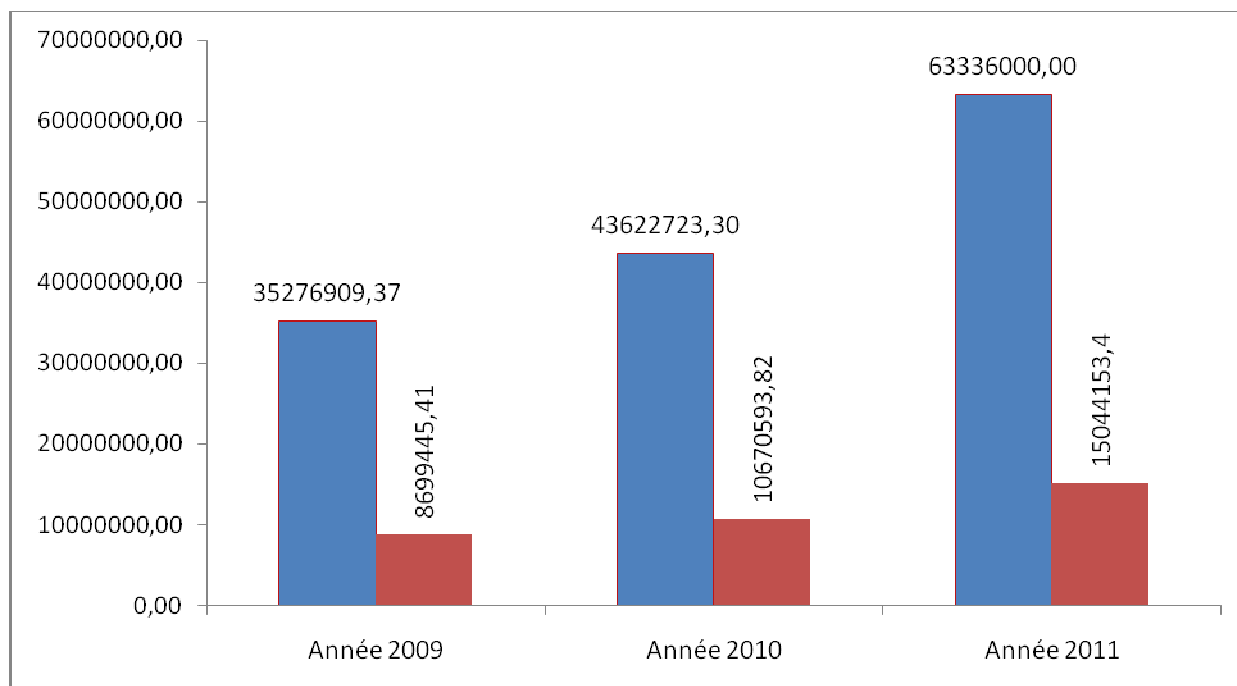


FIGURE 12 : Évolution des dépenses totales de lutte contre le sida de 2009 à 2011 en rapport avec les prévisions du Cadre stratégique national 2008-2012

INDICATEUR 6.1

Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement Objectif 7

Au cours des trois dernières années (2009, 2010 et 2011), le total des fonds dépensés dans la riposte s'élève à un total de 34 414 192,63 USD. On note une évolution des dépenses de la riposte passant de plus 8 699 445 en 2009 à près de

10670594 en 2010 pour atteindre plus 15044153 soit une augmentation de 23% entre 2009 et 2010 et environ 41% entre 2010 et 2011.

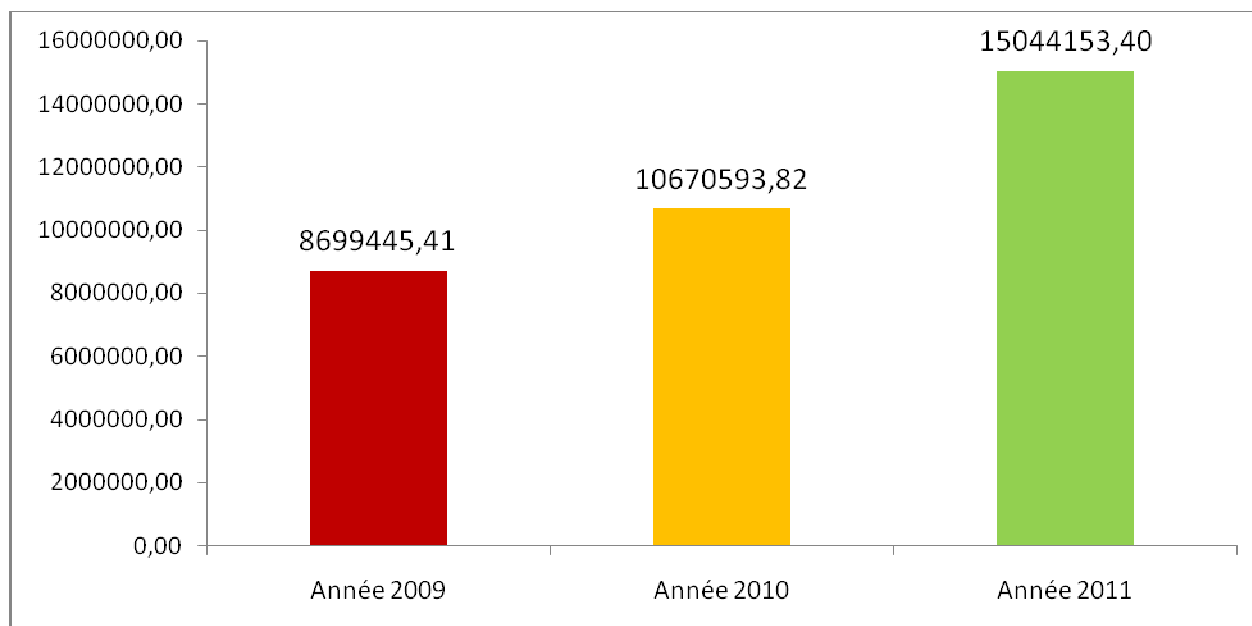
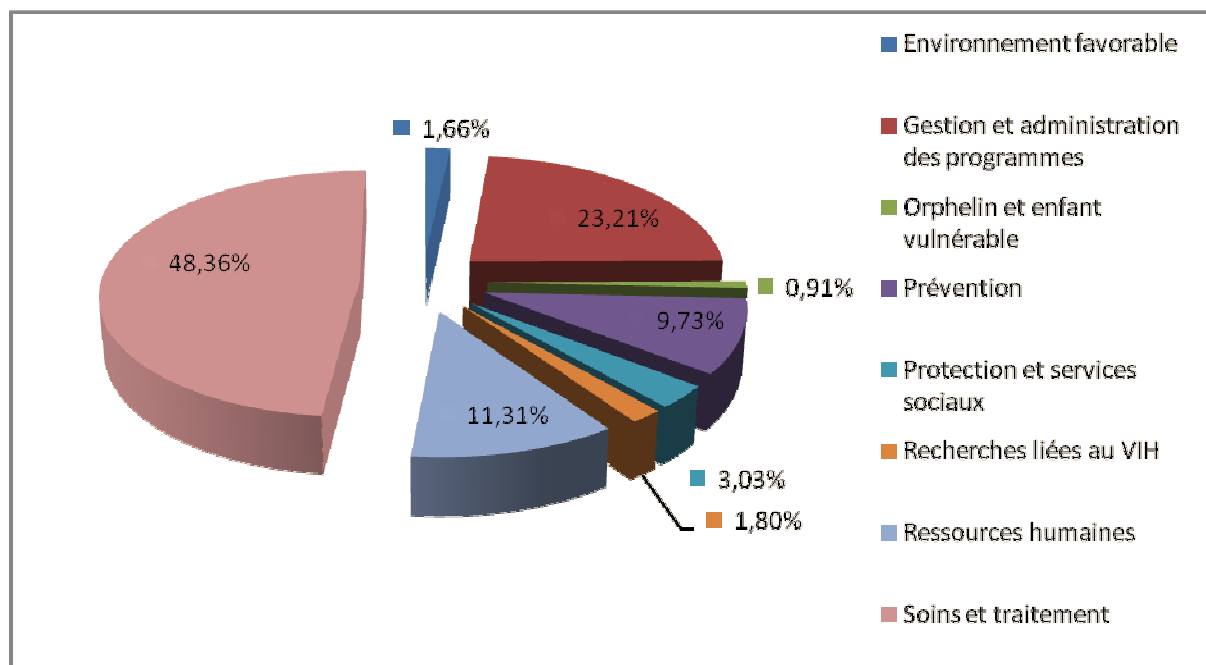


FIGURE 13 : Évolution des dépenses totales de lutte contre le sida de 2009 à 2011

Les ressources les plus importantes proviennent de la source internationale et les catégories les mieux financées sont par ordre d'importance, les soins et traitement la gestion des programmes, Ressources humaines et la prévention en 2011. Ces quatre catégories totalisent 92,61% en 2011.

Financement par catégories de dépenses liées au VIH

De 2009 à 2011 le montant total des dépenses dans le cadre de la riposte au sida est estimé à **34 414 192,63 USD**.



Dépenses total 2011 : 15 044 153,40 USD

FIGURE 14 : Répartition des dépenses par catégories d'intervention en 2011

En 2011, les soins et traitement ont constitué la première dépense soit 48,36% suivi par les dépenses de gestion et administration des programmes 23,21%, les ressources humaines 11,31%, puis la prévention 9,73%.

Comparativement aux années 2009 et 2010, on note une diminution des fonds alloués à la prévention comme indiquée dans le graphique ci-dessous. Quant aux soins et traitement, on note une augmentation des dépenses effectuées. La proportion de dépenses totales pour les soins et traitement est passée de 31,26% en 2009 à 38,90% en 2010 pour atteindre 48,36% en 2011. Par contre La proportion des dépenses liée à la recherche reste la plus faible (1,80%) contre 0,31% en 2009 et 0,53% en 2010. Malgré cette évolution, cette rubrique de dépense reste faible et mérite d'être revue à la hausse.

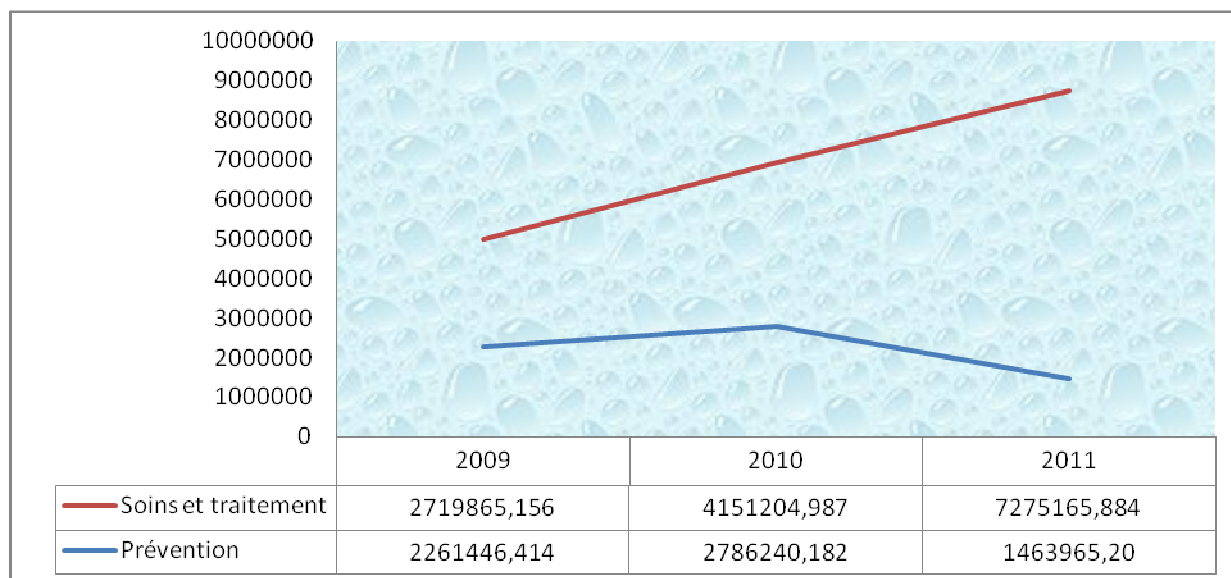


FIGURE 15 : Evolution de dépenses de la prévention et des soins/soutien (en USD)

Dépenses nationales liées au sida par sources de financement

Les bailleurs de fonds de la riposte au sida sont classés en 3 catégories : les internationaux, les privés et le public.

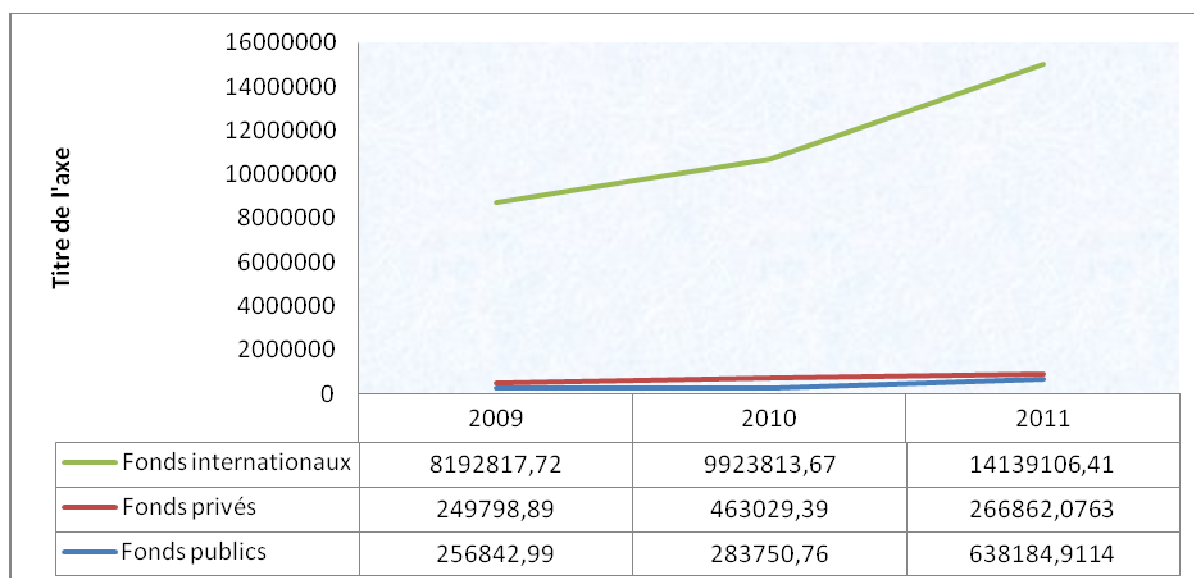


FIGURE 16 : Evolution des dépenses par sources de financement

L'essentiel des financements de la riposte provient de la catégorie internationale 94,18% en 2009, 93% en 2010 et 93,98% en 2011. Cependant, il faut souligner que le gouvernement guinéen, dont la participation est restée très faible durant les années précédentes, a consenti des efforts pour l'année 2011. Sa participation est passée de 2,66% en 2010 à 4,24% en 2011.

Au niveau du financement international, l'aide multilatérale représente à elle seule 42,20% suivie de celle des ONG internationales avec 41,55% et de bilatéraux

16,25% en 2011. Cette évolution de l'aide internationale est restée constante entre 2009 et 2011.

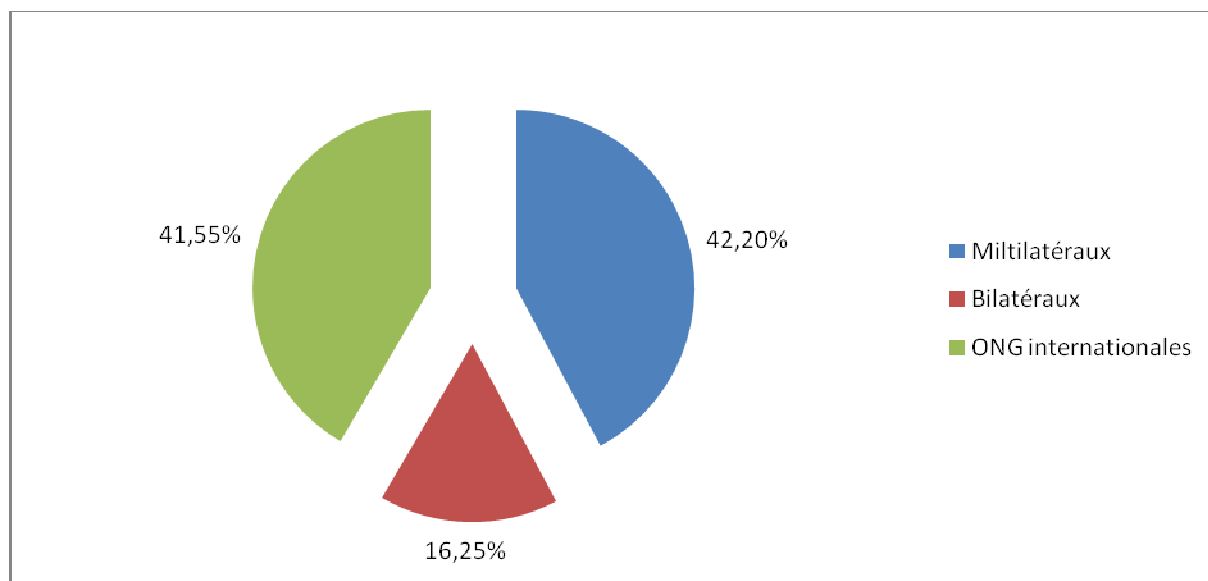


FIGURE 17 : Répartition des fonds internationaux par type de bailleurs en 2011

Les fonds alloués à la riposte en Guinée proviennent de plusieurs acteurs et partenaires au développement.

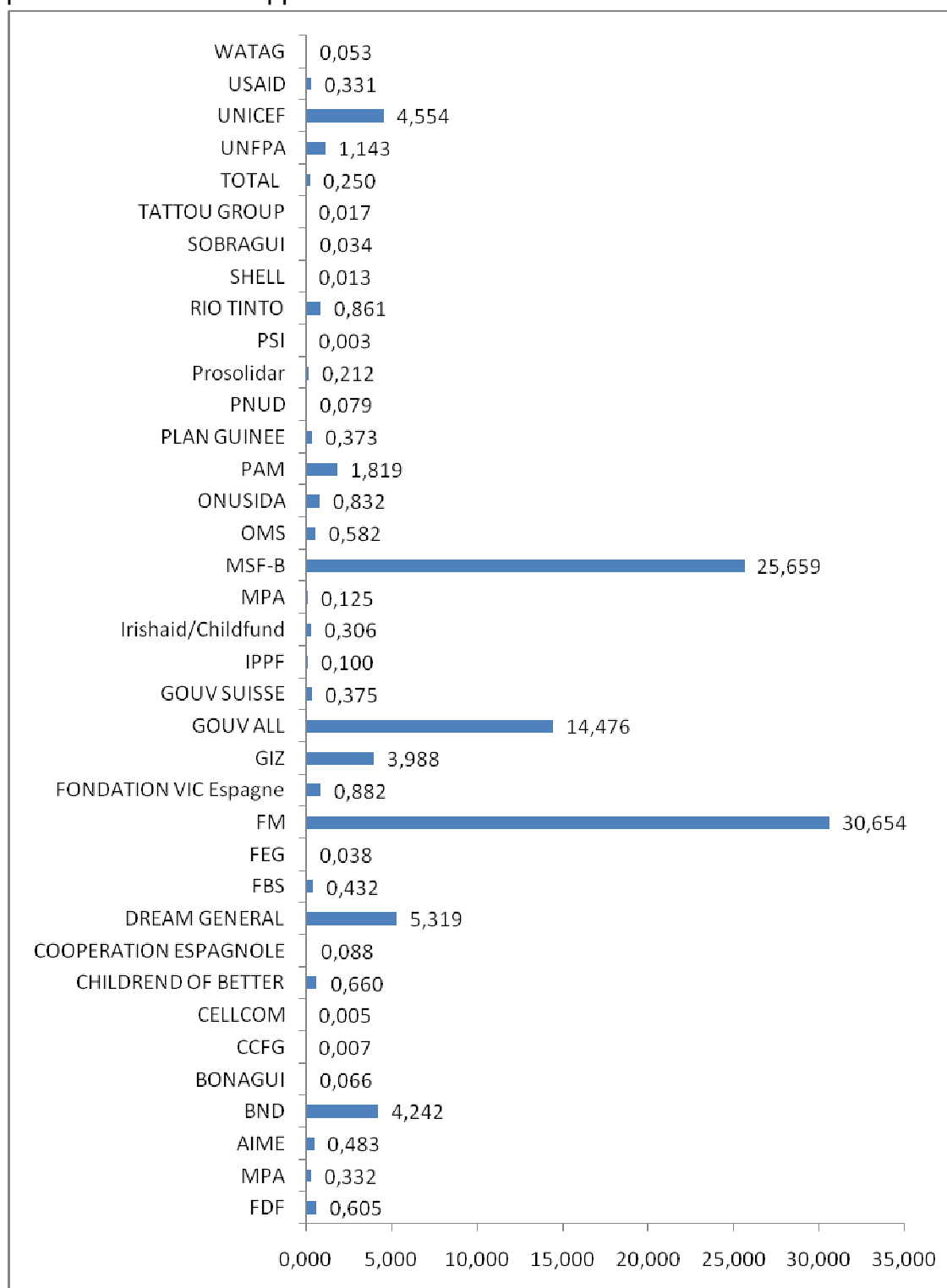


FIGURE 18 : participation financière en % des acteurs/partenaires à la riposte au sida en Guinée en 2011.

3.2.2- Engagement politique

Objectifs 7: Aide indispensable et synergie avec les secteurs du développement

INDICATEUR 7.1

Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)

La collecte des informations en vue de renseigner l'Indice composite sur des engagements nationaux et moyens d'action (NCPI) a connu une participation effective de plusieurs acteurs.

Au total **17** répondants (**partie A**) des institutions publiques dont 5 sont issues des directions, divisions, programmes et services rattachées au ministère de la santé et de l'hygiène publique et 20 répondants (**partie B**) des organisations de la société civile, organismes bilatéraux et organisations du système des Nations Unies.

Les données collectées ont été dépouillées manuellement et traitées à l'aide du logiciel Excel.

Le questionnaire était subdivisé en deux parties A et B. la partie A couvrait six (6) domaines : i) Plan stratégique, ii) soutien politique et leadership, iii) Droit de l'homme, iv) Prévention, iv) Traitement, soins et accompagnement et vi) Suivi et évaluation

La partie B couvrait cinq (5) domaines : i) Participation de la société civile, ii) Soutien politique et leadership, iii) Droit de l'homme, iv) Prévention, v) Traitement, soins et accompagnement. Le tableau ci-dessous montre la synthèse de l'indice composite des politiques nationales de 2011.

TABLEAU XI : Synthèse des scores de l'indice composite des politiques nationales 2011

Parties	Note sur 10
Partie A	6.91
Plan stratégique	7.10
Soutien Politique et leadership	6.89
Droit de l'homme	8.00
Prévention	7.00
Traitement, soins et accompagnement	6.00
Suivi et Evaluation	6.50
Partie B	5.67
Participation de la société civile	5.00
Soutien Politique et leadership	
Droit de l'homme	5.7
Prévention	6.00
Traitement, soins et accompagnement	6.00
NCPI	6.4

La comparaison entre les NCPI 2010 et NCPI 2011 montre une augmentation globale de scores entre les 2 périodes passant de 4,9 à 6,4. Cette augmentation a été enregistrée au niveau de la partie A tout comme au niveau de la partie B. La partie A est passée de 5,2 en 2010 à 6,91 en 2011. La partie B est passée de 4,6 en 2010 à 5,67 en 2011.

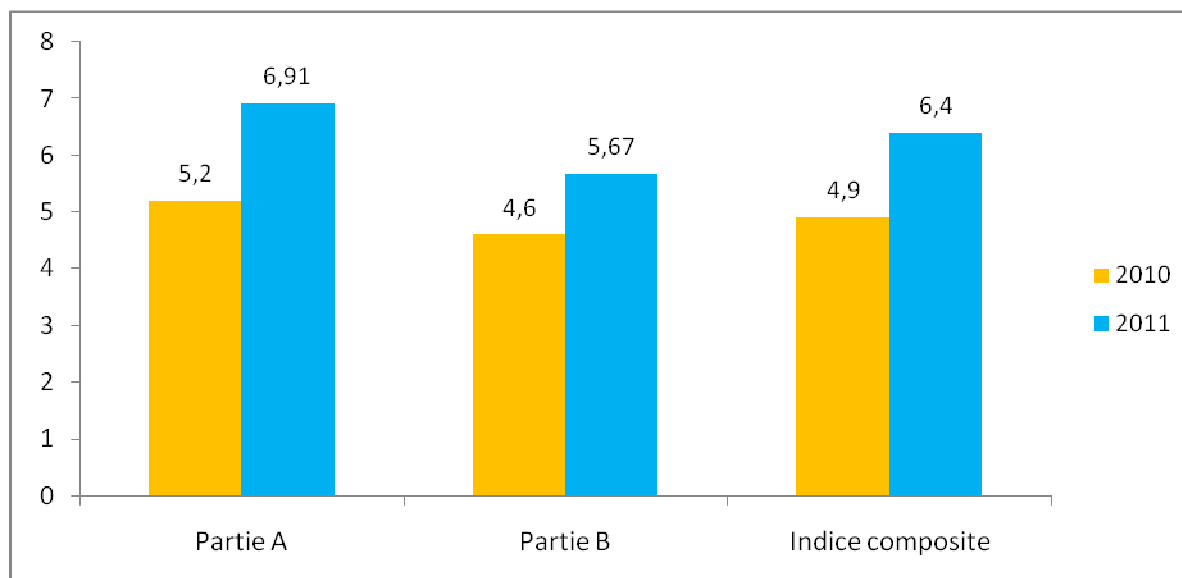


FIGURE 19 : Comparaison des ICPN UNGASS 2010 et UNGASS 2012

Les répondants des parties A et B reconnaissent la participation massive et active des organisations de la société civile et des partenaires techniques et financiers à l'élaboration de ce document de riposte au VIH/sida en Guinée.

Au total presque tous les répondants reconnaissent que la riposte au VIH/sida bénéficie de l'appui politique au plus haut sommet de l'état. Les répondants des personnes ayant répondu aux questionnaires ont apprécié l'engagement du Gouvernement dans la riposte à travers l'inscription et alimentation d'une ligne pour l'achat des ARV et réactifs dans le budget national de développement (BND).

L'implication personnelle du chef de l'état, de la première Dame et surtout de son excellence Monsieur le Premier Ministre qui est le Président du Comité National de Lutte contre le Sida a été également appréciée par les répondants.

En ce qui concerne les droits de la personne, les répondants des 2 parties ont confirmé les efforts consentis par le gouvernement guinéen en vue de promouvoir les droits des personnes vulnérables, notamment des PVVIH dans la diffusion de l'Ordonnance N° 056/2009/PRG/SGG relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/Sida en République de Guinée.

Selon les répondants, les programmes de prévention mis en place dans la riposte ont connu des avancées significatives parmi lesquelles l'enseignement effectif du VIH/sida à tous les niveaux de l'enseignement, l'extension des sites PTME/CDV. Les répondants des 2 parties affirment que les difficultés relevées dans le domaine de la prévention sont entre autre l'insuffisance de ressources financières, le manque de visibilité sur certaines populations clés (HSH, CDI), une insuffisance dans la remontée des données et de coordination des actions menées sur le terrain.

Les répondants de la partie B ont mis l'accent sur les obstacles rencontrés lors des campagnes de sensibilisation sur le VIH dont entre autres les tabous, la stigmatisation et les rumeurs. Aussi, il a été noté que ces campagnes de sensibilisations sont en nette régression par rapport aux années antérieures.

La gratuité du traitement ARV, effective depuis septembre 2007, les répondants affirment que la majorité des PVVIH ont accès aux ARV. Cependant des problèmes subsistent quant à l'accessibilité des patients éligibles à ce traitement. Ils déplorent les fréquentes ruptures de stock d'ARV et de réactifs de laboratoire, l'insuffisance et la faible capacité des sites PTME/CDV, l'insuffisance de bilan de suivi biologique des patients sous ARV et la non inclusion de la prise en charge psychosociale et psychologique dans le continuum de soins apporté aux personnes infectées par le VIH.

Selon les répondants des 2 parties, des progrès considérables ont été réalisés en faveur des OEV notamment l'appui dans la scolarisation, l'appui nutritionnel et la réinsertion socioprofessionnelle. Cependant, ils notent une insuffisance de synergies d'action entre les intervenants. Le manque de textes spécifiques régissant le placement des OEV dans les institutions d'accueil et l'insuffisance des moyens financiers pour la prise en compte des besoins spécifiques des OEV, a été ressorti.

Les acquis en matière de suivi/évaluation sont entre autre la mise en place d'une Commission de travail multisectorielle nationale de Suivi –Évaluation, l'existence d'un plan national unique de suivi/évaluation incluant les 12 composantes, la budgétisation du plan national de suivi/évaluation et l'accroissement du nombre de supervisions intégrées des structures déconcentrées.

Malgré ces acquis, il a été observé que les activités de suivi/évaluation sont tributaires d'insuffisance de ressources humaines qualifiées, insuffisance de décentralisation (région et préfectures), insuffisance d'enquête d'envergure nationale, difficultés de collectes et de remontée de données et du manque de coordination des interventions.

INDICATEUR 7.3

Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois

Il n'y a pas eu d'étude sur la cible de 15 à 49 ans. Cependant, selon une enquête nationale réalisée par UNFPA en 2009 sur Violence à l'égard des femmes et des hommes de 15 à 64 ans, **36,5%** des femmes âgées de 15 à 64 ans ont déclaré avoir subi des violences physique, sexuelle et psychologique.

Cette proportion varie selon le type de violence. Selon la même étude, les violences émotionnelles viennent en tête de liste avec 27%, suivies par les violences sexuelles 14,8%, puis les violences physiques 13,9%. Le tableau ci-dessous montre l'estimation des effectifs de femmes victimes de violences au cours des 12 derniers mois.

Type de violences	Nombre estimé des femmes âgées de 15	Taux d'incidence (12 derniers mois)	Nombre de victimes au cours des 12 derniers mois
Violence émotionnelle	2 600 000	27.0	702 000
Violence physique		13.9	361 400
Violence sexuelle		14.8	384 800
Ensemble		36.5	949 000

IV – MEILLEURES PRATIQUES

Engagement politique du gouvernement

Au cours des années 2010 – 2011, l'engagement du gouvernement guinéen se traduit par :

- Ouverture et alimentation d'une ligne budgétaire pour le fonctionnement du SE/CNLS et achat des ARV.
- Implication de la première dame dans la PTME à travers sa fondation humanitaire

Partenariat entre le SE/CNLS, SOLTHIS et ONUSIDA pour l'amélioration du système national de Suivi-Evaluation

Mis à disposition d'une expertise internationale par SOLTHIS, financement et appui technique de l'ONUSIDA des l'activité du renforcement du système de suivi et évaluation du sida est à encourager et à poursuivre.

Diffusion de l'ordonnance 056/2009/PRG/SGG relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida en Guinée

L'amorce de la diffusion de l'ordonnance a permis aux PPVIH de s'approprié de leur droit. La diffusion doit être continue.

Réalisation des premières enquêtes sur l'estimation de la taille des Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et des professionnelles de sexe (PS) à Conakry.

Cette enquête a permis d'identifier les sites et les HSH et PS. Une couverture nationale de l'enquête est requise.

Réalisation de la première enquête sur l'Estimation des Flux des Ressources et de Dépenses nationales de la lutte contre le VIH/sida et les IST en Guinée 2009-2010 (EF-REDES Guinée 2011)

Elle permet de connaître la situation des dépenses : sources, catégories, bénéficiaires etc. Elle doit s'intégrer dans les activités de routine de reportage annuel.

Réalisation de la première étude sur l'analyse situationnelle sur la problématique de la coïnfection Tuberculose et VIH

Elle a identifié les problèmes liés à la prise en charge de la coïnfection TB/VIH afin de proposer les mesures correctives.

La mise à jour et validation du guide « Islam et VIH »

Il encourage la prise en compte de la problématique dans les messages (sermon vendredi) des leaders religieux. Cette pratique doit continuer et être étendue à d'autres communautés religieuses.

V - PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

5.1. PRINCIPAUX OBSTACLES

Les principaux obstacles à la riposte au sida en Guinée sont d'ordre : politique, financier, socioculturel et sanitaire.

Obstacles politiques

- Instabilité sociopolitique en 2010
- Insuffisance dans le suivi de la mise en application des déclarations et des engagements.
- Faible coordination des interventions de la riposte
- Faible alignement des partenaires au cadre stratégique national

Obstacles d'ordre financier

- Faible participation de l'Etat au financement de la riposte
- Faible implication du secteur privé dans le financement de la riposte
- Forte dépendance vis-à-vis des fonds des partenaires extérieurs
- Baisse de financement de la part de certains bailleurs liée à la crise économique mondiale

Obstacles socioculturels

- Persistance de certaines pratiques culturelles vis-à-vis de sida (stigmatisation, discrimination, sororat et lévirat, excision clandestine etc.)
- Persistance et accroissement de la pauvreté surtout chez les femmes

Obstacles d'ordre sanitaire

- Faible couverture nationale des services de prévention, de traitement, soins et soutien aux PVVI
- Faible promotion de la santé pour l'utilisation des services disponibles
- Mauvaise répartition et démotivation des ressources humaines
- Faible performance du système d'information sanitaire ;

5.2 PRINCIPALES MESURES CORRECTIVES

- Processus de la finalisation de la transition en cours
- Plaidoyer pour la mobilisation de ressources auprès du gouvernement et des partenaires financiers
- Le renforcement du système national de suivi, recherche et évaluation
- La mise en œuvre du plan d'extension des offres de services
- le renforcement des capacités programmatique, financière, managériale, humaine et de gestion des approvisionnements et des stocks
- l'Intégration de la riposte au sida à une stratégie plus large de réduction de la pauvreté.

- le renforcement de la capacité institutionnelle et opérationnelle des ONG nationales, des réseaux et associations de PVVIH, des jeunes, de femmes et des jeunes filles.
- la mise en place d'un observatoire des droits des PVVIH et personnes affectées.

VI - SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

Dans la perspective du renforcement du partenariat dans la riposte au sida, le SE/CNLS avec l'appui de ses partenaires a réalisé au cours de l'année 2010 et 2011 les activités ci-après :

- **Renforcement du système de suivi et évaluation du VIH** : Mise en place du groupe national suivi et évaluation, l'opérationnalisation de la commission multisectorielle de suivi et évaluation VIH, l'harmonisation des outils, indicateurs, manuel d'utilisation des outils de gestion des données ont été possibles grâce au partenariat entre **le SE/CNLS, MSHP, SOLTHIS et ONUSIDA.**
- **Renforcement du programme PTME** : révision des normes et procédures, document de référence, manuels de formation, appui financier et techniques dans les fournitures des intrants et renforcement de capacité des prestataires à travers le partenariat MSHP, Fonds Mondial, UNICEF, DREAM, MSFB, ONUSIDA, SOLTHIS, Banque Mondiale, OMS, PNUD etc.
- Appui à la prévention, prise en charge, soins et soutien de Fonds Mondial, MSFB, GIZ, PAM, UNFPA, ONUSIDA, UNFPA, Faisons ensemble, PSI, FMG, ASFEGMASSI, DREAM
- Adhésion des partenaires à la réalisation des objectifs du Forum National des Partenaires de la riposte au VIH en Guinée (FNP)
- Participation à la planification intégrée du système de nations unies UNDAF

Mobilisation des ressources

Durant les périodes 2010 et 2011

- Accord de Subvention du Fonds Mondial à la Guinée à la série 10 du VIH/sida, RSS et la 2^{ème} phase de la série 6 VIH/sida et série 9 de la tuberculose
- **L'élaboration du Projet d'appui à la décentralisation de la riposte au VIH en Guinée** » d'un montant de **6 503 000 US dollars** pour compléter financement du Round 10 du Fonds Mondial, soumis au compte du 12^{ème} Fonds Africain de Développement (FAD) de la Banque Africaine de Développement(BAD).
- **Initiative de Financements innovants**
Le SE/CNLS en collaboration avec le Ministère de la coopération internationale a déclenché le processus de financement de la riposte à travers les taxes sur les billets d'avion au départ de Conakry "UNITAID".
Par ailleurs, le SE/CNLS, en rapport avec les ministères, les services publics et privés concernés, a également initié le prélèvement des taxes sur certains produits à l'importation comme les boissons alcoolisées et non alcoolisées, le tabac et la loterie.

VII - SUIVI ET EVALUATION

Le cadre institutionnel à partir duquel se fait la mise en du plan de Suivi-Evaluation national est composé de deux principaux organes :

- **Les organes de coordination** : l'unité de suivi-évaluation et recherche, les unités de suivi et d'évaluation des différents secteurs et des organisations de la société civile, la commission technique multisectorielle de Suivi et Evaluation, le groupe de référence en suivi et évaluation. Ces organes techniques, multidisciplinaires et multisectoriels dont les attributions, la composition et le fonctionnement sont clairement spécifiés, permettront de renforcer l'action de l'unité suivi évaluation et recherche du SE/CNLS, du PNPCSP/MSHP et celle de ses démembrements au niveau régional.
- **Les organes d'exécution** : les cellules régionales et les cellules préfectorales à travers les chargés de suivi et d'évaluation.

L'évaluation des 12 composantes de 2010 (rapport Accès universel 2010) et l'auto-évaluation de 2011, ont montré des progrès non négligeables, cependant les principaux défis dans ce domaine demeurent l'opérationnalisation des structures décentralisées : la disponibilité des ressources qualifiées, la base de données (CRIS 3) décentralisée et la réalisation des enquêtes et études surveillance au niveau national entre autres.

Au cours des années 2010 et 2011, le SE/CNLS, le PNPCSP et les autres partenaires de la riposte, ont entrepris avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA et SOLTHIS, l'harmonisation des indicateurs et outils de collecte. Ces outils sont en voie d'implémentation dans les sites de prise en charge au niveau national.

Pour renforcer l'unicité du système national de Suivi-Evaluation du VIH, une commission multisectorielle de suivi-évaluation se réunit chaque trimestre.

Les différents documents de Suivi-Evaluation et de recherche sont validés par cette commission.

6.1 Renforcement mécanisme de collecte et de gestion des données de routine

En 2010 et 2011, des indicateurs et outils de collecte harmonisés ont été implémentés dans certains sites de prise en charge. Des missions de supervision intégrées ont été initiées dans le cadre de l'unicité du système et sont effectuées pour évaluer l'impact des différentes interventions. Des données de routine sont produits par les programmes et contribuent chaque année à la production des rapports de progrès (Accès universel, Point sur l'épidémie, UNGASS).

6.2 Renforcement de la communication stratégique en matière de riposte aux IST /VIH y compris la documentation et diffusion des meilleures pratiques

Pour améliorer la coordination et le partage d'informations, le SE/CNLS a créé le site web « www.cnls-guineeconakry.org ».

Le SE/CNLS a noué des relations de partenariat avec le bulletin Sekutureya Infos et l'Univers magazine (Estudiantin) pour diffuser des informations relatives à la lutte contre le VIH.

Pour faciliter et harmoniser la gestion des données relatives au VIH, le SE/CNLS avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA, a initié l'installation d'un logiciel unique « CRIS 3 » (système d'information pays pour la riposte au sida) en Guinée. Le paramétrage du logiciel CRIS 3 a été effectué au niveau du SE/CNLS, PNPCSP et la Coordination SE/CNLS régionale de Conakry.

6.3 Renforcement de la promotion de la recherche en matière de riposte aux IST et VIH

Au cours de la période 2010-2011, un certain nombre d'enquêtes et d'études régionales ont été réalisées par des partenaires de la riposte au sida en Guinée. Parmi ces études et enquête, nous pouvons citer :

1. Déterminant d'utilisation systématique du condom chez les jeunes de 15 à 24 ans en Guinée, premier passage (PSI-2010) ;
2. Estimation de la taille de Professionnelles de sexes (PS), SE/CNLS/ONUSIA (2011) ;
3. Estimation de la taille des Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH) SE/CNLS/ONUSIA (2011);
4. Déterminant d'utilisation du condom chez les policiers, deuxième passage (PSI-2010),
5. Déterminant d'utilisation du condom chez les routiers sur les axes de PSMAO, deuxième passage (PSI-2010) ;
6. Analyse situation de la coinfection Tuberculose et VIH, SE/CNLS/ONUSIDA (2011);
7. Déterminants d'utilisation du condom chez les travailleuses de sexe avec clients, deuxième passage (PSI-2010) ;
8. Etude sur l'estimation des Ressources et de Dépenses nationales de la lutte contre le sida et les IST en Guinée (REDES) 2009–2010 (SE/CNLS/ONUSIDA 2011);
9. Déterminant d'utilisation du condom chez les miniers en union dans les zones d'intervention du projet (PSI-2010) ;
10. Déterminant d'utilisation du préservatif dans la population générale de la Moyenne Guinée (PSI-2010).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- CCM (2009). Programme de renforcement et de décentralisation de la riposte nationale contre les IST/VIH pour l'accès universel d'ici 2014 en République de Guinée (Proposition de Guinée à la Série 9 du Fonds Mondial).
- CNLS (2002). Cadre stratégique national de lutte contre les IST/VIH/sida 2003-2007
- CNLS (2007). Accélération vers l'accès universel pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien
- CNLS (2007). Enquête de surveillance comportementale et biologique du VIH/sida en Guinée
- CNLS (2007). Revue du cadre stratégique national 2003-2007
- CNLS (2008). Cadre stratégique national 2008-2012
- CNLS (2008). Rapport UNGASS 2008
- CNLS (2008). Rapport de l'Enquête nationale de surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis
- CNLS (2008). Vers la réalisation de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, des soins et d'appui en République de Guinée
- CNLS (2009) Estimation projections pays/Spectrum VIH (OMS/ONUSIDA)
- CNLS (2009) Cartographie des risques et vulnérabilités, des offres de services et des interventions (non publié).
- CNLS/Faisons Ensemble (2009). Document national des politiques normes et procédures en conseil et dépistage du VIH
- Guinée. Ministère du Plan – Direction Nationale de la Statistique (2005). Enquête Démographique et de Santé de Guinée
- Guinée. Ministère du Plan – Direction Nationale de la Statistique (2006). Enquête Intégrale Budget-Consommation Guinée.
- HEALTH FOCUS (2009). Enquête de surveillance de seconde génération (SSG) Corridor Boké.
- Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (2007). Document de stratégie de réduction de la pauvreté
- Ministère de l'économie, des finances et du Plan (2008). Cadrage macro-économique (mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté)
- MPPSP-Guinée. Institut National de la Statistique septembre 2009 (www.stat-guinee.org/index.htm)
- MSHP (2004). Plan national de développement sanitaire 2005-2014
- MSHP (2006). Plan d'action pour l'accélération de la prévention du VIH/sida en Guinée
- MSHP (2007). Plan national d'extension de la prise en charge des PVVIH
- MSHP (2008). Plan national d'extension de la prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) 2008-2012

- MSHP (2009). Protocole de prévention et de prise en charge intégrées des victimes de viols et violences sexuelles en Guinée
- MSHP (2009). Enquête de surveillance de seconde génération (SSG) Conakry
- MSHP. Annuaire Statistique de Santé 2006 /2007
- MSHP. Plan Stratégique de développement sanitaire 2003 – 2012
- MSHP/CNLS (2005). Normes et procédures en prévention de la transmission mère enfant du VIH – PTME
- MSHP/CNTS (2010); Rapport d'activités 2009 du centre national de transfusion sanguine
- MSHP/PNPCSP (2008). Bulletin du rapport annuel
- ONUSIDA/Guinée (2008). Le point sur l'épidémie du SIDA et de la réponse en République de Guinée
- PCS/Chambre des Mines de Guinée (2009). Etude de faisabilité pour l'intégration de la prise en charge médicale et psychosociale des malades du sida dans 7 sites miniers des 3 principales zones minières de la République de Guinée
- PNUD (2008). Rapport sur le développement humain 2007/2008
- PNUD (2009). Rapport sur le développement humain 2009
- PSS/GTZ (2008). Etude CAP PSS/GTZ
- UNAIDS (2009). Draft VIH estimates with bounds

ANNEXES

LISTE DES MEMBRES DE L'EQUIPE DE REDACTION

N°	Prénoms et nom	structures	Tâches	Observation
Coordination				
Dr Abass DIAKITE SE/CNLS				
Dr Azara Bamba Louguet, UCC-ONUSIDA				
Dr Mahi BARRY, Consultant national				
SECTEUR PUBLIC				
1.	Dr Thierno Souleymane DIALLO	SE/CNLS	Point Focal rapport UNGASS	
2.				
3.	Dr Niouma Nestor LENO	SE/CNLS		
4.	Dr Cécile KOUROUMA	Coordination SE/CNLS Conakry		
5.	Dr Cheick Tidiane SIDIBE	PNPCSP		
6.	Dr Alhassane SOW	PNCSP		
7.	Saa Pierre YARADOUNO	PNCSP		
SOCIETE CIVILE				
8.	Dr Mohamed KEITA	REGAP+		
9.	Boubacar Djouldé DIALLO	FEG		
10.	Bamohamed DOUKOURE	FMG		
Secteur privé				
11.	Sékou Tidiane CAMARA	Privé		
PARTENAIRES INTERNATIONAUX				
12.	Dr Mamadou Bodié DIALLO	Unicef		
13.	Dr Saliou Dian DIALLO	OMS		
14.	Dr Abdoulaye KABA	ONUSIDA	Assistant technique	

N°	Prénoms et nom	Structures
1	Dr Abass Diakité	SE/CNLS
2	Dr Azara Bamba Louguet	ONUSIDA
3	Abdoulaye Barry	ROSIGUI
4	Elhadj Moustapha Barry	M.E.T.P et T
5	Hadja Salamata Bah	Coorp.internationale
6	Marguerite Lénard	Ministère de l'économie
7	Hadja Fatoumata Binta	REGAP+
8	Mamady Lamine KABA	M.D. budget
9	Habib DIALLO	CCM Guinée
10	Dr Bouimy Pascal Tiakpacoura	PAM
11	Dr Mamadou Aliou DIALLO	AGBEF
12	Dr Lamine DIALLO	Ministère de la Défense nle
13	Fatoumata Binta Bah	OIM
14	Dr Mohamed Keita	REGAP+
15	Nathalie Cartier	MSF-B
16	Mamadou Diouma Diallo	GSP
17	Dr Claude KIANGALA T	MSF-B
18	Abdoulaye Sow	FMG
19	Lansana Camara	PSI-Guinée
20	Dr Hadja Bintou Bamba	ASFEGMASSI
21	Abdoulaye Camara	SE/CNLS
22	Dr Bintou Diallo	SE/CNLS
23	Dr Maroul Diallo	USAID
24	Mamadouba Soumah	MASPEFE
25	Fofana Aboubacar1	DNPLAN
26	Ibrahima Diallo	SE/CNLS
27	Mohamed Doukouré	FMG
28	Condé Mohamed Iatif	REFIG
29	Boubacar Djouldé Tounkara	F.E.G
30	Bah Marlyatou	Faisons Ensemble
31	Oumar Bocoum	SE/CNLS
32	Diallo Assatou dioulde	BCR/Conakry
33	Abdoulaye Sylla	BCR/Conakry
34	Dr Sidibe Cheikh Tidiane	PNPCSP
35	Dr Ieno Niouma Nestor	SE/CNLS
36	Touré Nagnouma	SE/CNLS
37	Dr Fakanda camara	BCR/Conakry
38	Mariame Diallo	PF/MJEJ
39	Camara Sékou Tidiane	Privé
40	Dr Abdoulaye KABA	ONUSIDA

41	Dr Yayé Kany Diallo	ONUSIDA
42	Dr Barry Alpha	MEPU-EC
43	Mme Diallo Mariama	MJEJ
44	Dr Loua Howow Alphonse	SE/CNLS
45	Dr Diallo Alpha Ibrahima	GIZ