

Guinée : traitement du VIH/SIDA

Recherche rapide de l'analyse-pays de l'OSAR

Berne, 12 octobre 2018

Impressum

Editeur

Organisation suisse d'aide aux réfugiés OSAR
Case postale, 3001 Berne
Tél. 031 370 75 75
Fax 031 370 75 00
E-mail: info@osar.ch
Internet: www.osar.ch
CCP dons: 10-10000-5

Versions

français, allemand

COPYRIGHT

© 2018 Organisation suisse d'aide aux réfugiés OSAR, Berne
Copies et impressions autorisées sous réserve de la mention de la source.

1 Introduction

Le présent document a été rédigé par l'analyse-pays de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) à la suite d'une demande qui lui a été adressée. Il se penche sur les questions suivantes:

1. Un enfant infecté par le VIH peut-il avoir accès à un traitement régulier à Conakry ?
2. Des médicaments antirétroviraux (ARV) de deuxième et de troisième ligne sont-ils disponibles à Conakry?
3. Existe-t-il en Guinée une assurance-maladie, ou toute autre forme d'aide publique, qui couvre les coûts des traitements ou des médicaments ?

Pour répondre à ces questions, l'analyse-pays de l'OSAR s'est fondée sur des sources accessibles publiquement et disponibles dans les délais impartis (recherche rapide) ainsi que sur des renseignements d'expert-e-s.

2 Le système de santé guinéen

Un système de santé pyramidal. Selon un rapport de l'*International Medical Corps* (IMC), le système de santé guinéen fonctionne de manière pyramidale avec un *Ministère de la santé* qui formule les politiques sanitaires et attribue les fonds aux administrateurs régionaux. Les centres de santé des villages sont opérés par l'administration préfectorale. Ces centres sont également soutenus par les ONG qui fournissent des ressources, du personnel et des infrastructures (IMC, décembre 2015). Selon le *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*, publié par le gouvernement guinéen en mars 2015, l'offre de soins globale du pays est composée de 1 383 structures publiques, dont 410 centres de santé, 33 centres médicaux communaux et hôpitaux préfectoraux, 7 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux nationaux (*République de Guinée*, mars 2015).

Plus de la moitié des infrastructures sanitaires sont dans un état de délabrement tel qu'elles ne répondent pas aux standards minimum. La plupart des hôpitaux sont sous-équipés. D'après le *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024*, plus de la moitié des infrastructures publiques ne répondent pas aux standards minimums en termes d'état physique et de fonctionnalité. Par ailleurs, les hôpitaux sont pour la plupart sous-équipés avec un taux de disponibilité globale des équipements de seize pourcents. Cela force les patient-e-s souffrant de maladies ou de problèmes graves à se déplacer vers les rares structures qui peuvent les prendre en charge. La crise Ebola (2014-2015) a encore davantage réduit la capacité de l'État à fournir des soins de santé, forçant six pourcents des infrastructures sanitaires du pays à fermer. En 2015, le budget de la santé représentait 3,76 pourcents du budget national, en hausse de deux pourcents par rapport à 2013. En 2010, les paiements directs des ménages constituaient, avec 62,2 pourcents des dépenses, la première source de financement des dépenses de santé (*République de Guinée*, mars 2015). Selon MSF, le système de santé fonctionne largement à travers les paiements requis

par les patient-e-s (*out-of-pocket payments*). Pour les centres de santé ces paiements représentent la plus grosse part de leurs revenus (MSF, 16 avril 2016).

Graves problèmes de disponibilité de médicaments dans le pays. Selon le gouvernement guinéen, déjà avant la crise Ebola, le pays était confronté à un problème de disponibilité des médicaments dans les structures sanitaires publiques. Ce problème a été aggravé par la crise, notamment du fait de la baisse de l'utilisation des services de santé par les patient-e-s pendant cette période. En effet, comme les paiements directs des ménages constitue la première source de financement des centres de santé, la chute de fréquentation de ces centres a entraîné une baisse de recouvrement de coûts pour ceux-ci qui n'avaient ensuite plus assez d'argent pour s'approvisionner en produits de santé, notamment en médicaments (*République de Guinée*, mars 2015). Un audit effectué en 2017 par *Aidspan*, une ONG qui mène des audits indépendants des programmes du *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Global Fund)*, a révélé que malgré de réels progrès ces dernières années, il existe de sérieuses faiblesses dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments pour le traitement du VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (*Aidspan*, 5 septembre 2017).

Important marché illicite de médicaments. La majorité de la population n'a pas accès à des médicaments de qualité à prix abordables. Selon le gouvernement, il existe en Guinée un important marché illicite de médicaments et produits pharmaceutiques qui trouve sa source dans l'importation clandestine, des détournements de commandes officielles de médicaments, des dons de médicaments et des échantillons médicaux « gratuits ». Ce marché illicite est favorisé par l'incapacité du gouvernement à alimenter les structures sanitaires officielles en médicaments de qualité, mais également par le nombre insuffisant d'officines pharmaceutiques en zones rurales (1 officine pour 100 000 habitants). Le résultat est que la majorité de la population n'a pas accès à des médicaments de qualité à un prix abordable (*République de Guinée*, mars 2015). Selon IMC, la suppression des médicaments des dépenses publiques aurait favorisé l'émergence d'un marché non-étatique avec des pharmacies privées et des vendeurs de médicaments (IMC, décembre 2015).

Faiblesses du système de santé mises en évidence par la crise Ebola (2014-2015). Pauvre qualité des soins, faible couverture sanitaire de la population. Augmentation du coût des soins depuis la privatisation des structures de santé. Selon l'organisation *Médecins sans frontières (MSF)*, la crise Ebola (2014-2015) a mis en évidence les faiblesses du système de santé guinéen, notamment le manque de personnel médical qualifié, une faible infrastructure et capacité logistique, le manque de données de santé, une pauvre gouvernance et un système fragile d'approvisionnement de médicaments (MSF, 16 avril 2016). Selon l'*Organisation mondiale de la santé (OMS)*, la qualité des soins en Guinée laisse à désirer, avec près de 54 pourcents des utilisateurs non satisfaits des soins reçus. Les principales raisons invoquées sont le coût élevé des services, la pauvre qualité des traitements, de longues périodes d'attente et des ruptures de stocks de médicaments (OMS, mai 2015). Selon le gouvernement guinéen, les prestations de soins sont devenues inaccessibles pour une partie importante de la population, notamment à cause d'une tarification qui a été augmentée pour générer des ressources pour combler le manque de financement des structures sanitaires publiques. Le principal défi pour le système de santé guinéen est de parvenir à élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population, notamment en développant la santé communautaire et en renforçant les prestations de services de santé. Les principaux points à améliorer sont la gouvernance, les ressources humaines de qualité,

les infrastructures et les équipements, le financement, la disponibilité des médicaments et le système d'information sanitaire (*République de Guinée*, mars 2015). Selon *Mohamed Camara et al.*, il y a une sérieuse insuffisance en termes de personnels de santé. Selon des chiffres de l'OMS, datant de 2011 et cités par *Mohamed Camara et al.*, il n'y avait que 910 médecins dans tout le pays, ou un-e médecin pour 10 000 habitant-e-s, et 401 infirmier-e-s, ou 0,4 pour 10 000 habitant-e-s. Par ailleurs, depuis la privatisation des structures de santé et des pharmacies, la majorité de la population ne peut plus payer les coûts des soins de santé dont la qualité est très faible (*Mohamed Camara*, novembre 2015).

Une très petite minorité possède une assurance-maladie publique. Selon *Mohamed Camara et al.*, il n'existe pas à proprement parler de sécurité sociale en Guinée. Un très faible pourcentage de la population, estimé à cinq pourcents, possédaient une assurance maladie publique en 2008 et seuls 0,4 pourcents étaient couverts par une assurance-maladie privée (*Mohamed Camara*, janvier 2015). Selon le gouvernement guinéen, la couverture sociale est très faible. Il existe une assurance-maladie obligatoire, mais celle-ci se résume à la *Caisse nationale de sécurité sociale* (CNSS) qui ne concerne que les employé-e-s du secteur privé enregistré-e-s. Le taux de cotisation à l'assurance-maladie est de 6,5 pourcents. Il existe également un petit nombre de compagnies qui proposent des assurances-maladies privées. Dans l'ensemble, le gouvernement estime que moins de dix pourcents de la population est couvert contre le risque de maladie (*République de Guinée*, mars 2015).

3 Accès à des soins et des médicaments pour les patient-e-s infecté-e-s par le VIH

Les services de traitement du VIH sont disponibles dans la moitié des structures de santé du pays. Forte discrimination géographique dans l'offre des traitements VIH. Selon le gouvernement guinéen, en 2012, il y avait dans le pays 236 structures de santé sur 456 existantes qui prenaient en charge des patient-e-s infecté-e-s par le VIH, soit un taux de couverture de 52 pourcents. La répartition entre zones rurales et urbaines était particulièrement déséquilibrée avec un rapport de 10/90 en faveur des zones urbaines. A titre d'exemple, la ville de Conakry, où habitent quinze pourcents de la population totale, concentrait 33 pourcents des services VIH. Les obstacles les plus notables au traitement VIH étaient les suivants : faible couverture en appareil CD4 et charge virale, absence d'un plan de maintenance des équipements biomédicaux et une faible couverture nationale des structures prenant en charge les infections opportunistes (*République de Guinée*, pas de date (accès le 26 septembre 2018)). Selon *A. Touré*, chaire de santé publique à la *Faculté de médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser* de Conakry, il existe dans la capitale Conakry 22 sites de prise en charge pour des personnes infectées par le VIH (*Touré, A. et al.*, 13 avril 2018). Selon MSF, il existe une discrimination dans l'accès aux soins médicaux en général, mais aussi aux soins pour le VIH, qui est liée aux inégalités entre zones rurales et zones urbaines. Alors que 63 pourcents de la population vit dans les zones rurales, seuls 17 pourcents du personnel médical y travaille. Le manque de centres de soins est exacerbé par une forte stigmatisation sociale et bon nombre de patients doivent également supporter des coûts de transports élevés pour se rendre à Conakry (MSF, 16 avril 2016).

Seul un quart des 120 000 personnes infectées par le VIH reçoit un traitement ARV. La crise Ebola (2014-2015) a eu un impact très négatif sur la lutte contre le VIH avec une chute drastique des dépistages et un grand nombre d'interruptions de traitement. Selon le *GuineeTimes*, qui se base sur des chiffres d'ONUSIDA de 2015, près de 120 000 personnes en Guinée sont infectées par le VIH, dont plus de la moitié sont des femmes. Seul un quart de ces personnes suit un traitement antirétroviral (ARV) (*GuineeTimes*, 16 octobre 2016). Selon *Médecins sans Frontières* (MSF), le taux d'infection VIH, assez bas en Guinée, autour de 1,7 pourcent, fait que ce problème n'a pas été suffisamment pris au sérieux (MSF, 1 avril 2018). Selon MSF, la crise Ebola (2014-2015) a un impact très négatif sur la lutte contre le VIH. Le taux d'utilisation des centres de santé a considérablement baissé avec une chute dans les centres de soins primaires de près de 40 pourcents. Les dépistages volontaires du VIH ont pratiquement cessé durant la crise, avec le nombre total de dépistages passant de 173 000 en 2013 à 37 000 en 2014. De nombreux malades ont interrompus leurs traitements ARV de peur de se rendre dans les centres et de contracter le virus Ebola, à cause de l'absentéisme du personnel médical ou en raison de ruptures de stock. Ces problèmes étaient particulièrement marqués dans les zones rurales (MSF, 16 avril 2016).

Les centres DREAM et MSF offrent des traitements aux personnes infectées par le VIH. Depuis 2003, MSF offre des traitements ARV en Guinée. En collaboration avec le *Ministère de la santé*, en 2016, MSF s'occupaient de soigner 7 639 patient-e-s infecté-e-s par le VIH (24 pourcents du total national), offrant des diagnostics, un traitement et un soutien à travers six centres de santé dans la capitale, Conakry, et une clinique dans le district de Matam (MSF, 16 avril 2016). Selon la docteure *Kristien Wouters*, spécialisée dans le traitement et le suivi des patients atteints de VIH/SIDA, il existe trois centres DREAM de la communauté internationale Sant'Egidio à Conakry qui offrent des traitements aux personnes infectées par le VIH. Le plus important est situé à Corniche Nord, dans le centre de la ville, et les deux autres sont situés en périphérie, à *Dubreka* et à *Fassia*. Ces deux derniers centres, qui ne sont pas équipés, sont visités par une équipe mobile une fois par semaine (*Kristien Wouters*, 6 avril 2018). Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 25 septembre 2018 par la docteure *Kristien Wouters*, les centres DREAM sont dépendants du gouvernement pour l'approvisionnement en médicaments. Il y a eu des ruptures de stock de médicaments ARV dans le passé, mais en mars 2018, lors de sa visite du centre DREAM, l'approvisionnement était normal.

Traitement ARV gratuit, mais les patient-e-s doivent aussi payer pour des coûts médicaux additionnels, en plus des coûts de transports. Selon le *GuineeTimes*, même si le traitement ARV est gratuit, l'accès à des soins pour des personnes infectées par le VIH est rendu difficile par les frais de transport dont doivent s'acquitter les patient-e-s pour se rendre dans les centres médicaux (*GuineeTimes*, 16 octobre 2016). Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 26 septembre 2018 par le professeur *Sow Mamadou Diallo*, chef du *Département des maladies infectieuses* à Conakry, les traitements ARV sont gratuits, mais ce n'est pas le cas des diagnostics des infections opportunistes et des prises en charge. Idem pour les frais de déplacement qui sont à la charge des patient-e-s. Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 2 octobre 2018 par la docteure *Cornelia Staehelin*, spécialiste des maladies infectieuses à l'*Hôpital universitaire de Berne*, en Suisse, les traitements ARV et les consultations sont gratuites et dans l'ensemble, l'accès au traitement, en tout cas pour les adultes, est plutôt satisfaisant. Il existe néanmoins des coûts

cachés comme des frais de laboratoire ou des frais de dossiers pour lesquels il n'existe pas de soutien financier de l'État. Selon MSF, même si le gouvernement a décrété la gratuité des médicaments ARV, les patient-e-s doivent quand même fréquemment payer pour d'autres soins, notamment des tests de laboratoires et des médicaments essentiels, comme ceux nécessaires pour lutter contre les infections opportunistes (MSF, 1 avril 2018 et 16 avril 2016). D'après un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 12 octobre 2018 par un représentant de l'ONG *Solthis-Guinée*, les consultations, les traitements antirétroviraux, les traitements préventifs des infections et les tests biologiques du suivi du VIH (CD4 et charge virale) sont gratuits. Par contre, les hospitalisations et les examens sont exclusivement à la charge des patient-e-s ou de leur famille.

Accès à un traitement VIH plus difficile pour les enfants. Peu de pédiatres spécialisés et indisponibilité fréquente des médicaments. Selon *Cornelia Staehelin* (2 octobre 2018), l'accès à un traitement VIH est plus difficile pour un enfant que pour un adulte. A la plus grande difficulté de traiter un enfant, s'ajoute le fait qu'il existe peu de formulations pédiatriques qui soient faciles à avaler, en particulier pour les médicaments de deuxième ligne. Un autre problème est celui des ruptures de stocks de médicaments qui sont plus fréquentes pour les traitements ARV pour enfants. Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 12 octobre 2018 par un représentant de l'ONG *Solidarité thérapeutique et initiatives pour la santé (Solthis-Guinée)*, il n'existe que deux pédiatres dans le système médical public à Conakry qui sont spécialisés en traitement VIH. Par ailleurs, les fréquentes ruptures de médicaments ARV peuvent avoir des conséquences particulièrement graves pour un enfant, surtout en cas de résistance du virus, l'accès aux ARV de deuxième ligne étant souvent très difficile.

Fréquentes ruptures de stock et sérieux problèmes de gestion et d'approvisionnement des médicaments ARV de première ligne. En 2015, MSF notait une rupture de stocks des ARV de première ligne (substance active *Afavirenz* 600mg). Selon le professeur *Sow Mamadou Diallo* (26 septembre 2018), les ruptures de stock de médicaments ARV sont fréquentes. C'était notamment le cas vers la fin du mois de septembre 2018. Selon la docteure *Cornelia Staehelin* (2 octobre 2018), les problèmes de rupture de stocks de médicaments sont fréquents. Cet été par exemple, la combinaison de médicaments *Tenofovir/Truvada* n'était pas disponible dans le pays. Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 27 septembre 2018 par un représentant de l'ONG *Solthis-Guinée*, les ARV de première ligne sont généralement disponibles en Guinée, même si les ruptures de stocks sont fréquentes. Selon l'ONG, seul MSF dispose d'une chaîne d'approvisionnement stable pour ses patient-e-s, mais ces derniers-ères ne représentent qu'une partie des personnes infectées par le VIH en Guinée. Un audit effectué en 2017 par l'ONG *Aidspan* sur les programmes du *Global Fund* a identifié un certain nombre de problèmes dans la gestion et l'approvisionnement des médicaments ARV. Parmi ceux-ci, il y avait notamment un manque de données fiables pour quantifier les besoins en médicaments (les estimations varient entre 28 000 et 44 000 patient-e-s). Ce problème était notamment dû à une mauvaise coordination entre les différents acteurs. D'autres problèmes incluaient des systèmes de gestion des stocks inadéquats et des pratiques de stockage inadaptées qui se sont traduits par des ruptures de stocks et des problèmes de médicament expirés. Il est notamment estimé qu'un stock de médicaments ARV d'une valeur de près de USD 3 millions (CHF 2,9 millions), financé par le *Global Fund*, est arrivé à expiration en 2016 et donc a été perdu. Des ruptures de stock de kit de test VIH ont également été rapportées (*Aidspan*, 5 septembre 2017).

Médicaments ARV de deuxième ligne en principe disponibles, mais les ruptures de stock sont fréquentes. Selon le professeur *Sow Mamadou Diallo* (26 septembre 2018), les médicaments de deuxième ligne sont en principe disponibles, mais il y a régulièrement des ruptures de stock. Selon le représentant de l'ONG *Solthis-Guinée* (27 septembre 2018), l'accès aux médicaments ARV de deuxième ligne n'est à ce jour pas garantie en Guinée. Les fréquentes ruptures de stock font que seules de petites quantités sont disponibles.

Médicaments ARV de troisième ligne non disponibles en Guinée. Selon le représentant de l'ONG *Solthis-Guinée* (12 octobre 2018), les ARV de troisième ligne sont indisponibles en Guinée. Cette indisponibilité est confirmée par le professeur *Sow Mamadou Diallo* (26 septembre 2018) et par la docteure *Cornelia Staehelin* (2 octobre 2018).

Accès aux soins limité pour les personnes au stade SIDA. Les échecs de traitements et les diagnostics tardifs engendrent une forte mortalité chez des personnes souvent déjà en traitement ARV. En 2015, selon MSF, 82 pourcents des personnes testées positives pour le VIH dans les centres soutenus par MSF étaient déjà à des stades avancés (3 et 4) de la maladie (MSF, 16 avril 2016). En 2017, MSF notait que les personnes infectées arrivées au stade SIDA avaient un accès aux soins très limité. Dans les hôpitaux MSF, pour près de 40 pourcents de ces personnes la déficience immunitaire était tellement sévère qu'elles en mourraient, souvent dans les 48 heures après admission. Cela était principalement dû à des échecs ou des interruptions de traitement, ou des diagnostics trop tardifs. Le problème n'est plus, comme dans les années 2000, le manque d'accès au traitement ARV, mais plutôt les échecs à ces traitements. Selon MSF, il est nécessaire que les patient-e-s puissent passer plus rapidement à des traitements de deuxième ligne (MSF, 25 juillet 2017). Selon *Anthony Billaud*, chef du projet du consortium OPP-ERA en Guinée, la gestion des patients sous traitements ARV qui sont en échec thérapeutique est difficile. La situation est notamment exacerbée par les délais dans l'obtention du résultat de charge virale par les laboratoires, l'absence d'assistants psychosociaux ainsi que par la disponibilité incertaine des médicaments ARV de seconde ligne (OPP-ERA, 13 juin 2018).

Forte discrimination envers les personnes infectées par le VIH. Selon le *GuineeTimes*, les responsabilités familiales qui pèsent sur les femmes et la stigmatisation des femmes infectées dans leur communauté (et la peur de dévoiler la maladie à leurs maris) font que certaines femmes sont poussées à interrompre ou même à abandonner le traitement. Selon *Kristien Wouters*, il est fréquent que les femmes infectées soient ostracisées et rejetées par leurs maris (*Kristien Wouters*, 6 avril 2018). Selon des chiffres d'ONUSIDA cités par le *GuineeTimes*, le niveau de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA atteint plus de 80 pourcents en Guinée (*GuineeTimes*, 16 octobre 2016). Selon MSF, en 2018 les personnes infectées par le VIH continuent de faire l'objet d'une forte stigmatisation (MSF, 1 avril 2018).

4 Sources

Aidspan, 5 septembre 2017:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In addition, the OIG said, there is limited coordination among the various players with respect to quantifying ARV needs. » Source: Aidsplan, OIG audit of two Global Fund grants to Guinea finds significant weaknesses in supply chain management, 5 septembre 2017: www.aidsplan.org/gfo_article/oig-audit-two-global-fund-grants-guinea-finds-significant-weaknesses-supply-chain.

BM, 17 mai 2018:

« Environ 55 % de la population guinéenne vivait dans la pauvreté en 2012. Ce taux s'est probablement aggravé en 2014 et 2015 en raison de la crise Ebola et de la stagnation de l'activité économique qui en a découlé, particulièrement dans les régions du pays qui ont été les plus touchées par le virus et où le taux de pauvreté dépassait déjà la moyenne nationale.

Un sondage par téléphone portable, réalisé en septembre 2015 auprès d'environ 2 500 ménages répartis dans tout le pays, a confirmé que l'épidémie avait eu de graves conséquences sur leur situation. Le niveau de bien-être mesuré en fonction de la possession d'actifs a reculé, ce qui va de pair avec une baisse marquée du revenu (plus de 30 %) dans les ménages ruraux et chez les femmes vivant dans les régions gravement touchées pour le virus. L'enquête a également mis en évidence une baisse de la consommation alimentaire chez ces ménages. Parallèlement, le taux de chômage en milieu urbain a doublé, passant de 8 % en 2012 à 16 % en 2015 ; près de 10 % des ménages ont retiré leurs enfants de l'école, par crainte, majoritairement, du virus Ebola. Contre toute attente, la production agricole a bien résisté à la crise et les prix des aliments sont restés stables.

La proportion de pauvres reste beaucoup plus élevée en milieu rural (65 % en 2012) qu'en milieu urbain (35 %). » Source: Banque mondiale (BM), Guinée - Vue d'ensemble, 17 mai 2018: www.banquemonde.org/fr/country/guinea/overview.

GuineeTimes, 16 octobre 2016:

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

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

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

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

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

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

«Des femmes séropositives abandonnent le traitement »

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

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

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

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

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

«Conditions de pauvreté extrême »

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

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

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

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

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

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

IMC, décembre 2015:

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

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

Ils font partie du système de santé préfectoral cité en amont et représentent la principale source de soins pour les personnes qui vivent en dehors de la capitale. Les administrateurs tentent de recouvrir les coûts de fonctionnement des centres de santé en faisant payer les services de soins curatifs. Les ONGs jouent également un rôle significatif en fournissant des ressources à ces centres de santé, comme du personnel, des infrastructures et un accompagnement à l'offre de soins. Les médicaments et les traitements ayant majoritairement été supprimés des dépenses publiques, des marchés officieux, non-étatiques ont émergé sous la forme de pharmacies privées dans les rues des villes et de vendeurs (« table-top sellers ») dans les marchés urbains et ruraux qui fournissent des produits médicamenteux biomédicaux et non-biomédicaux. Parmi ces agents de santé officieux, on trouve des praticiens de la médecine islamique, des herboristes ainsi que des guérisseurs locaux vénérés pour leur expertise spécifique et leur capacité à exercer des thérapies peu orthodoxes.

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

Toutefois, des tensions sont présentes entre le DMT et les guérisseurs ; ces derniers ont récemment accusé le DMT de mauvaise gestion des fonds destinés à soutenir leur formation et leurs activités. Des chercheurs ont conclu que peu de guérisseurs individuels choisissent de s'inscrire au DMT. Les guérisseurs peuvent chercher à rejoindre l'Association des praticiens de la médecine traditionnelle ou des associations locales. Les représentants du secteur de la santé publique pensent que travailler avec ces associations et avec les guérisseurs à la formation et à la sensibilisation de la communauté est une stratégie efficace lors

de crises sanitaires liées au VIH/SIDA et au virus Ebola. » Source: International Medical Corps (IMC), Santé mentale et soutien psychosocial en Guinée-Conakry, décembre 2015, p. 13-15: <https://cdn1.internationalmedicalcorps.org/wp-content/uploads/2017/07/Guinea-MHPSS-Literature-Review-2015-French.pdf>.

Kristien Wouters, 6 avril 2018:

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

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

In Conakry, we offer treatment in three HIV centres.

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

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

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

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

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

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

Mohamed Camara et al., novembre 2015:

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

Since the privatization of the health structures and pharmacies in Republic of Guinea, the cost of care became inaccessible by the population. The cost of healthcare remains very high while the quality of care is extremely poor. Very few people have health insurance. The social security is not organized. “In 2008, only 5% of the population were covered by public health insurance; the social security office 0.4% or other health insurance offices and 0.4% were covered by private health insurance”.

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

The burden of diseases Ebola in Guinea infects people regardless age, gender or economic status. The distribution is very rapid and the contagiousness is very high. The poverty level is very high in Guinea. But, I believe that the contagiousness is not related to the situation of poverty in the Country. However, the poverty can affect the compliance of the basis hy-

giene rules (hand washing) that can facilitate the contamination. Ebola outbreak is a real burden of diseases on the health care system in Guinea since many people have died from that disease. There are other burdens of diseases in the country that are endemic, but are not as deadly as compared to Ebola.

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

The healthcare system

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

The Guinean health system is pyramidal, at the top there are three National hospitals (Donka, Ignace Deen and Sino-Guinean); in each of the seven regions, there is a regional hospital; and in each of the 33 prefectures, there is a prefectural hospital, while each sous-prefecture has its primary health care center. There are also eight communal health centres in the country with some specialties included in the structure such as surgery service, maternity, dentist and ophthalmologist. The country also has several private healthcare facilities with different standings from medical offices to polyclinics.

Globally, those healthcare settings in Guinea do not meet the standard of developed countries. The overall analysis shows us an improvement in some sectors like the management of the Ebola outbreak sector. Unfortunately, other sectors have not improved. The sanitation problems are being contributed to the bad healthcare situation in Guinea. » Source: Mohamed Camara et al., The healthcare system in Africa: the case of Guinea, International Journal of Community Medicine and Public Health, novembre 2015: www.researchgate.net/publication/283239841 [The healthcare system in Africa the case of guinea.](http://www.researchgate.net/publication/283239841)

MSF, 1 avril 2018:

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

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

MSF, 25 juillet 2017:

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

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

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

« La généralisation de l'accès aux ARV n'a pas produit la diminution attendue du nombre de personnes au stade SIDA dans les pays en développement. Ce qui a changé, c'est qu'une majorité des personnes admises à l'hôpital ont déjà été diagnostiquées et beaucoup sont déjà sous traitement depuis plusieurs années. À Homa Bay, au Kenya, où les antirétroviraux sont disponibles depuis longtemps, la moitié des patients hospitalisés montrent des signes d'échec du traitement. Nous militons pour que ces patients puissent passer plus rapidement à des traitements de deuxième ligne », explique David Maman, épidémiologiste à Épicentre.

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

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

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

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

« La réalité des patients au stade SIDA témoigne des immenses difficultés pour se faire dépister et soigner à temps, et continuer son traitement antirétroviral de manière ininterrompue. Avec un tarissement de la volonté politique et des financements à l'échelle mondiale, le combat contre le virus risque de subir un revirement, et ces malades qui arrivent à l'hôpital atteints du SIDA de voir leurs espoirs de sursis anéantis », souligne Mit Philips, conseillère en politique sanitaire et promotion de la santé. » Source: Médecins sans Frontières (MSF), En Afrique subsaharienne, beaucoup meurent encore du SIDA, même sous traitement antirétroviral, 25 juillet 2017: www.msf.fr/communiqués-presse/en-afrique-subsaharienne-beaucoup-meurent-encore-du-sida-meme-sous-traitement-antiretroviral.

MSF, 25 mai 2016:

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

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

the Matoto Est District." But six weeks into the campaign, 6,095 people had come to be tested, five times more than expected.

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

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

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

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

MSF offers viral load testing for patients in the facilities it supports, and also supports hospital care for severely ill patients and treatment for opportunistic infections such as Kaposi's Sarcoma. MSF partners with patient associations that provide peer support, monitor health outputs through the "Observatoires," and advocate for scale up of ART access. »

Source: Médecins sans Frontières (MSF), Guinea: Screening for HIV in Conakry, 25 mai 2016: <https://msfaccess.org/guinea-screening-hiv-conakry>.

MSF, 16 avril 2016:

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

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

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

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

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

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

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

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

In 2014, the country's ART coverage was estimated to be 27%. This very low coverage is in part explained by the low level of testing. However, timely initiation of ART is caused by other factors beyond under- and late diagnosis. Urban-rural inequality plays a major role in unequal health care access: 63% of the population lives in the countryside, while only 17% of medical staff works there. In the health centre of Matam, 25% of patients come

from outside of Conakry, despite long travel distances and transport difficulties. The scarcity of health services in rural areas is compounded by a high level of stigma.

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

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

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

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

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

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

• **Decreased demand for care: patients that are required to pay for essential care elements are deterred from using services as needed.** In certain health facilities, CD4 testing and a standard lab assessment before ART initiation might cost patients between 50,000 and 150,000 Guinean franc (US\$6.4 – 19).²⁴ With 55% of people living below the poverty line²⁵, these financial barriers deter patients from initiating timely treatment and can lead to treatment interruptions.

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

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

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

While only a handful of health agencies were actively involved with Guinea before 2014, this has changed dramatically since the Ebola outbreak hit the country. This increased international attention is an opportunity for the country not only to boost again its health services, but also to attract and tap into support for expansion of HIV treatment. Without better investment from major donors and actors, fast tracking of the HIV response will not be possible. » Source: Médecins sans Frontières (MSF), Out of focus, avril 2016, p.71-79: www.msf.org/sites/msf.org/files/2016_04_hiv_report_eng.pdf.

OMS, mai 2015:

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

The major challenge of the WHO Country Cooperation Strategy is to expand health coverage to the entire population by strengthening the delivery of health services and developing community health, against the backdrop of relaunching a health system badly affected in socioeconomic and health terms by the Ebola virus disease epidemic. Accordingly, WHO should help Guinea to strengthen its national health system, improve the prevention and management of diseases and emergencies, and promote the health of moth-

ers, children, adolescents and the elderly. It will need to support implementation of the plan to relaunch the Guinean health system in the post Ebola period, and support implementation of the new National Health Development Plan, specifically by improving health sector governance; ensuring the availability of high-quality, motivated human resources; strengthening infrastructure and equipment ; establishing suitable and equitable funding mechanisms; ensuring the availability of high quality medicines, other health products and medical technologies; and boosting the effectiveness of the health information and research system. »
Source: OMS, Guinea: country cooperation strategy at a glance, mai 2015:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246211/ccsbrief_gin_en.pdf;jsessionid=810A9164B7352A8C1126E587A5116F87?sequence=1.

OPP-ERA, 13 juin 2018:

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

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

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

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

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

une prise en charge de qualité et mieux rendre compte de l'amélioration de l'accès à l'examen de charge virale en Guinée.

Ces missions s'inscrivent dans le cadre plus large de renforcement des capacités des acteurs guinéens pour l'amélioration de la qualité du suivi des patients infectés par le VIH. Elles participent ainsi à l'atteinte des objectifs de d'ONUSIDA, à savoir « 90% des patients infectés par le VIH ont une charge virale indétectable d'ici 2030 » démontrant l'efficacité du traitement et garantissant de fait une bonne qualité de vie aux patients guinéens. Anthony Billaud, chef du projet OPP-ERA en Guinée. » Source: OPP-ERA, Guinée : Comment garantir une meilleure prise en charge des patients infectés par le VIH ?, 13 juin 2018: <https://opp-era.org/fr/quien%C3%A9e-comment-garantir-une-meilleure-prise-en-charge-des-patients-infect%C3%A9s-par-le-vih>.

République de Guinée, mars 2015:

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

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

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

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

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

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

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

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

L'analyse de la situation des RHS fait ressortir des problèmes majeurs de développement des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En matière de planification des RHS, les principaux problèmes qui se dégagent sont : l'absence de vision et instruments stratégiques de planification, la faible opérationnalité de la structure en charge des RHS, l'absence de cadre de concertation et de coordination des acteurs,

l'environnement général du pays durablement marqué par une situation économique, politique et sociale turbulente.

Sur le plan de la production des RHS, l'on note : faible capacité institutionnelle des établissements de formation et des institutions en charge du management de la formation, l'absence de politique et de plan national de formation au MS et au ministères en charge de la formation initiale des personnels de santé, l'absence de cadre de concertation entre les acteurs impliqués dans la production et le développement des RHS, la faible qualité de l'enseignement, la non adaptation des filières de formation aux besoins du système de santé et la production insuffisante de catégories de personnels manquants au système de santé et la surproduction de celles en excès ou moins pertinentes, absence de stratégie et mécanismes de mobilisation des financement privés et faible financement public au bénéfice des structures privées et publiques de formation, gestion discriminatoire de l'accès aux bourses de formation.

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

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

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

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

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

*Le sous-secteur informel : **A côté de ces structures officielles d'approvisionnement, il existe malheureusement une contrebande qui alimente le marché illicite de produits pharmaceutiques et qui de nos jours gagne des proportions inquiétantes.** Les sources d'approvisionnement de ce marché illicite sont très diverses : l'importation clandestine, le détournement des commandes des structures de soins publiques, des échantillons médicaux «gratuits» et des dons de médicaments. **La probabilité de rencontrer des médicaments de mauvaise qualité est très élevée à cause du développement exponentiel du marché illicite. La faible capacité de la PCG à assurer l'approvisionnement correct des structures de santé en produits essentiels de qualité et l'absence de contrôle de qualité favorisent la contrebande. Il convient de signaler également la mauvaise répartition des structures pharmaceutiques privées (une officine pour 10 000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100 000 habitants à l'intérieur du pays).***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

l'application d'une tarification qui a rendu inaccessibles les prestations pour une partie relativement importante de la population.

Conscient de cette situation, l'Etat a développé des alternatives en faveur des couches les plus vulnérables. Pour favoriser l'accès des indigents aux soins de santé, une ligne budgétaire en sa faveur a été mise en place par le gouvernement. Malgré cette mesure, l'accès aux soins est restée difficile voire impossible pour un bon nombre de potentiels usagers. La question de l'indigence reste difficile à solutionner dans un environnement de pauvreté quasi généralisée. Des mesures volontaristes de promotion de l'accessibilité et de lutte contre l'exclusion ont été prises par l'Etat. Les PTF sont disposés à accompagner les mesures de gratuité ou de promotion de l'accessibilité y compris la mesure en perspective : la gratuité de la consultation pour les enfants de moins de cinq ans. Il s'agira d'aider le gouvernement à déterminer les coûts afférents à ces mesures, à mettre en place les mesures d'accompagnement destinées à leur financement et à éviter qu'elles n'affectent l'équité. [...]

Principales insuffisances constatées dans l'analyse du système de santé

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

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

Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à : l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé de qualité et technologies médicales, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche. » Source: République de Guinée, Ministère de la santé, Plan national de développement sanitaire (PNSD) 2015-2024, mars 2015, p.24-47: www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guinea/plan_national_developpement_sanitaire_2015-2024_guinee_fin.pdf.

République de Guinée, pas de date (accès le 25 septembre 2018):

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

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

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

Celles-ci sont regroupées en réseaux. Cependant, l'atteinte des résultats a rencontré des difficultés au nombre desquelles il y a l'insuffisance de structures de prise en charge

psychologique, le manque de psychologue clinicien, l'insuffisance d'assistants sociaux dans les structures de soins, l'absence de dispositif juridique et réglementaire en faveur des PS et HSH, le manque de structures d'accompagnement psycho - moral des PVVIH. » Source: République de Guinée, Cadre Stratégique National de Lutte les IST/VIH/Sida 2013-2017, pas de date (accès le 25 septembre 2018), p.22-29: www.invest.gov.gn/document/vih-plan-strategique-2013-2017.

Touré, A. et al., 13 avril 2018:

« Conakry, la capitale de la Guinée, compte 1 667 864 d'habitants pour une superficie de 450 km². **Vingt-deux sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH y sont fonctionnels dont le centre de traitement ambulatoire (CTA) de l'Association des femmes de Guinée pour la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le sida (ASFEGMASSI) qui a servi de cadre à cette étude.** Créée en 1988 dès la découverte du premier cas de VIH, il est situé dans la commune de Kaloum qui compte un autre site de prise en charge du VIH. ASFEGMASSI est une association affiliée à l'Organisation panafricaine des femmes dans la lutte contre le sida (SWAA). Elle contribue à la réduction de la propagation des IST/VIH dans le pays à travers l'éducation populaire, la formation du personnel et la protection sociale des femmes et des personnes vivant avec le VIH. Grâce au soutien du Programme national de lutte et de prévention des IST/sida, du Comité national de lutte contre le sida et du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, l'ASFEGMASSI prend en charge près de 1000 personnes vivant avec le VIH. » Source: Touré, A. et al., Facteurs associés aux perdus de vue des patients sous traitement antirétroviral dans un centre de traitement ambulatoire du VIH à Conakry, Guinée, 13 avril 2018, p.2: https://www.researchgate.net/profile/Sidikiba_Sidibe2/publication/325383454_Facteurs_associes_aux_perdus_de_vue_des_patients_sous_traitement_antiretroviral_dans_un_centre_de_traitement_ambulatoire_du_VIH_a_Conakry_Guinee/links/5b1a39c20f7e9b68b428e21a/Facteurs-associes-aux-perdus-de-vue-des-patients-sous-traitement-antiretroviral-dans-un-centre-de-traitement-ambulatoire-du-VIH-a-Conakry-Guinee.pdf?origin=publication_list.