

REPUBLIQUE DE GUINEE



Travail-Justice-Solidarité

PRIMATURE

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CNLS)
(SECRETARIAT EXECUTIF)



RAPPORT UNGASS 2005 GUINEE

Unité Suivi-Recherche-Evaluation du SE/CNLS
Janvier 2006

TABLE DES MATIERES

I COUP D'ŒIL SUR L'ETAT DE LA SITUATION	3
II VUE D'ENSEMBLE DE L'EPIDEMIE DU SIDA	9
III RIPOSTE NATIONALE À L' EPIDEMIE DE SIDA.....	10
IV PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRES ET ACTIONS NECESSAIRES POUR ATTEINDRE LES BUTS ET OBJECTIFS.....	20
V APPUI NECESSAIRE DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT DANS LE PAYS.....	21
VI CADRE DE SUIVI ET D' EVALUATION.....	22
<u>VII</u> ANNEXES 1: PROCESSUS DE CONSULTATION POUR LE RAPPORT UNGASS EN GUINEE.....	28

I COUP D'ŒIL SUR L'ETAT DE LA SITUATION

Située en Afrique de l'Ouest, dans une région très instable, la Guinée avec une population de 8,4 millions d'habitants partage plus de 3300 kilomètres de frontières terrestres avec six pays ; quatre d'entre eux ; soient la Côte d'Ivoire, la Guinée-Bissau, le Libéria et la Sierra Leone ont connu des conflits au cours des dernières années et connaissent de graves épidémies de VIH/SIDA¹. La République de Guinée est un des pays à bas revenu avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant de 560 \$US.

La prévalence de la pauvreté reste élevée en Guinée. Selon une étude récente sur le profil de pauvreté en Guinée, une personne sur deux parmi la population vit en dessous du seuil de pauvreté et éprouve en conséquence des difficultés d'accès aux soins de santé essentiels et à l'éducation de base. Les résultats de l'enquête intégrale du budget de consommation des ménages (EIBC) révèlent que la pauvreté n'est pas uniformément distribuée dans le pays. Des disparités importantes existent selon le sexe, les catégories socioprofessionnelles, la résidence et les régions naturelles. D'ailleurs, dans une même zone des disparités sont relevées et elles sont plus marquées au détriment des femmes et des villages. L'incidence de la pauvreté est 2 fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (52 % contre 24 %). Les conditions d'habitat et d'hygiène sont globalement précaires. A ces facteurs est venu se greffer l'afflux des réfugiés venus du Libéria, de la Sierra Leone, de la Guinée Bissau et de la Côte d'Ivoire

A l'aube du millénaire, l'espérance de vie du guinéen est estimée à 49 ans. L'épidémie de VIH/SIDA a connu une croissance importante au cours des cinq dernières années en Guinée. Le taux de prévalence a presque doublé entre 1996 et 2001, passant de 1,5% à 2,8% chez les femmes enceintes (considérées comme représentatives de la population en général) à défaut des données issues d'une enquête au sein de la population générale.

L'analyse des données disponibles révèle une certaine féminisation dans la propagation de l'épidémie dans le temps ainsi que des taux de prévalence particulièrement élevés chez des groupes particuliers, entre autres, les filles libres, les personnes atteintes d'une infection sexuellement transmissible ou de la tuberculose, les camionneurs, les militaires et les travailleurs miniers. Malgré la faible prévalence par rapport à plusieurs pays avoisinants, le VIH/SIDA tend à devenir l'une des premières causes de mortalité et de morbidité chez l'adulte guinéen et le taux actuel de séroprévalence classe la Guinée dans la catégorie des pays ayant une épidémie généralisée.

Cette situation est vraisemblablement attribuable à différents facteurs économiques, sociaux et culturels à l'intérieur du pays. La situation économique défavorable, la pauvreté persistante et le manque de financement pour les programmes sociaux ont certainement nui aux efforts pour améliorer les conditions de vie de la population guinéenne.

Au-delà de ces facteurs socioéconomiques qui accentuent les comportements sexuels à risque et aident à la propagation de l'épidémie, l'instabilité que connaissent plusieurs pays voisins de la Guinée est aussi un facteur qui favorise le développement de cette pandémie. En effet, les populations déplacées et les flux de réfugiés sont généralement des groupes plus vulnérables à la transmission du virus en raison de leur situation de précarité. De plus, la forte présence de militaires et de rebelles dans certaines zones accentue les risques de propagation de l'épidémie en limitant et en rendant plus risquée l'offre des services publics de base et l'intervention des organisations non gouvernementales (ONG) et organisations à base communautaire (OBC). Entre autres, la prise en charge des malades et des orphelins et enfants vulnérables (OEV) du SIDA devient ainsi une question cruciale en cours de résolution.

La gravité du problème en termes de santé publique et la nécessité d'agir de concert avec tous les secteurs de la société ont conduit le gouvernement et les partenaires au développement à inscrire le SIDA au centre de leurs préoccupations. Le taux élevé de séroprévalence parmi la population risque de compromettre les actions de développement humain, y compris l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), un agenda ambitieux adopté par les pays membres des Nations Unies pour réduire la pauvreté ainsi que ses causes et manifestations d'ici à 2015.

¹ Selon les estimations de l'ONU SIDA, les taux de prévalence du VIH/SIDA seraient de 9,7% en Côte d'Ivoire, 2,8% en Guinée-Bissau, 12,7% au Libéria et 7,0% en Sierra Leone

Les tendances dégagées au sujet de l'épidémie du VIH/SIDA démontrent que nombreux sont les pays, en particulier situés au sud du Sahara, qui savent à quel point ce fléau menace leur économie, leur productivité et leur sécurité ainsi que le bien être des ménages et des communautés.

L'impact socio-économique de l'infection sur les ménages, les particuliers et les entreprises de production de biens et de services est considérable. Il se traduit par une disparition de travailleurs qualifiés et expérimentés, une diminution de la productivité, une baisse des revenus et la faible capitalisation des potentialités et des précieux acquis du développement durable. Dès lors, il est compréhensible que la réponse nationale face à l'épidémie soit à la dimension de l'importance accordée à ce fléau.

Plusieurs indicateurs sociodémographiques et sanitaires sont parmi les plus préoccupants de la sous région ouest africaine. Selon l'EDSG III+ 2005, le taux de prévalence contraceptive reste bas (9 %), le taux brut de natalité est de 38,4 pour 1000 individus, les accouchements assistés sont estimés à 38%, l'Indice de fécondité est estimé à 5,7 par femme. Le statut nutritionnel des femmes et des enfants apparaît comme étant critique surtout chez les mères qui n'ont aucun niveau d'instruction.

Le taux de mortalité infantile est estimé à 128 pour mille, la couverture vaccinale en Guinée est de 37% d'enfants complètement vaccinés selon les carnets de vaccination ou la déclaration des mères

Le taux de scolarisation est globalement faible 56.7 % en 2000, pour l'année scolaire 2003-2004: 74 % au primaire, 39 % au collège et 16 % au lycée et on note une importante disparité entre garçons et filles. De même, le taux d'alphabétisation est également faible. Il se caractérise par un déséquilibre entre les hommes et les femmes avec des proportions respectives de 41 % et de 22 % pour le pays. Cette situation influe négativement sur l'adoption de comportements favorables à la santé en particulier en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles y compris le SIDA. C'est pourquoi, la lutte contre les IST/VIH/SIDA constitue une priorité.

A l'image de bien de pays, en Guinée, la nécessité d'une approche multisectorielle visant une synergie d'actions concertées s'est avérée indispensable. La matérialisation de cette vision s'est traduite par la mise en place d'un organe national de coordination des actions dénommé Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) placé sous la tutelle de la Primature. Ainsi, sous l'impulsion et la coordination de ce comité des stratégies multisectorielles de lutte contre le VIH/SIDA ont été mises en œuvre: prévention, prise en charge, dépistage volontaire et surveillance sentinelle. En plus, le pays a intégré la question du VIH/SIDA dans tous les programmes de développement. C'est ainsi que les aspects liés au VIH/SIDA sont largement pris en compte dans la stratégie nationale de la réduction de la pauvreté.

Le présent rapport UNGASS de la République de Guinée pour la période 2005 fournit des indications essentielles sur les progrès enregistrés dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de la déclaration d'engagement concernant la lutte contre le VIH /SIDA. Il s'agit d'un rapport synthèse issu d'intenses activités de collecte et de traitement de l'information de plusieurs sources. Ce rapport est destiné à fournir aux Gouvernement, aux acteurs et partenaires au développement des informations pertinentes sur l'impact des interventions mises en œuvre selon l'approche multisectorielle.

En plus de la prise en compte des résultats de la revue analytique de documents de référence et d'enquêtes spécifiques, le rapport UNGASS de la Guinée est le produit d'une série de consultations auprès des décideurs, acteurs et bénéficiaires d'actions sur le terrain. D'emblée le dialogue et la confrontation d'idées ou des données ont conduit, à échanger, puis à approfondir les réflexions et analyses thématiques. L'effet bénéfique attendu est de favoriser l'amélioration du processus de collecte, de centralisation et de traitement de l'information utile aux fins d'une meilleure planification des interventions et d'allocation rationnelles des ressources. Ceci offrirait un cadre propice à l'élaboration des prochains rapports dans l'optique d'une qualification du processus d'année en année.

Le SE/CNLS a tenu à ce que la collecte des informations puisse reposer sur une enquête la plus représentative possible, en privilégiant l'approche participative au cours du processus de la collecte des données.

Malgré le contexte économique difficile que traverse le pays, d'importants progrès dans la mobilisation des ressources dont les compétences nationales ont été réalisées. Cependant, les défis fondés sur un socle d'axes stratégiques et opérationnels qui nous paraissent fondamentaux, ont été relevés et des recommandations formulées sur la base des constats de terrain ainsi que des besoins exprimés par les acteurs.

INDICATEUR DE BASE UNGASS RETENUS PAR LA GUINEE

En 2005, la Guinée a exécuté sa troisième enquête Démographique et de Santé (EDSIII) avec module SIDA à travers le prélèvement de sang dans un échantillon de participants. L'EDSG III+ représente une source clé de données pour le système et alimente 7 indicateurs d'UNGASS

- **Prévalence du VIH chez les adultes**

Estimation du nombre de PVS, fin 2005	Groupe d'âge	Taux chez les hommes (%)	Taux chez les femmes (%)	Ensemble (%)	Effectif pondéré	Source
Année 2005	15-49 ans	0,9	1,9	1,5	6387	EDSG-III (2005)

- **Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon l'âge, EDSG-III**

Guinée 2005

Age	Femmes (%)	Hommes (%)	Ensemble (%)	Effectif
15-19	1,0	0,5	0,8	1465
20-24	1,4	0,7	1,1	1020
25-29	2,0	1,1	1,7	894
30-34	2,8	0,6	2,0	833
35-39	1,9	0,6	1,5	904
40-44	1,4	3,1	2,1	653
45-49	3,3	0,6	2,1	619
Ensemble	1,9	0,9	1,5	6387

- **Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon la religion**

Religion	Hommes	Femmes	Ensemble	Effectif
Musulmane	0,8	1,4	1,2	5304
Chrétienne	2,2	6,4	4,6	701
Animiste	0,0	0,0	0,0	175
Sans religion	0,0	1,2	0,9	140

- **Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon le Quintile de bien être économique**

Quintile de bien être économique	Hommes (%)	Femmes (%)	Ensemble (%)	Effectif
Le plus pauvre	2,1	1,4	1,7	1191
Second	0,6	0,7	0,7	1102
Moyen	0,4	0,6	0,5	1173
Quatrième	1,0	2,8	2,1	1268
Le plus riche	0,7	3,6	2,2	1587

Pourcentage des enfants de moins de 15 ans qui sont orphelins (filles, garçons)

Impact démographique du VIH/SIDA	Année	Estimation	Sources
Enfant ayant perdu leur mère ou les deux parents à cause du VIH/SIDA à 15 ans ou avant, depuis le début de l'épidémie	1999	30.000	ONUSIDA/OMS, Juin 2000
Estimation du nombre de décès dus au SIDA	1999	5600	ONUSIDA/OMS, Juin 2000
Enfant ayant perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du VIH/SIDA à l'âge de 15 ans ou avant, depuis le début de l'épidémie	2005	ND	ND
Estimation du nombre de décès dus au SIDA	2005	ND	ND

- Ratio d'enfants de 10 à 14 ans orphelins/non-orphelins actuellement scolarisés (filles, garçons)

Impact démographique du VIH/SIDA	Année	Estimation	Source
Ratio d'enfants de 10 à 14 ans ayant perdu leur mère ou les deux parents à cause du VIH/SIDA, depuis le début de l'épidémie	2005	ND	ND

- Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans (hommes, femmes) qui, à la fois, identifient correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la prévention du VIH

Indicateurs de comportement	Groupe d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)	Ensemble (%)	Source
Entendu parler du SIDA	15-24 ans	97,75	97,1	97,743	EDS G-III(2005)
Pense qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/SDA	15-24 ans	83,7	72,65	78,18	EDS G-III (2005)
Effectif pondéré	15-24 ans	2708	7955	10663	EDS G-III(2005)

- Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans (hommes, femmes) déclarant utiliser le préservatif lors de rapports sexuels avec un(e) partenaire occasionnel (le)

Indicateurs de comportement	Groupe d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)	Ensemble (%)	Source
Partenaire non-cohabitant	15-24 ans	41,95	27,6	37,76	EDSG-III (2005)
N'importe quel partenaire	15-24 ans	40,25	10,5	25,38	EDS-III (2005)
Effectif pondéré	15-24 ans	1283	2163	3446	EDSG-III (2005)

- **Age médian au premier rapport sexuel (hommes, femmes)**

Caractéristique du comportement sexuel	Femmes	Hommes	Ensemble (%)
Age aux premiers rapports sexuels			
<16 ans			
16-17 ans			
18-19 ans			
20 ans ou plus	364	486	850 (41,59)
ND	153	686	838 (41)
	312	44	356 (17,43)
Total	829	1216	2044

- **Pourcentage de jeunes de 15-24 ans (hommes, femmes) qui ont été sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois écoulés et qui ont eu des rapports sexuels avec un (e) partenaire avec le quel ils ne sont pas mariés et ne cohabitent pas**

Indicateurs de comportement	Groupe d'âge	Ensemble (%)	Source
Partenaire non-cohabitant	15-24 ans	26,44	EDSG-III (2005)
N'importe quel partenaire	15-24 ans	73,55	EDSG-III (2005)
Effectif pondéré	15-24 ans	2163	EDSG-II (2005)

- **Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans (hommes, femmes) qui connaissent les symptômes des MST et peuvent citer au moins trois moyens de se protéger contre le VIH** ND

- **Pourcentage des hommes adultes qui ont déclaré utiliser le préservatif avec une partenaire occasionnelle lors des 12 derniers mois du dernier rapport sexuel**

Indicateur de comportement	Groupe d'âge	Hommes (%)	Effectif pondéré	Source
Partenaire non-cohabitant	15-49 ans	45,88	1079	EDSG-III (2005)
N'importe quel partenaire	15-49 ans	28,8	2013	EDSG-III (2005)

- **Pourcentage de la population vulnérable (jeunes, hommes/femmes) qui a utilisé un préservatif lors de son dernier rapport sexuel**

Indicateurs de comportement	Groupe d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)	Effectif pondéré	Source
A déjà utilisé un condom	15-49 ans	13,61	3,80	5657	EDSG-III (2005)
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	15-49 ans	2,67	3,65	3209	EDSG-III (2005)

- **Pourcentage de ceux qui reconnaissent l'existence du VIH/SIDA qui ont utilisé un préservatif avec un partenaire qui n'est pas leur partenaire habituel dans les 12 derniers mois**

Indicateurs de comportement	Groupe d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)	Ensemble (%)	Effectif pondéré	source
Entendu parler du SIDA	15-49 ans	98,9	96,28	97,59	10663	EDSG-III (2005)

Utilisation du préservatif avec un partenaire non habituel dans les 12 derniers mois	15-49 ans	28,8	5,94	17,37	5345	EDSG-III (2005)
--	-----------	------	------	-------	------	-----------------

- Pourcentage d'hommes/de femmes qui ne connaissent pas les moyens de transmission du VIH ou qui ont une connaissance erronée

Indicateur de comportement	Groupe d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)	Ensemble (%)	Effectif	Source
Ne connaissent pas un moyen de transmission du VIH	15-49 ans	16,3	27,35	21,83	10663	EDSG-III (2005)

AUTRES INDICATEURS

- **Pourcentage d'hommes et de femmes de 15-49 ans ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois**

Indicateur de comportement	Groupe d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)	Ensemble (%)	Effectif	source
Rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois	15-49 ans	18	6	25	5658	EDSG-III (2005)

- **Pourcentage d'hommes et de femmes de 15-49 ans déclarant avoir eu une IST au cours des 12 derniers mois**

Indicateur de comportement	Groupe d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)	Ensemble (%)	Effectif	Source
A déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST	15-49 ans	3,23	19,55	22,80	5658	EDSG-III (2005)

- **Pourcentage d'hommes et de femmes de 15-49 ans ayant déjà effectué un test VIH**

Indicateurs de comportement	Groupe d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)	Ensemble (%)	Effectif	Source
A déjà effectué un test VIH	15-49 ans	2,76	1,41	4,17	5657	EDSG-III (2005)

- **Pourcentage de couples cohabitants dont les conjoints ont été testés selon leur statut sérologique VIH (Source : EDSG-III (2005))**

Statut	Pourcentage
Les deux conjoints sont positifs	0,37
Homme positif, femme négative	0,88
Femme positive, homme négatif	0,61
Les deux conjoints sont négatifs	98,14
Total	100

II VUE D'ENSEMBLE DE L'EPIDEMIE DU SIDA

Une estimation précise de la prévalence de VIH a été nécessaire pour évaluer l'ampleur de l'épidémie en Guinée et pour suivre la progression de l'épidémie au cours du temps. Les données des sites sentinelles de surveillance épidémiologique, provenant des femmes enceintes qui viennent pour les consultations prénatales et l'enquête sur la séroprévalence réalisée en 2000, ont jusque là été les principales sources d'informations sur la prévalence du VIH en Guinée.

Les données provenant des sites sentinelles sont d'une grande valeur parce qu'elles peuvent être disponibles de façon assez régulière, et elles sont moins coûteuses à collecter que celles d'une enquête nationale représentative de la population générale. Toutefois, les données de ces sites de surveillance présentent plusieurs insuffisances importantes. L'insuffisance majeure est principalement liée au fait que les femmes enceintes ne sont pas représentatives de la population générale en âge reproductif (Slutkin et al 1988). Le plus évident c'est que les niveaux de la prévalence de VIH varient entre les femmes et les hommes, et les hommes ne sont évidemment pas représentés dans les données provenant des sites sentinelles. De plus, le niveau de prévalence est généralement plus élevé chez les femmes enceintes que chez les femmes dans la population générale car parmi les femmes non enceintes il y a les femmes non actives sexuellement, et donc peu exposées au VIH. Les niveaux de prévalence varient aussi avec l'âge. Les femmes qui se rendent dans les services de soins prénatals peuvent avoir une distribution d'âge qui est différente par rapport à celle des femmes dans la population générale. Enfin, la couverture géographique pourrait présenter une autre source de biais inhérente dans les données des sites de surveillance, dans la mesure où les données proviennent d'un nombre limité des sites sentinelles qui se trouvent le plus souvent dans les zones urbaines ou semi urbaines-- là où la prévalence du VIH est la plus élevée.

Avec l'inclusion du test du VIH dans l'EDSG-III+, la Guinée a enrichi sa base d'informations sur le VIH avec des données d'une enquête nationale, représentative de la population générale. Pour la première fois, le pays dispose d'une mesure directe de la prévalence du VIH au lieu d'une estimation dérivée d'un modèle basé sur les données des sites sentinelles et ajustées avec certains paramètres pour raffiner la série des paramètres qui sont intégrés dans le modèle d'estimation de la prévalence à partir des données de ces sites sentinelles.

Les résultats ont montré qu'au niveau national la prévalence est de 1,5 %. Les femmes, avec un taux de prévalence de 1,9 %, sont nettement plus infectées que les hommes (0,9 %). Il en résulte un ratio d'infection de 2,1 entre les femmes et les hommes, ce qui signifie qu'il y a 210 femmes infectées pour 100 hommes d'où la féminisation de l'épidémie en Guinée. La proportion des personnes positives augmente avec l'âge : de 1,0 % parmi les personnes de 15-19 ans la proportion passe à 2,8 % parmi celles de 30-34 ans ; ensuite, la proportion baisse à 1,4 % parmi les personnes de 40-44 ans. Comme observé dans d'autres études, il existe une progression différente de l'infection entre les femmes et les hommes ; d'abord, on remarque qu'à 15-29 ans les femmes ont un taux d'infection beaucoup plus élevé que les hommes, et qui croît plus rapidement. Les écarts de prévalence sont plus prononcés à 30-34 ans, âges auxquels les femmes ont des taux plus de quatre fois plus élevés que ceux des hommes. De plus, la prévalence maximale est observée à 30-34 ans chez les femmes et plus tard (40-44 ans) pour les hommes. À partir de 30-34 ans les écarts de prévalence sont plus faibles.

En ce qui concerne la situation par milieu de résidence les résultats montrent que, chez les femmes, la séroprévalence dans les villes est trois fois plus élevée que celle en milieu rural (3,9 % et 0,9 % respectivement) alors que chez les hommes, on observe une situation inverse (0,6 % en milieu urbain contre 1,1 % dans les zones rurales). La prévalence varie peu selon la région. Conakry a le taux le plus élevé (2,1 %), suivie par Labé (1,8 %), N'Zérékoré (1,7 %), et Faranah (1,6 %). Les régions les moins touchées sont Mamou (0,7 %) et Kindia (0,9 %). Par ailleurs, seules les régions de Conakry et N'Zérékoré enregistrent des taux très variables selon le sexe. Par exemple, le graphique 3 montre qu'à Conakry, il y a cinq fois plus de femmes que d'hommes atteints par le VIH (3,4 % contre 0,6 %), et plus de deux fois plus des femmes que d'hommes dans la région de N'Zérékoré. Les régions de Labé et Kankan sont celles où la proportion d'hommes infectés est plus élevée que celle de femmes.

La prévalence de 1,9 % estimée chez les femmes à partir de l'EDSG-III n'est pas comparable à celle obtenue à partir des données de l'enquête de séro-surveillance (ESSIDAGUI-2001) qui se chiffrait à 2,8 %. La différence majeure réside dans le fait que les populations cibles ne sont pas les mêmes. L'ESSIDAGUI-2001 a porté sur des populations où le niveau de prévalence du VIH est généralement plus élevé alors que l'EDSG-III porte sur l'ensemble des femmes en âge de procréation (15-49 ans).

III RIPOSTE NATIONALE À L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

Malgré l'élaboration et la mise en oeuvre de multiples plans d'action gouvernementaux de lutte contre le VIH/SIDA depuis 1987 et l'engagement d'importantes ressources par l'Etat et ses partenaires au développement, la Guinée n'a pas réussi à infléchir les tendances de l'épidémie. La propagation de l'épidémie est liée à des déterminants d'ordre économique, social et culturel. La mise en oeuvre d'une approche multisectorielle de lutte contre les VIH/SIDA en Guinée a tenu compte de l'environnement politico-économique dans un contexte d'instabilité sous-régionale, de pauvreté, de condition de vie des ménages, des attitudes et comportements de la population en général et des sous-groupes à risque en particulier.

Le VIH/SIDA prend des proportions inquiétantes d'année en année aussi bien en ce qui concerne les taux de prévalence et le nombre déclaré de malades atteints du SIDA que les conséquences désastreuses touchant toutes les couches sociales et tous les secteurs d'activité.

La lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST constitue le défi de la politique gouvernementale en matière de santé. La publication en 2002 des résultats de l'enquête sur la prévalence nationale du VIH/SIDA a eu un écho remarquable auprès des décideurs, des acteurs sociaux et des populations. En même temps, les réflexions se sont faites de façon approfondie permettant une prise en compte adéquate des questions liées aux IST/VIH/SIDA dans le Cadre Stratégique de Lutte contre le SIDA de 2003-2007, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) de 2003-2012 et le Document de la Stratégie nationale de Lutte contre la Pauvreté (DSPR). En particulier, les besoins spécifiques des groupes les plus vulnérables tels que les jeunes, les commerçants itinérants, les hommes en uniforme, les habitants des zones à forte concentration de population réfugiée et les prostituées ont été mis en exergue.

• L'environnement sanitaire

Depuis la conférence nationale de la santé en 1984, la Guinée s'est engagée dans un processus de réforme de son système de santé. C'est dans cette optique que les soins de santé primaires ont été adoptés comme axe stratégique de la politique de développement des services de santé. Après l'élaboration de la politique de santé, dont le fondement reposait sur le plan quinquennal de développement sanitaire (1987-1991), le programme intégré de soins de santé primaire a été lancé en 1988. Le programme de réforme hospitalière engagé en 1990 et celui de la réforme du secteur pharmaceutique sont venus compléter le dispositif organisationnel du secteur en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous.

La mise en oeuvre de cette politique axée sur la décentralisation des services et l'implication/responsabilisation des acteurs et des bénéficiaires a permis d'améliorer considérablement la disponibilité des services de santé aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale. C'est ainsi qu'au niveau de chaque sous-préfecture, un centre de santé de type communautaire offrant des soins préventifs, curatifs et promotionnels est rendu opérationnel, la plupart des hôpitaux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ont été rénovés et équipés, et les systèmes d'appui ont été renforcés (approvisionnement en médicaments/vaccins, formation du personnel, réorganisation des services, gestion des ressources, système d'information sanitaire).

La focalisation des efforts sur la nécessité d'améliorer davantage l'état de santé des femmes et des hommes est devenue une priorité lors du symposium national sur la santé de la reproduction, organisé à Conakry en 1996, conformément aux recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue en Egypte en 1994. Une politique centrée sur les questions de santé de la reproduction a ainsi été élaborée. Sa mise en oeuvre intégrait la prévention des IST et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Toutefois, force est de reconnaître que le niveau de performance du système sanitaire n'est pas assez satisfaisant en ce qui a trait à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des populations en général et des pauvres et indigents en particulier. En effet, le système de suivi ainsi que les résultats des différentes évaluations et études ont révélé des insuffisances dans l'utilisation des services de santé (curatifs et préventifs), mais aussi dans le processus d'amélioration de la qualité des soins de santé.

Ces constats ont été confirmés lors du Forum sur la planification du PNDS tenu à Conakry en juin 2001. De ces constats, il ressort que le défi majeur à relever serait de pérenniser les acquis tout en améliorant la qualité des soins et les services de santé. C'est ainsi que le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec ses

partenaires au développement s'est engagé à introduire et à mettre en oeuvre un Système d'Assurance de la Qualité des Services et des Soins de Santé. La déclaration de la politique de santé devait en théorie garantir l'équité dans l'accès de tous à des soins et services de santé de qualité. Les hommes et les femmes devaient avoir les mêmes droits dans l'accès et l'utilisation des services. Cette politique prend en compte la perspective genre car elle vise la satisfaction des besoins des individus, des familles et des communautés sans aucune discrimination. De même, elle privilégie une participation active et responsable des communautés dans l'identification, la planification, la gestion et la résolution de leurs problèmes de santé.

• **Évolution de la réponse du gouvernement de 1987 à 2005 face à l'épidémie de VIH/SIDA**

La notification des premiers cas de VIH/SIDA en Guinée est intervenue officiellement en février 1987. Déjà bien avant cette date mémorable, les autorités avaient anticipé le fléau. Ainsi, le gouvernement s'est engagé très tôt dans la lutte contre l'épidémie par la création d'une commission SIDA en janvier 1986, suivi de la mise en place d'un programme spécifique de lutte contre les IST/VIH/SIDA et d'un comité technique une année plus tard (janvier 1987).

Avec la notification des premiers cas de SIDA, une nouvelle dynamique de lutte s'est installée. Les autorités guinéennes en collaboration avec les partenaires au développement ont mis en place un Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS), qui a été développé à travers trois plans successifs exécutés entre 1987 et 1999. Ce programme fixait les objectifs à atteindre et le cadre dans lequel les actions de lutte contre le VIH/SIDA devaient avoir lieu.

Les plans stratégiques ont été exécutés dans l'ordre suivant :

- i) Le plan à court terme (PCT) de 1987-1990 ;
- ii) Le plan à moyen terme de première génération (PMT1) 1990-1995 ;
- iii) Le plan à moyen terme de deuxième génération (PMT2) 1996-1999.

Le PCT de 1987-1990 a été essentiellement financé par le gouvernement guinéen et ses partenaires, en particulier l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) et le Programme Mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS. C'était un plan qui se voulait plutôt pragmatique en ciblant ses actions sur quelques formations sanitaires et en se fixant un nombre réduit d'objectifs quantifiables à atteindre, axés principalement sur la prévention et la sensibilisation. Ceux-ci s'articulaient autour de quatre points :

- La prévention de la transmission du VIH par transfusion sanguine dans les hôpitaux de Conakry, Fria et Kamsar ;

- La sensibilisation et la formation du corps médical hospitalier de Conakry, Fria et Kamsar ;
- Le diagnostic et la surveillance biologique des cas de SIDA ;
- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) dans l'ensemble des hôpitaux du pays.

Mais ce plan a connu un certain retard dans la définition des mesures et actions à entreprendre, et surtout dans la mise en place des structures déconcentrées de lutte contre le SIDA. Ce n'est qu'en septembre 1990 que les principales interventions ont été mises en place, notamment l'élaboration du programme de distribution des préservatifs en partenariat avec l'USAID et l'installation du comité de dépistage du VIH dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Donka et Ignace Dean à Conakry, ainsi qu'aux hôpitaux de Fria et Kamsar. Deux enquêtes épidémiologiques sur la prévalence du VIH/SIDA ont été réalisées dans le cadre du PCT, en 1989 et 1990, à Conakry et dans les chefs lieux des régions et préfectures (les résultats étaient de 0,96% et 1,78% respectivement).

Par la suite, le PMT1 de 1990-1995 a visé à combler les insuffisances et imperfections du PCT, et à doter le programme de moyens d'action à la hauteur de la lutte qui s'imposait. Dans cette perspective, le champ des objectifs ainsi que celui des domaines d'interventions ont été élargis. Les objectifs prennent en compte désormais la mesure de la tendance évolutive de l'épidémie, les actions de coordination et la recherche. Les interventions s'étendent à de nouveaux domaines tels que :

- La prise en charge syndromique des IST/VIH/SIDA dans les structures sanitaires ;
- La mobilisation des groupes sociaux, en particulier les jeunes du milieu scolaire et les filles libres.

Puisque la tendance à la hausse du nombre de cas de SIDA notifiés auprès des structures sanitaires du pays n'avait pas pu être inversée, un surcroît d'effort s'imposait ; c'est pourquoi avec le PMT2, les autorités

publiques ont voulu donner une nouvelle dimension à la lutte contre le SIDA. Les structures du PNLS ont été renforcées par des organes de gestion, de concertation et de coordination. Les autorités ont aussi procédé à la signature du document de politique nationale de lutte contre le SIDA, un outil de travail conférant un contenu plus politique à la lutte contre l'épidémie en Guinée.

Le PMT2 focalisait ses actions principalement sur la formation, la prévention et la prise en charge sanitaire. En outre, il a permis de nombreuses mutations dans le paysage de la lutte contre le SIDA, notamment la création d'ONG et d'OBC et leur regroupement en réseaux.

Les principales actions du PMT2 étaient :

- Un atelier de formation des médecins sur la prise en charge des PVVIH avec les antirétroviraux (ARV)
- Le regroupement régional des ONG dans le cadre du projet *Afrique 2000* ;
- L'autorisation de la mise sur le marché des ARV ;
- Le renforcement des activités de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA avec l'appui du gouvernement canadien.

Ces trois plans d'actions successifs ont certes permis de rehausser le niveau de connaissance du VIH/SIDA au sein de la population, de ses modes de transmission et de sa prévention, mais les résultats enregistrés, notamment en termes de coordination de la lutte au niveau national et de changement de comportement, ont été peu satisfaisants. Un processus de planification stratégique de la réponse nationale contre les IST/VIH/SIDA a démarré à la fin du PMT2, visant à favoriser l'organisation efficiente d'une réponse multisectorielle adéquate et la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires. Il était dès lors opportun de mener des réflexions approfondies pour la mise en place de structures adaptées et efficaces sur lesquelles la lutte contre le VIH/SIDA.

Grâce à l'appui de plus en plus important des institutions internationales, incluant la Banque Mondiale, l'OMS et l'ONUSIDA, le gouvernement a restructuré concrètement sa vision et sa stratégie en impliquant activement les responsables chargés des domaines techniques d'activité économique et sociale à la lutte contre le VIH/SIDA, considérant désormais la pandémie comme un facteur de déstabilisation économique et social. Il s'est ainsi posé la question de mettre sur pied une structure dynamique jouissant d'une grande autorité, et qui serait logée à un haut niveau de l'appareil de l'Etat. Ceci a donné lieu à la création du Comité National de Lutte Contre le VIH/SIDA (CNLS) et sa mise sous la tutelle directe de la Primature.

Institué par le décret N° 016 du 5 mars 2002, le CNLS est présidé par le Premier Ministre et élargi à la quasi-totalité des membres du gouvernement. Les secteurs privé et communautaire sont aussi impliqués. En effet, le CNLS comprend un représentant de tous les organismes suivants : Chacune des institutions républicaines ; le réseau national des ONG qui luttent contre le SIDA ; chacune des confessions religieuses du pays ; les syndicats ; la Chambre des Mines ; la Chambre du Commerce ; le Conseil National du Patronat.

La mission assignée au CNLS est de coordonner la lutte contre les IST/VIH/SIDA, en appuyant le gouvernement pour la détermination et la mise en oeuvre des stratégies de lutte, de recueillir les informations sur la situation des IST/VIH/SIDA, et de faciliter les démarches en vue de la mobilisation des ressources ;

Des cellules techniques ont été créées aux niveaux régional, préfectoral, communal, sous-préfectoral et local pour appuyer les comités cités ci hauts dans leur mission de façon déconcentrée et décentralisée.

Le Comité est appuyé par un Secrétariat Exécutif (SE/CNLS) ayant pour mission d'assurer une exécution coordonnée et efficace des programmes, de veiller à l'application des directives, d'assurer le suivi et l'évaluation des activités planifiées, et d'initier et coordonner des activités de formation et de recherche .

Avec la mise en place de ce nouveau cadre institutionnel, dès juin 2002 un large panel multidisciplinaire composé de consultants et d'experts nationaux et internationaux a été chargé de faire l'état des lieux de la pandémie du SIDA en Guinée et de proposer un plan d'action. Il s'agissait plus précisément d'évaluer l'ampleur de la pandémie et le niveau des réponses apportées, d'identifier les déterminants de la propagation de la maladie et de proposer les orientations, axes stratégiques et actions prioritaires de la lutte contre le SIDA en Guinée à l'horizon 2007. Au terme de trois mois de travail et d'investigations, un Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA pour les cinq prochaines années (2003-2007) a été élaboré.

Ce Cadre Stratégique National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA définit les grandes orientations de la réponse nationale, les principes directeurs, les axes stratégiques d'interventions et les actions prioritaires pour la période

quinquennale de 2003-2007. Il donne également des précisions sur les arrangements institutionnels de la réponse nationale, en particulier les structures qui seront mises en place aux niveaux central, intermédiaire et périphérique :

Les actions prioritaires doivent être dégagées dans tous les secteurs économiques et sociaux du pays. A cet effet, parallèlement aux programmes et projets exécutés par le Ministère de la Santé Publique qui prend en compte l'aspect médical de la pandémie, tous les autres programmes sectoriels ont articulé leurs axes d'interventions autour de la prévention et de la prise en charge des PVVIH et des orphelins du SIDA. Dans cette optique, 25 départements ministériels (dont ceux des secteurs clés tels que l'agriculture, le transport, l'industrie et le commerce, les mines, la jeunesse, les affaires sociales et la communication, entre autres) ont été dotés de comités ministériels de lutte contre le SIDA. Des plans d'actions sectoriels ont été ainsi élaborés et adoptés conformément à la vocation de chacun des secteurs, et sont présentement exécutés par les différents départements en rapport avec le CNLS. Le budget estimatif pour la période 2003-2007 sera de 86,7 milliards de Franc guinéens (soit 43,3 millions de dollars US).

Par rapport au secteur de la santé, dix axes ont été retenus :

- i) la prise en charge médicale des IST ;
- ii) la prise en charge médicale des PVVIH ;
- iii) la prévention de la transmission mère enfant ;
- iv) la sécurité transfusionnelle et les laboratoires ;
- v) les médicaments ;
- vi) la formation des agents de santé ;
- vii) la recherche ;
- viii) la surveillance épidémiologique ;
- ix) la communication pour un changement de comportement (en particulier, la promotion du dépistage volontaire et counselling) ; et
- x) le suivi et évaluation.

Au même moment, l'élaboration du PNDS de 2003-2007 priorise la lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST, notamment en vue de renforcer les capacités du système de santé pour qu'il soit en mesure d'améliorer l'état de santé de la population et de satisfaire les besoins spécifiques des groupes les plus vulnérables, tout en sollicitant la collaboration intersectorielle où la synergie d'actions devrait favoriser la complémentarité et l'efficacité

Parmi les nombreuses autres initiatives enregistrées pour lutter contre le VIH/SIDA dans le cadre de la multisectorialité, on compte :

Sur le plan de la prévention

- L'élaboration des guides et manuels de formation sur les différents domaines de la lutte contre le VIH/SIDA
- La formation des formateurs en matière des IST/VIH/SIDA et des animateurs et pairs éducateurs selon guides et manuels élaborés
- L'organisation de campagnes pour un changement de comportement (CCC) et de caravanes pour la mobilisation sociale sur le SIDA dans tout le pays ;
- La mise en place d'un programme d'enseignement sur le VIH/SIDA dans le curriculum scolaire, qui aura touché pour la dernière année académique 775 579 élèves du primaire ;
- La création de centres d'écoute utilisant l'approche pairs éducateurs ainsi que de clubs anti-Sida dans les écoles à Conakry et au niveau des sept régions administratives ;
- L'animation des programmes d'éducation à la vie familiale et des causeries éducatives auprès des jeunes, des adolescents et des parents ;
- L'organisation d'ateliers et de conférences-débats sur la sexualité dans les foyers sportifs et culturels juvéniles
- L'organisation d'ateliers sur la vulnérabilité des femmes face au VIH/SIDA et les facteurs de propagation dont la polygamie, les mutilations génitales féminines, le sororat et le lévirat ;
- L'élaboration d'un programme de sensibilisation et de distribution des préservatifs auprès des camionneurs ;
- La réalisation d'un sketch cinématographique, destiné en priorité aux sociétés minières, portant sur le thème de la stigmatisation et prise en charge des PVVIH ;

- L'organisation de campagnes de sensibilisation pour la réduction des coûts des ARV et des médicaments contre les maladies opportunistes ;
- Sécurité transfusionnelle assurée à 100%
- La création de 10 CDV

Sur le plan de la prise en charge

- Création de 15 Centres PTME
- Création d'un CTA
- Mise sous ARV de 1774 PVVIH dont 89 enfants
- Scolarisation de 26743 orphelins et enfants vulnérables
- La création d'un centre d'information et de soutien des PVVIH ;
- La formation des assistants sociaux pour la prise en charge psychosociale des PVVIH

Sur le plan de la coordination et du Suivi évaluation

- Un système de suivi évaluation avec plan opérationnel élaboré.
- Intégration d'un volet SIDA dans la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (DSRP)

Analyse préliminaire des données comportementales et du secteur de la Santé

Fiche relative au volet santé

D'une manière générale les données analysées proviennent de la dernière enquête démographique et de santé réalisée par le Gouvernement guinéen et les partenaires au développement dont la Banque mondiale à travers le CNLS. Toutefois, certaines informations sont issues du programme national de prise en charge sanitaire des personnes vivant avec le VIH/SIDA

La liste des indicateurs ci-après est fonction du domaine d'analyse défini dans le cadre de UNGASS conformément aux fiches standard utilisées. En d'autres termes, l'absence d'un numéro d'ordre affecté à un indicateur, signifie que celui-ci n'appartient pas au volet santé et /ou comportement sexuel.

- **C/LPE : L'indicateur 3 porte sur le dépistage du VIH parmi les populations à risque**

Du 1er janvier au 31 octobre 2005, 5810 femmes ont été reçues en première consultation. Parmi celle-ci, 2370 ont fait l'objet de dépistage du VIH/SIDA dans certains centres sanitaires spécialisés de Conakry à l'intérieur du pays dont 2305 en connaissent les résultats. Il ressort ainsi, que le score de cet indicateur est de 39,7 %. En d'autres termes, près de deux femmes à risque sur 5 connaissent les résultats du test du VIH.

- **C/LPE : L'indicateur 4 porte sur les programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque**

Cet indicateur comporte les facteurs qui se réfèrent au nombre de personnes interrogées ayant :

- bénéficié des services de pairs éducateurs ;
- eu accès aux médias de masse ciblés ;
- eu accès au services de dépistage et/ou traitement des IST ;
- eu accès au service de conseil de dépistage du VIH/SIDA ;
- eu accès au traitement de substitution et aux pratiques d'injections sans risque pour le CDI ;
- eu accès à des programmes de prévention du VIH au cours des 12 derniers mois
- et le nombre total de personnes les plus à risques.

Les données ainsi requises pour l'évaluation de cet indicateur n'étant pas disponibles, son niveau actuel n'a pas été calculé.

- **C/LPE : L'indicateur 5 ou connaissance en matière de prévention contre le VIH/sida manifesté par les populations les plus à risque (source EDS-2005)**

Les données sur les connaissances ont fait l'objet du tableau ci-après :

Tableau 1 : Pourcentage d'hommes et de femmes ayant des bonnes connaissances des moyens de protection et des modes de transmission du VIH SIDA

Libellé de la question	Pourcentage de bonnes réponses		
	Hommes	Femmes	Total
Protection du SIDA en ayant un seul partenaire sexuel	92,0	87,3	88,7
Protection du SIDA en utilisant les condoms	79,9	70,3	73,1
Personne apparaissant en bonne santé peut avoir le SIDA	68,5	47,2	53,3
Peut attraper le SIDA par les piqûres de moustiques	34,5	43,3	40,8
Peut attraper le SIDA en partageant la nourriture	49,3	46,3	47,2
Ensemble des cinq questions	20,0	14,2	15,8
Effectifs des personnes interviewées	3224	8040	11264

Ces résultats indiquent qu'en dépit des activités de sensibilisation développées dans le pays, beaucoup reste à faire à en juger par le très faible pourcentage (16,3 %) de personnes ayant donné de bonnes réponse aux cinq questions sur la connaissance des modes de transmission et de protection face au SIDA. Cette proportion est plus élevée parmi les hommes (20,0 %) qu'on en observe chez les femmes (14,2 %). Les modes de protection les plus connues sont la fidélité par le recours à un (ou une) seul(e) partenaire sexuel (le) unique et l'usage des préservatifs. Les effectifs non négligeables de personnes interrogées connaissent également qu'une personne apparemment en bonne santé peut être infectée. En revanche, moins de la moitié des enquêtés estiment que le SIDA ne peut pas s'attraper d'une part par piqûre de moustique (41,9 %), et d'autre part en partageant la nourriture avec une personne infectée (48,5 %).

L'indicateur 6 porte sur l'utilisation du préservatif par les professionnels de sexe communément appelés filles libres. Les données récentes y afférentes sont non représentatives et peu fiables. Toutefois, à l'issue de l'enquête socio comportementale actuellement en cours de lancement par le CNLS, des estimations récentes et exhaustives seront disponibles.

- **Les indicateurs 7 (utilisation du préservatifs par les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes) et 8 (pratiques d'injections et comportements sexuels sans risques parmi les consommateurs de drogue injectable), sont pour l'instant non applicables en Guinée**

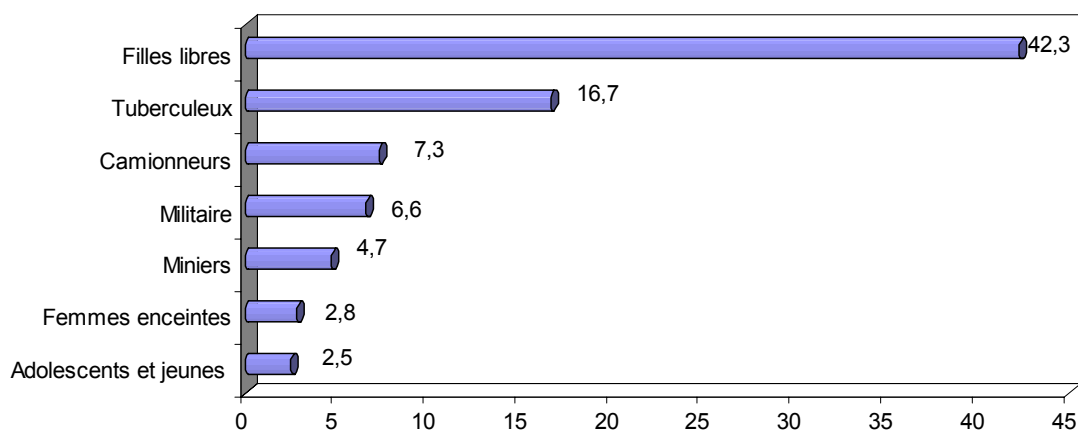
L'indicateurs 9 : Réduction de la prévalence du VIH parmi les populations les plus à risque

Il est pour le moment impossibles d'analyser les tendances quant à la réduction de la prévalence du VIH parmi les groupes les plus à risques. Rappelons toutefois les résultats d'une enquête réalisée en 2001.

Les groupes à haut risque, leurs effectifs et les taux de prévalence apparaissent sur le graphique ci-dessous. On s'aperçoit sans doute que les filles libres ou professionnelles de sexe, constituent le groupe le plus à risque avec environ une personne infectée sur deux (42,3 %). Le second groupe le plus à risque est celui des patients tuberculeux parmi lesquels, près d'une personne sur cinq est infectée (16,7 %). Les adolescents et les femmes enceintes semblent être les groupes les moins à risque face au SIDA.

Il faut noter ici qu'une enquête actuellement en cours de lancement par le CNLS permettra de mettre à jour ces résultats et mesurer les tendances par rapport à 2001, l'année durant laquelle les données qui viennent d'être analysées ont été collectées.

Graphique 1 : Prévalence du VIH parmi les groupes à risque : 2001



Formulaire de collecte des données pour l'élaboration du rapport UNGASS 2005 (indicateurs comportementaux et sanitaires)

- **GE : Indicateur 5 : Infections sexuellement transmissibles : prise en charge complète des cas**

Les données collectées non concordantes à l'évaluation de cet indicateur

- **GE : Indicateur 6 : le programme vient à peine de démarrer et donc non seulement les données disponibles sont peu fiables, mais aussi les effectifs insignifiants.**
- **GE : Indicateur 7 : Traitement du VIH : association d'antirétroviraux**

Cet indicateur par manque de suivi correct des cas n'a pu être calculé conformément à la démarche méthodologique indiquée dans le formulaire de collecte. Toutefois, au début de l'année 2005, on dénombrait 500 personnes sous traitement antirétroviral parmi lesquelles 118 hommes et 382 femmes. De plus, du 1er janvier au 30 septembre 2005, on a enregistré 1196 cas de VIH/SIDA sous traitement antirétroviral dont 625 femmes et 571 hommes.

L'absence des outils de suivi dans les centres sanitaires spécialisés rend impossible la disponibilité des données sur les pertes de vue, les cas qui se situent à un stade avancé de la maladie et les personnes décédées entre temps. Une des recommandations serait de mettre en place des bases de données informatives informatisées qui doivent être périodiquement mises à jour.

La dernière enquête démographique et de santé (2005) qui a ciblé les hommes de 15 à 59 ans et les femmes en âge de procréation (15 à 49 ans) a estimé la prévalence du VIH/SIDA à 1,5 %. Par ailleurs, partant des perspectives démographiques et des structures par sexe et par âge de la population, le nombre d'adultes infectés en Guinée en 2005 serait de 61600 personnes.

GE : Indicateur 8 : Soutien aux enfants affectés par le VIH SIDA

Les foyers d'enfants orphelins sont en nombre insuffisant et la stratification proposée dans le formulaire de collecte ne permet pas de calculer cet indicateur

• **GE : Indicateur 8 : Sécurité transfusionnelle**

Du 1er janvier au 30 novembre 2005, 11969 d'unités de sang ont été collectées et testées (100%). Parmi ces unités, 10969 unités se sont révélées négatives au test. Au demeurant, il est à noter que les unités de sang testées positives ont été soustraites du lot pour cause d'infection au VIH, à l'Hépatite B ou autre.

L'un des problèmes soulevés à ce niveau sur le terrain ainsi que dans d'autres volets du secteur de santé est l'absence des statistiques du sous secteur privé dans les données fournies par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Il est donc important de mettre en place des mécanismes efficaces de suivi des activités qui incluront les données du secteur privé de manière à disposer des résultats exhaustifs.

Le second problème important se réfère à la lenteur dans la transmission des données des Comités Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS).

• **GE : Indicateur 10 : Connaissance des jeunes en matière de prévention du VIH**

Tableau 2 : Pourcentage de jeunes des deux sexes ayant des bonnes connaissances des moyens de protection et des modes de transmission du VIH/SIDA par milieu de résidence

Descriptif	Hommes			Femmes			Deux sexes		
	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total
(Effectifs interrogés)	558	542	1100	1665	1041	2706	2223	1583	3806
Protection du SIDA en ayant un seul partenaire sexuel (%)	91,4	89,5	90,5	89	87,4	88,4	89,6	88,1	89,0
Protection du SIDA en utilisant les condoms (%)	80,3	89,1	84,6	73	80,4	75,8	74,8	83,4	78,3
Personne apparaissant en bonne santé peut avoir le SIDA (%)	58,1	76,6	67,2	45,6	56,5	49,8	48,7	63,4	54,8
Peut attraper le SIDA par les piqûres de moustiques (%)	33,7	44,5	39	42,8	50,8	45,9	40,5	48,6	43,9
Peut attraper le SIDA en partageant la nourriture (%)	45,5	64,8	55	44,6	64,1	52,1	44,8	64,3	52,9
Ensemble des cinq questions (%)	18,3	30,4	24,3	12,6	23,7	16,9	14,0	26,0	19,0

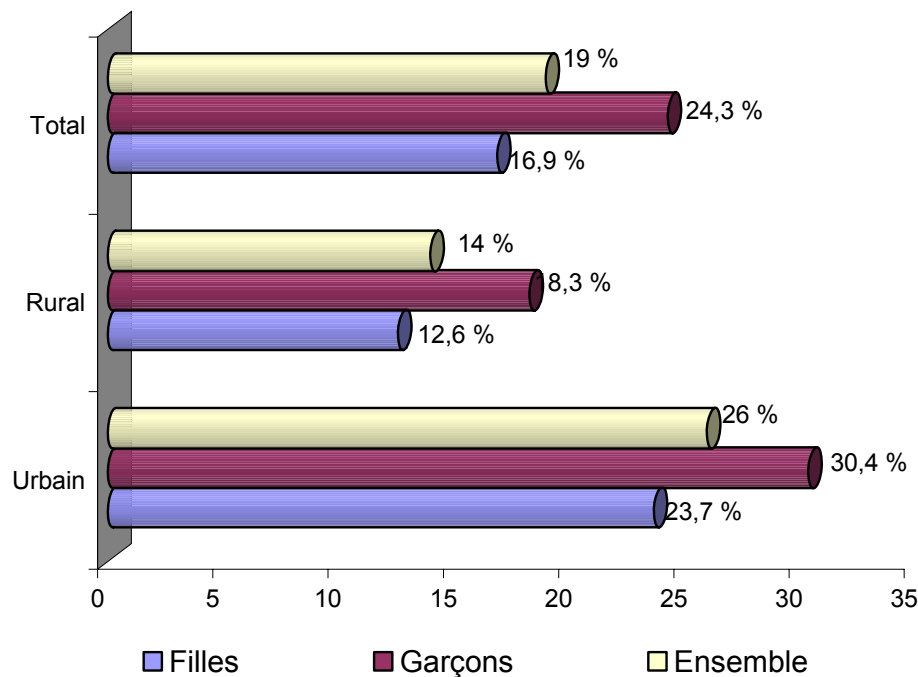
Les données de ce tableau, reprise en partie sur le graphique 2, montrent qu'un peu moins d'un jeune sur cinq (19 %) a correctement répondu aux cinq questions sur la connaissance des moyens de protection et des modes de transmission du VIH/SIDA. Les disparités selon le sexe et le milieu de résidence font apparaître que cet indicateur est nettement meilleur en milieu urbain (26 %) que dans le monde rural (seulement 14 %). De plus, quelque soit le milieu de résidence, le niveau de connaissance des garçons en matière de prévention du VIH est plus élevé qu'on en observe parmi les filles.

Le moyen de protection le plus connu reste sans doute la fidélité à travers le recours au partenariat sexuel unique (89 %) mais qui paradoxalement, se situe à un niveau légèrement plus élevé en milieu rural (89,6 %) par rapport au milieu urbain (88,1%). L'usage du préservatif est le second moyen de prévention connu par les jeunes car ils sont 78,3 % à donner une bonne réponse à la question qui s'y réfère et les différences par rapport au milieu de résidence situent les jeunes urbains nettement au dessus (83,4 %) de leurs pairs ruraux (74,8 %).

Les fausses croyances par rapport aux modes de transmission du SIDA sont encore importantes chez les jeunes. En effet, seulement 43,9 % ont donné une bonne réponse par rapport à l'affirmation "on peut attraper le SIDA par les piqûres de moustiques". En d'autre terme, 56,1 des jeunes estiment que le SIDA peut se transmettre par ce mode. De plus, par rapport à l'affirmation "on peut attraper le SIDA en partageant la nourriture avec une personne infectée", seulement 52,9 % des jeunes ont donné une bonne réponse. En d'autres termes, 47,1 % parmi eux estiment qu'on peut attraper le SIDA en partageant le repas avec une personne infectée. Par ailleurs, dans tous les cas de figure, ces fausses croyances sont nettement plus fréquentes en milieu rural.

Ces résultats laissent entrevoir que des actions de sensibilisation sont encore à développer à l'endroit des cibles qui semblent ignorer les outils de prévention en matière du VIH/SIDA. En effet, les objectifs de 90 % et de 95 % fixés respectivement en 2005 et en 2015 sont loin d'être atteints parce qu'à titre de rappel l'on se situe à 19 %.

Graphique 2 : Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans ayant une bonne connaissance des moyens de protection et des modes de transmission du VIH/SIDA



- **GE : Indicateur 11 : Rapports sexuels parmi les jeunes de moins de 15 ans.**

Le tableau ci-après est obtenu à partir des données des l'EDS réalisées en 1999, 2005 et du Recensement Générale de la Population et de l'Habitat de 1996.

Tableau 3 : Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans ayant commencé les rapports sexuels avant l'âge de 15 ans selon le sexe et le milieu de résidence

Descriptif	Hommes			Femmes			Deux sexes		
	Rural	urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	urbain	Total
Jeunes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans (1999)	67	74	141	533	178	711	600	252	852
Nombre de jeunes de 15 à 24 ans interrogés (1999)	393	296	689	1455	945	2400	1848	1241	3089
Jeunes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans (2005)	108	88	196	404	151	558	512	239	754
Nombre de jeunes de 15 à 24 ans interrogés (2005)	656	586	1242	1742	1047	2789	2398	1633	4031

Tableau 3 : Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans ayant commencé les rapports sexuels avant l'âge de 15 ans selon le sexe et le milieu de résidence (suite et fin)

Descriptif	Hommes			Femmes			Deux sexes		
	Rural	urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	urbain	Total
Pourcentage de la population nationale (15-24 ans) qui vit en zone urbaine		44 %			37 %			40 %	
Pourcentage de jeunes ayant eu les rapports sexuels avant 15 ans (1999)	25 %	17 %	20 %	37 %	19 %	30 %	32 %	20 %	27 %
Pourcentage de jeunes ayant eu les rapports sexuels avant 15 ans (2005)	16,5 %	15,0 %	15,8 %	23,2 %	14,4 %	20,0 %	21,4 %	14,6 %	18,7 %

D'une manière générale, ces résultats indiquent qu'en 1999, plus d'un jeune âgé de 20 à 24 ans (27 %) sur 5 a commencé l'activité sexuelle avant 15 ans. Cette proportion est nettement plus élevée en milieu rural (32 %) qu'il ne l'est en milieu urbain (20 %). Les disparités selon le sexe montre à l'évidence que l'activité sexuelle est nettement plus précoce parmi les filles (30 % contre 20 % chez les garçons). Quant au milieu de résidence, la sexualité est plus précoce dans le monde rural (21,4 %) que dans les centres villes (14,6 %). Les écarts entre filles et garçons sont plus importants en milieu rural, qu'on en observe en milieu urbain (25 % parmi les jeunes hommes ruraux et 37 % chez les filles vivant en milieu rural d'une part, 17 % chez les garçons habitant les centres villes contre 19 % chez leurs pairs du monde rural, d'autre part).

Les tendances par rapport à l'année 1999 indiquent un retard progressif du début de l'activité sexuelle chez les jeunes de 15 à 24 ans. La proportion des jeunes qui ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans est en effet passée de 27 % en 1999 à 18,7 % en 2005. De plus, les écarts entre filles et garçons selon le milieu de résidence se sont substantiellement réduits. Par ailleurs, c'est parmi les jeunes hommes résidant en milieu rural que cet indicateur n'a pratiquement pas connu de changement. Cette évolution favorable qui dénote d'un début de changement de comportement est partout observée. Des actions de sensibilisation doivent donc viser les jeunes hommes évoluant en milieu rural qui semble être réfractaires vis-à-vis de l'ajournement de l'âge du début des relations sexuelles.

- **GE : Les indicateurs 12 (Rapports sexuels à haut risque parmi les jeunes) et 13 (utilisation du préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles).**

Les questionnaires de l'EDSG-III qui devraient fournir les données requises pour le calcul de ces indicateurs n'ont pas été harmonisés à cette fin. Toutefois, l'Enquête Socio comportementale en cours de préparation aidera à disposer de ces indicateurs en temps utile.

- **GE : Indicateur 15 : Réduction de la prévalence du VIH**

A cause de la faiblesse des effectifs, il n'a pas été possible de calculer cet indicateur par année d'âges. Cependant, il a été estimé selon le groupe d'âges quinquennal et les résultats apparaissent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Prévalence du VIH selon le groupe et le lieu de résidence chez les jeunes de 15 à 24 ans

Lieu de résidence	Effectifs	Groupes d'âges		
		15 – 19 ans	20-24 ans	15-24 ans
Capitale	VIH +	3	3	6
	Testé(e)s	277	250	527
	Prévalence VIH + %	1,1	1,2	1,1
Autres zones urbaines	VIH +	2	2	4
	Testé(e)s	361	242	603
	Prévalence VIH + %	0,6	0,8	0,7
Zones rurales	VIH +	5	11	16
	Testé(e)s	1003	635	1638
	Prévalence VIH + %	0,5	1,7	1,0

Il ressort de ce tableau que 1,0 % des jeunes de 15 à 24 ans sont infectés du VIH/SIDA. Quel que soit le lieu de résidence considéré, les jeunes de 20 à 24 ont une prévalence légèrement plus élevée. Dans les zones rurales, la prévalence des jeunes de 20 à 24 ans (1,7 %) constitue plus du triple des adolescents de 15 à 19 ans (0,5 %).

- **GE : Indicateur 16 -Traitement du VIH : Survie après 12 mois de traitement : Données collectées non conformes à la stratification recommandée**
- **GE : Indicateur 17 : Programme au stade de lancement (Novembre 2005).**

IV PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRES ET ACTIONS NECESSAIRES POUR ATTEINDRE LES BUTS ET OBJECTIFS

Parmi les facteurs qui favorisent la propagation de l'épidémie en Guinée, on retrouve au premier plan la pauvreté persistante ainsi que ses principales causes et manifestations : le faible pouvoir économique des ménages et l'insécurité alimentaire, les taux de mortalité et de morbidité élevés, la faible scolarisation et l'analphabétisme élevé, la discrimination entre les sexes, la résistance au changement de comportement, l'insuffisance des ressources consacrées au développement y compris la lutte contre le SIDA, la stigmatisation/discrimination, la négation par certains de l'existence du VIH, la faible accessibilité aux soins, la faible implication des religieux dans la prévention du VIH, la persistance des habitudes socioculturelles néfastes tels le virat, sororat et mutilations génitales féminines, l'irresponsabilité de certains parents (éducation, absence de dialogue...) et la vétusté des infrastructures et équipements sanitaires.

En effet, l'environnement socioéconomique difficile dans lequel vit la majorité de la population, les habitudes socioculturelles et l'instabilité dans plusieurs pays voisins sont des facteurs particulièrement favorables à une explosion de l'épidémie en Guinée. Les conséquences seraient dramatiques pour les ménages affectés et de nature à remettre en cause les acquis réalisés au cours des dernières années en matière de développement.

C'est pourquoi la lutte contre le VIH/SIDA doit s'intensifier au cours des prochaines années. Dans un contexte de rareté des ressources en rapport aux besoins croissants, les actions suivantes devraient être menées prioritairement dans les domaines de la prévention, de la prise en charge et du suivi-évaluation.

- Les autorités gouvernementales doivent maintenir et accentuer les engagements pour le développement socioéconomique du pays, en vue d'infléchir la propagation de l'épidémie due à la pauvreté et de limiter ses impacts.
- Intensifier la mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines auprès des structures publiques, communautaires et privées ainsi qu'auprès des partenaires au développement pour couvrir les besoins réels des populations en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Tous les partenaires (gouvernement, bailleurs de fonds, organisations non gouvernementales, confessions religieuses, leaders villageois, etc.) devraient renforcer leur concertation et coordination en vue de mener une lutte globale contre cette épidémie.
- Appuyer les programmes multisectoriels de lutte, en particulier ceux ciblant les groupes les plus vulnérables (notamment dans les ministères de l'Agriculture et de l'Élevage, de l'Éducation, de la Jeunesse, des Mines et de l'Environnement, du Transport, de la Défense Nationale ainsi que des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine).
- Associer les réseaux médiatiques à la lutte et développer des campagnes de sensibilisation qui visent à atteindre la population à l'échelle nationale à travers une variété de canaux de communications modernes et traditionnels.
- Les actions de sensibilisation devraient mettre l'accent sur la responsabilisation de chaque Guinéen pour le changement de comportement, la bonne orientation de la vie sexuelle de ses enfants et la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

- Lutter contre la discrimination, la stigmatisation et le rejet des personnes infectées et promouvoir le dépistage volontaire afin qu'un grand nombre de personnes puisse avoir accès à son statut sérologique et adopter un comportement à moindre risque de propagation du VIH.
- Renforcer les programmes en faveur de l'alphabétisation des femmes, favoriser les activités économiques des femmes et dynamiser les associations dirigées par les femmes.
- Appuyer des stratégies d'élargissement des possibilités en matière d'activités génératrices de revenu et de prise en charge scolaire des orphelins et enfants vulnérables auprès des ménages affectés par le VIH/SIDA, étant donné l'impact socioéconomique important pour ces ménages.
- Augmenter l'effectif du personnel médical et paramédical dans les différents services, améliorer les conditions de travail pour tout le personnel de santé et promouvoir la formation continue dans le domaine du VIH/SIDA et de nouvelles stratégies de prévention de la transmission, de prise en charge médico-psychosociale des PVVIH et de surveillance épidémiologique. En particulier, le renforcement de la sécurité transfusionnelle, la mise en place des interventions pour la prévention de la transmission mère enfant et la mise à disposition effective des antirétroviraux et médicaments pour le traitement des IST et maladies opportunistes devraient être une préoccupation primordiale pour tous et plus spécifiquement pour le gouvernement.
- Associer davantage les accoucheuses et guérisseurs traditionnels à la lutte contre le VIH/SIDA.
- Généraliser l'enseignement sur l'éducation sexuelle et sur le VIH/SIDA à tous les niveaux d'études, en prenant soin d'adapter les thèmes à chaque niveau et de s'assurer que tout matériel répond aux sensibilités et aux besoins spécifiques des garçons et des filles.
- Dynamiser et intensifier l'implication des pairs éducateurs dans la lutte contre le VIH/SIDA au sein des établissements scolaires et auprès des associations de jeunesse.
- Améliorer et intégrer les systèmes de suivi évaluation du Cadre de la Stratégie Multisectorielle de Lutte contre le SIDA, du Cadre de la Stratégie de Lutte contre la Pauvreté et du Cadre Genre, Population et Développement, y compris le renforcement des capacités humaines et institutionnelles à la base.
- Des actions visant l'amélioration de la collecte, l'archivage, l'analyse et la dissémination des données, notamment par voie électronique doivent être un atout pour l'évaluation de la tendance et des impacts de l'épidémie.

V APPUI NECESSAIRE DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT DANS LE PAYS

- Allègement de la dette extérieure du pays ;
- Augmentation de l'enveloppe allouée à la lutte contre le SIDA ;
- Concrétisation du Tri One en appuyant le CNLS comme seule structure de coordination de la lutte contre le SIDA ;
- Aider à la bonne gouvernance et promouvoir la transparence dans la gestion des fonds mobilisés ;
- Promouvoir le « Panier Commun » des ressources à l'instar des autres pays ;
- Appuyer le renforcement des capacités des acteurs en gestion programmatique, suivi évaluation ;
- Appuyer le processus de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui.
- Promouvoir la motivation des structures de gestion des fonds mobilisés.
- Renforcer la logistique et les capacités de suivi évaluation,
- Appui technique et financier pour la réalisation des études et enquêtes (EDS, ESC, enquêtes après de formations sanitaires..) pour la complétude de la base de données VIH.
- Appui pour le plaidoyer auprès des institutions nationales responsables de la collecte des indicateurs afin de prendre en compte globalement les indicateurs UNGASS dans leurs études, enquêtes et surveillance du VIH.

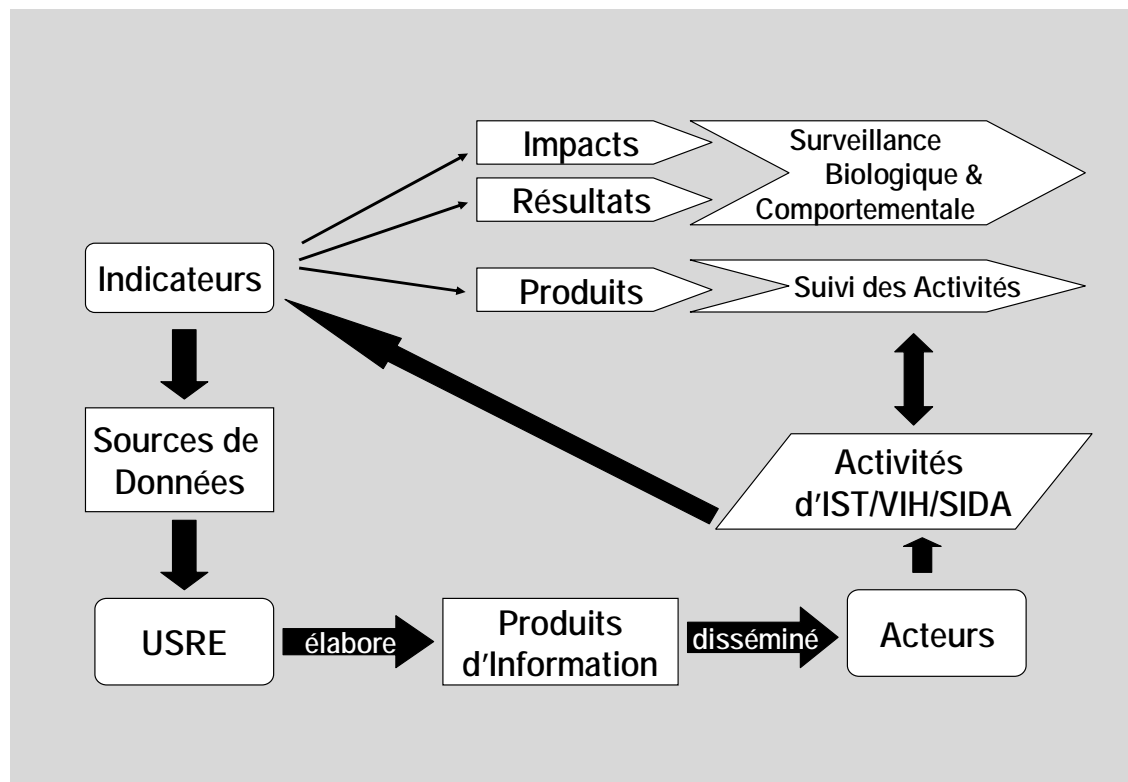
VI CADRE DE SUIVI ET D' EVALUATION

La République de Guinée dispose d'un plan national de suivi évaluation qui s'inspire du guide ONUSIDA à partir des apports- produits- résultats- impacts par rapport à la prévention, les soins et le soutien.

Le cadre de suivi évaluation du PNLS intègre les activités et les indicateurs respectifs du cadre stratégique nationale 2002-2007, du Projet Multisectoriel de la Lutte contre le SIDA (PMS), et des interventions financés par le Fonds Mondial. Les besoins d'UNGASS (Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA) pour le monitoring global de l'épidémie sont pris en compte. Il permet le suivi et l'évaluation de la totalité des interventions de VIH/SIDA au plan national avec une large coopération des intervenants aussi bien bilatéraux que multilatéraux.

Le dispositif opérationnel de Suivi-Evaluation présenté dans le schéma ci-dessous indique que les indicateurs de résultat et d'impact sont alimentés essentiellement par la surveillance biologique et comportementale et quelques enquêtes. Par contre, les indicateurs de produit sont alimentés par le suivi des activités. Ces indicateurs sont donc utilisés par les acteurs pour suivre et gérer la mise en œuvre de leurs projets.

Les données relatives aux indicateurs sont présentées dans les rapports de routine qui sont traités et analysés par l'Unité Suivi Recherche Evaluation (l'USRE). L'USRE élabore des rapports qui sont disséminés aux parties prenantes : acteurs de terrain et partenaires au développement. Les parties prenantes sont responsables pour l'utilisation judicieuse de cette information dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de leurs activités.



Le plan de suivi-évaluation a été développé en consultation des documents internationaux suivants:

- Suivi de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA : Directives pour l'Elaboration d'Indicateurs de Base. ONUSIDA, Décembre 2002. ONUSIDA/02.51F
- Manuel Opérationnel de Suivi et d'Evaluation, Banque Mondiale/ONUSIDA, ONUSIDA/02.47F

- Système d'Information sur la Riposte des Pays (CRIS) : Vue d'Ensemble du Système et Plan d'Instauration. ONUSIDA/03.09F.
- The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Geneva, December 3, 2002 (Guides and Tools for Grant agreements: M&E)

Pour apprécier le contexte du système suivi - évaluation, les documents suivants ont été consultés :

- Le Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2002-2007
- Le Plan d'Action du CNLS
- Le Guide pour Compléter le Rapport Trimestriel des Structures d'Exécution

Le Plan Opérationnel constitue un référentiel de suivi évaluation de la mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2002-2007. Il est adressé à tous les intervenants dans le domaine d'IST/VIH/SIDA.

Le Plan met l'accent sur le suivi systématique et standardisé des activités en matière d'IST/VIH/SIDA. Il est complémentaire aux protocoles de surveillance et à la documentation dans le cadre du système national d'information sanitaire.

Le plan vise à harmoniser la collecte et la remontée des données en matière d'IST/VIH/SIDA sur toute l'étendue du territoire national.

Les Types d'Indicateurs

Le cadre de Suivi-Evaluation est basé sur l'agencement clair et logique des résultats dans lequel les résultats du niveau précédent conduisent aux résultats du niveau suivant et ainsi de suite jusqu'à la réalisation des objectifs globaux. Les principaux niveaux sont les suivants :

- Le niveau apport et produit
- Le niveau résultat
- Le niveau impact

Chaque niveau est renseigné par un ensemble d'indicateurs dont la méthode de calcul et la désagrégation ont été identifiées.

Il est possible de comparer le cycle des résultats à une pyramide (les apports forment la base, les impacts le sommet). L'ensemble des partenaires en charge de la mise en œuvre devra recueillir des données complètes relatives aux apports et aux produits. Moins de partenaires chargés de la mise en œuvre devront évaluer les résultats, et encore moins seront nécessaires pour l'évaluation de l'impact.

Les Niveaux d'Interventions

Le diagnostic institutionnel du programme national de lutte contre le SIDA ressort quatre principaux niveaux d'intervention. Ces différents échelons, sans qu'il soit nécessaire de disposer de limitation hiérarchique formelle, déterminent les niveaux d'information à fournir pour certains et une synthétisation de ces informations pour d'autres.

Le premier niveau qui est celui des intervenants (les ONGs, CRD, Communes Urbaines, Syndicats, Secteur Privé, Ministères, Institutions Républicaines) se caractérise par son rôle principal qui est de développer et réaliser des activités sur le terrain au profit des bénéficiaires directs. Pendant la mise en œuvre des activités, ils utilisent des registres/cahiers pour collecter les données de base nécessaires au calcul des indicateurs de processus. La coordination décentralisée de ce niveau est assurée par les Comités Régionaux de Lutte contre le Sida (CRLS)

Le deuxième niveau est celui des COMPOSANTES sectorielle et Réponse aux initiatives Locales du SE/CNLS. C'est à ce niveau que s'opère la première synthèse des données du niveau précédent au moyen d'une fiche élaborée intitulée « Rapport trimestriel des structures d'exécution » destinée au niveau suivant.

Le troisième niveau est celui de la COORDINATION (Unité Suivi Recherche Evaluation). C'est à cette étape que les rapports du second niveau se traitent pour permettre l'élaboration du rapport global du programme. C'est à ce niveau également que s'organise la dissémination du rapport de suivi -évaluation.

Le quatrième niveau concerne la dissémination du rapport de Suivi -Evaluation et comprend les principaux destinataires que sont le CNLS pour la partie Gouvernementale et l'IDA, le Fonds Global et les autres bailleurs de fonds. A ces destinataires, il faut ajouter les acteurs des niveau 1, 2 et 3 dans le cadre de la rétro information.

Les Types d'Interventions

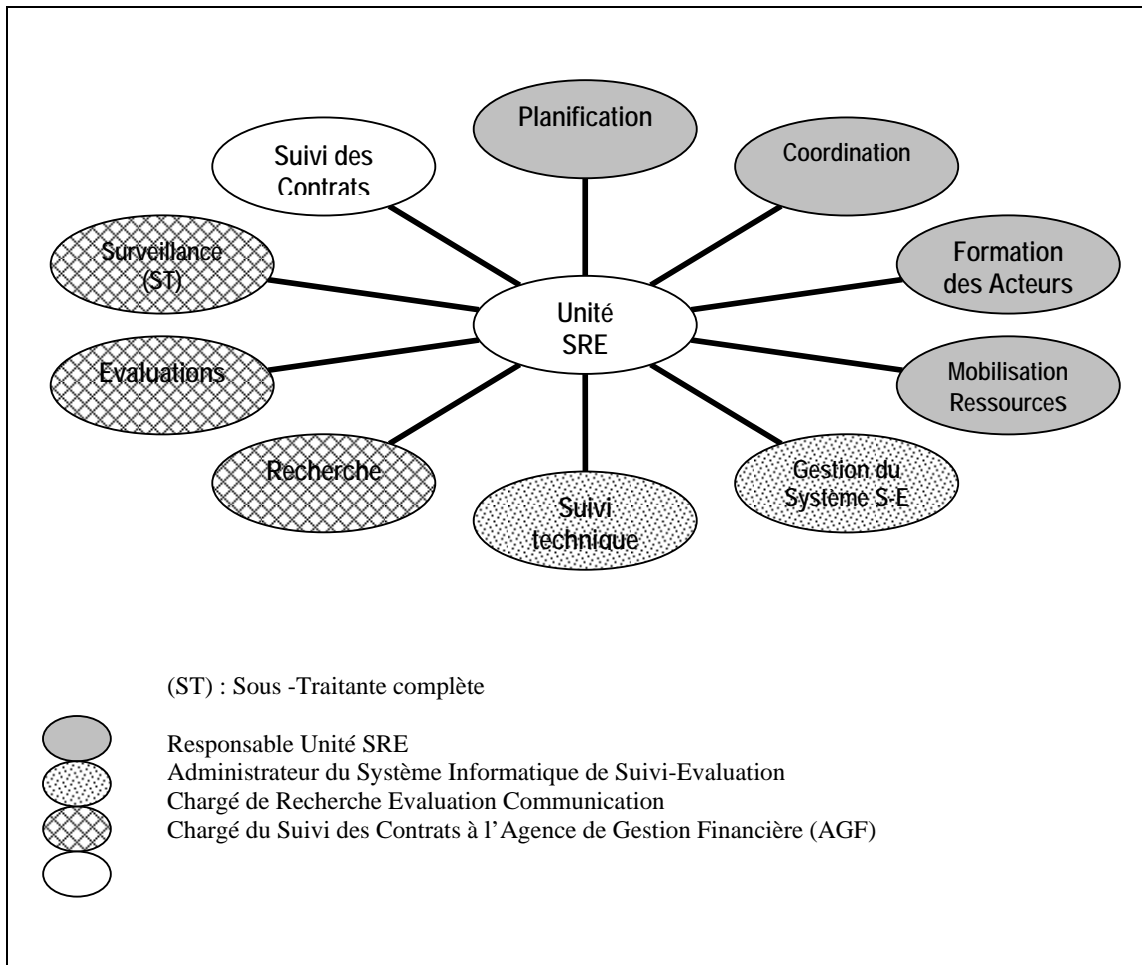
Pour le suivi des activités, le pays a classifié les interventions du VIH/SIDA selon les indications contenues dans le document du cadre stratégique de lutte contre le SIDA de la Guinée. Les principaux axes retenus sont les suivants:

Axe 1 :	IEC / CCC
Axe 2 :	Disponibilité des Préservatifs
Axe 3 :	Prise en Charge des IST
Axe 4 :	Prévention de la Transmission Sanguine
Axe 5 :	Conseil et Dépistage Volontaire
Axe 6 :	Prévention de la Transmission Mère -Enfant
Axe 7 :	Prise en Charge des PVVIH
Axe 8 :	Appui aux Personnes Infectées et Affectées
Axe 9 :	Multisectorialité de la Riposte au VIH/SIDA
Axe 10 :	Capacité du Pays (Ressources financières, Coordination & Gestion, Suivi-Evaluation, Recherche)

C'est autour de ces axes que le cadre de suivi -évaluation est organisé.

Le pays a mis en place et rendu fonctionnelle une Unité Suivi -Recherche -Evaluation (USRE) qui est le dépôt central de toute information en matière d'IST/VIH/SIDA. Cette Unité qui est pilotée par un administrateur recruté plein temps s'occupe de la gestion du système entier de suivi - évaluation, en collaboration avec les partenaires et acteurs en lutte contre le SIDA. L 'USRE couvre dix domaines d'intervention qui devront être gérés par quatre professionnels.

Domaines et Responsabilités Spécifiques dans l'Unité SRE



Le plan annuel de suivi évaluation est financé à hauteur de 80% sur les fonds MAP de l'IDA.

Règles d'opération du système de suivi évaluation

Placé sous la supervision du Groupe Technique de Travail ONUSIDA élargi (GTTOE), groupe AD HOC de suivi évaluation, mise en place depuis septembre 2003, le système suivi -évaluation fonctionne selon les règles d'opération suivantes:

Le système a été simplifié ;

Le système utilise le plus possible des données qui font partie du système d'information de gestion interne des acteurs ;

Le système fournit de l'information utile et accessible pour les acteurs ;

Le système fournit de l'information essentielle sur les prestations de services en matière d'IST/VIH/SIDA, pour lesquelles les données ne sont souvent pas compilées systématiquement au plan national ;

Le système de suivi évaluation a un ratio coût -efficacité favorable et est basé à priori sur des sources de données de routine disponibles ;

La structure et les éléments du système suivi évaluation s'insèrent dans les systèmes déjà établis, ce qui dans ce cas précis facilite la remontée des données et des informations, des acteurs jusqu'au SE/CNLS ;

Le système de suivi évaluation est flexible pour réagir aux besoins des acteurs et partenaires dans la lutte contre le SIDA et pour intégrer des innovations (résultats d'études pilotes etc.) ;

La collecte des données primaires par rapport à la prestation de services de VIH/SIDA est de la responsabilité des prestataires de services qui ont nommé des personnes chargées du suivi ;

La majorité de sources de données pour alimenter le système existe, mais il y a des sources de données qui ne sont pas encore fonctionnelles ;

Le système suivi évaluation est étayé par un plan annuel d'action.

Ce système de gestion des informations sur le VIH/SIDA est basé sur une collecte continue des données, leur analyse, leur interprétation et leur diffusion afin de prendre les décisions à temps

Des fiches de suivi spécifiques par acteur sont conçues et de façon consensuelle remplies régulièrement à tous les niveaux (central, régional, district et communautaire) afin d'assurer le pilotage correct du programme.

Au niveau pays, le système de gestion des informations sanitaires qui fournit des informations pertinentes est le Système National d'Informations Sanitaire et de Gestion (SNIGS).

Le système d'information pour la riposte pays (CRIS) a été accepté au niveau national (logiciel obtenu et installé, une équipe nationale de 10 personnes formées) pour le suivi et l'évaluation des indicateurs UNGASS.

La collecte des données sur le VIH/SIDA se fait à travers le système de surveillance classique et socio-comportementale dans les sites sentinelles qui permettent de suivre la prévalence du VIH chez les femmes enceintes.

La surveillance du comportement de la population en vers le SIDA se fera sur les groupes vulnérables suivants : Professionnels du sexe (PS), militaires, miniers et jeunes âgés de 15 à 42 ans.

Le système de notification des cas de SIDA à partir des structures sanitaires complète le dispositif.

La collecte des données se fait selon des protocoles et fiches à travers la notification des cas, les études dans les structures sanitaires; les enquêtes, les supervisions les évaluations et les rapports des acteurs (secteurs public et privé, société civile et ONG/Association/CRD/Commune Urbaine).

La notification des cas de SIDA à partir des fiches mensuelles, trimestrielles et semestrielles selon les niveaux (préfectoral, régional et central). Les études dans les formations sanitaires seront ponctuelles en fonction des préoccupations du moment. Les enquêtes de surveillance comportementales sur les groupes cibles à risque comme les prostitués, les migrants les jeunes /adolescents de 15 à 24 ans, les miniers, les routiers seront bisannuelles.

Les enquêtes de séroprévalence dans les sites sentinelles sur les femmes enceintes, sont annuelles. Les rapports sont mensuels pour le niveau préfectoral, bimestriel pour le niveau régional, semestriel pour le niveau central, et annuel pour toutes les structures d'intervention.

L'Unité suivi évaluation du VIH/SiDA, à partir des rapports des différents secteurs, des rencontres avec les différents intervenants et des visites sur le terrain élaborent des rapports périodiques reflétant les interventions de tous les acteurs de la lutte ;

Les comités sectoriels (Ministères, Entreprises) et les Comités Provinciaux élaborent des rapports réguliers qui sont envoyés à l'Unité suivi évaluation.

Les Comités Sous préfectoraux et Communaux, envoient des rapports des activités à l'échelon supérieur.

Toutes les structures rédigent un rapport annuel au plus tard dans le mois qui suit l'année écoulée. L'unité suivi évaluation produit quant à elle son rapport annuel dans un délai de 45 jours suivant l'année écoulée (15 Février).

Le suivi s'appuie sur les méthodes classiques de monitoring des indicateurs dans le temps. Chaque unité d'exécution suit l'exécution de son plan d'action en fonction des indicateurs qu'il a fixés par activité.

Le suivi global du Plan National Multisectoriel sera fait par l'Unité de suivi évaluation du Sida à partir des indicateurs de consensus retenus.

Un manuel simplifié de suivi évaluation est élaboré. Ce manuel donne le niveau, les acteurs, le rôle, le circuit de l'information, les outils et la périodicité de collecte des informations.

Au niveau national

Le comité multisectoriel composé des représentants des points focaux des différents départements ministériels, le Service Statistiques Etudes et Information (SSEI) du Ministère de la santé et la Cellule suivi-évaluation du SE/CNLS pour la banque des données, assurent la diffusion des données au niveau national et international, la préparation et la conduite des études et enquêtes au niveau national, l'élaboration des rapports d'activités semestriels et annuels, les supervisions semestrielles et la rétro information.

Au niveau régional

Le comité de suivi multisectoriel régional pour la supervision trimestrielle, la compilation des rapports des acteurs régionaux, l'élaboration des rapports trimestriels, rapport annuel régional, et la rétro information.

Au niveau communautaire

Les responsables des associations, des Organisations à Base Communautaire et les ONG, des communautés religieuses, la société civile et le secteur privé dans la mise en œuvre de leurs activités collectent les informations qui seront contenues dans leurs rapports

La responsabilité globale du produit et sa qualité incombent au GTTOE « comité Suivi et évaluation ». Les évaluations externes sont conduites par des personnes compétentes extérieures aux structures concernées (personnes ressources, institutions de recherche, structures compétentes en la matière).

En matière de stratégie du contrôle de qualité et de validation des données, la collecte données se fera en utilisant des protocoles et des outils standards de collecte testés et validés (protocoles ONUSIDA, MEASRE, OMS.....)

Le contrôle de qualité se fait selon des directives standard et à travers le suivi de proximité et la supervision.

La validation des données d'enquêtes se fait par le comité de suivi multisectoriel national et régional du groupe technique de travail ONUSIDA élargi et les données de routine fournies par le système national d'informations sanitaire et de gestion par les directions centrales, régionales et les districts du Ministère de la Santé Publique.

Les données du monitoring et de l'évaluation sont des données pour actions et permettent de :

- Planifier, réviser et réorienter les stratégies, les messages, les cibles et les thèmes
- Faire le Plaidoyer pour la mobilisation sociale et des ressources ;
- Evaluer l'impact ;
- Lier les changements de l'épidémie aux interventions entreprises ;
- Corriger les zones de faiblesse et améliorer le fonctionnement ;
- Guider la répartition des ressources.
- Définir les mécanismes de partage de données là où elles n'existent pas

VII ANNEXES 1: PROCESSUS DE CONSULTATION POUR LE RAPPORT UNGASS EN GUINEE

Les principales étapes de cette activité selon les directives pour l'élaboration d'indicateurs de base ont été :

1. Le recrutement des consultants nationaux selon liste restreinte au sein de l'équipe nationale déjà formée à l'utilisation du CRIS
2. La collecte de données selon les fiches standard de collecte ONUSIDA
3. La saisie, l'analyse et l'interprétation des données,
4. La rédaction du draft de rapport à valider,
5. L'organisation de l'atelier de validation : consensus autour du rapport national le **16 Janvier 2006**
6. La rédaction du rapport national final conforme au consensus de l'atelier national de validation.
7. La transmission du rapport final validé à Genève