

# **AIDES / AiderAfrique**

## **RAPPORT DE MISSION EN GUINEE (CONAKRY du 25 janvier au 1er février 2006)**

### **AiderAfrique/AIDES**

Emmanuel SCHAEER, Président d'AiderAfrique

Vincent PELLETIER, Directeur Général Adjoint de AIDES

Mach-houd KOUTON, chargé de mission Afrique-Asie AIDES

## Liste des abréviations

**AGUIP +** : Association Guinéenne des Personnes Vivant avec le VIH

**AGR** : Activité Génératrice de Revenus

**ARV** : Anti Retro-Viral

**ASFEGMASSI** : Association des Femmes de Guinée pour la Lutte contre les infections sexuellement transmissibles y compris le SIDA

**CCC** : Communication pour le Changement de Comportement

**CCM** : Country Coordination Mechanism

**CDV** : Centre de Dépistage Volontaire

**CHMP** : Centrale Humanitaire Médico-Pharmaceutique

**CNLS** : Comité National de Lutte contre le Sida

**CTA** : Centre de Traitement Ambulatoire

**FEG** : Fondation Espoir Guinée

**FG** : Francs Guinéen

**FHI** : Family Health International

**FSD** : Fonds Social de Développement

**IO** : Infection Opportuniste

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**MEG** : Médicament Essentiel Générique

**MAP** : Programme Multinational de Lutte contre le Sida de la Banque Mondiale

**PEC** : Prise En Charge

**PNPCS** : Programme National de Prise en Charge du Sida

**PTME** : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

**PVVIH** : Personne Vivant avec le VIH

**SCAC** : Service de Coopération et d'Action Culturelle

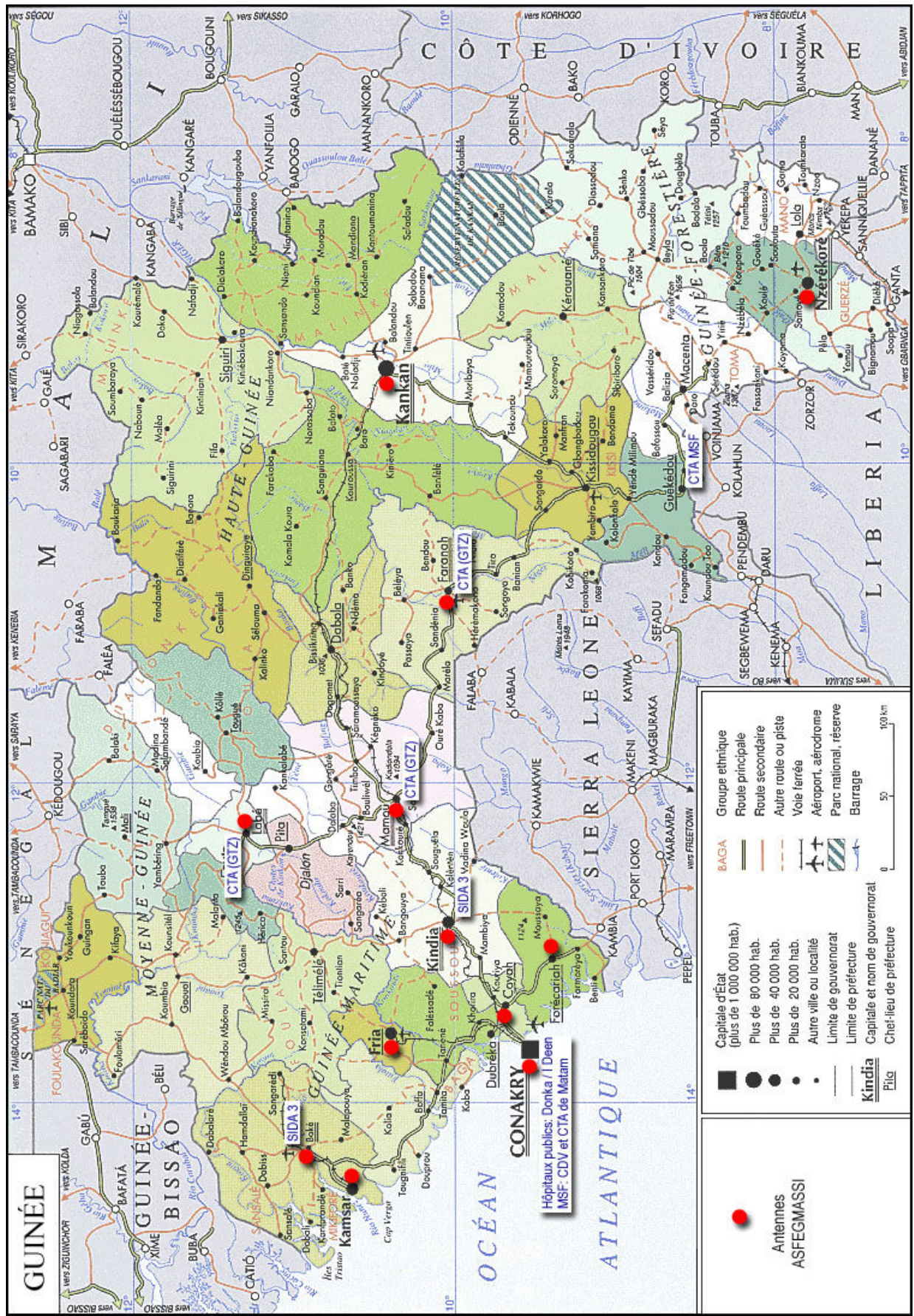
**USAID** : United States Agency for International Development

---

## **TABLE DES MATIERES**

<b>I- CONTEXTE ET OBJECTIFS DE LA MISSION.....</b>	<b>5</b>
<b>II- Méthodologie.....</b>	<b>7</b>
<b>III- Constats.....</b>	<b>7</b>
3.1-Un contexte national toujours difficile.....	7
3.2- Une épidémie de sida qui progresse .....	8
3.3- Les principales sources de financements.....	8
<b>IV- Prise en charge et implication de la société civile .....</b>	<b>9</b>
4.1- Organisation de la prise en charge.....	9
4.1.1- Le Programme National de Prise en Charge du Sida .....	9
4.1.2- Un schéma de prise en charge en construction.....	9
4.1.3- Traitements et circuit du médicament.....	10
4.1.4- La prise en charge dans le secteur public .....	11
4.1.5- Les autres initiatives de prise en charge.....	12
4.1.6-La gestion des patients « perdus de vue ».....	14
4.2- Prise en charge et implication de la société civile : évolutions et limites.....	14
4.2.1- Une politique affichée de prise en charge ambitieuse... ..	14
4.2.2- ... avec une évolution du discours public sur l'implication de la société civile... ..	16
4.2.3- ... mais dans la réalité, une implication encore incomplète.	16
4.2.4- Visibilité des personnes séropositives .....	17
<b>V- L'ASFEGMASSI.....</b>	<b>17</b>
5.1- Rappel des recommandations de la mission de janvier 2005 .....	17

5.2- L'ASFEGMASSI : des progrès remarquables ! .....	18
5.2.1- Point sur les activités financées .....	18
5.2.2- La prise en charge .....	19
5.2.3- Le partenariat avec AiderAfrique .....	20
5.2.4- Le centre « Fantagbé Kaba » : Un centre de prise en charge fonctionnel.....	21
5.2.5-...appelé à se développer... ».....	21
5.2.6- La constitution d'une équipe de permanents .....	22
5.3- Vie de l'association .....	23
<b>VI- Les partenariats potentiels pour le développement du centre « Fantagbé Kaba » .....</b>	<b>23</b>
6.1- FHI/USAID .....	23
6.2- La Coopération française .....	24
6.3- L'Etat guinéen .....	25
6.3.1- CNLS .....	25
6.3.2- Ministère de la Santé / Fonds Mondial.....	25
6.4- Le Programme Alimentaire Mondial .....	26
6.5- Le projet SIDA 3 .....	27
<b>VII - Les autres organisations de la société civile.....</b>	<b>27</b>
7.1- La Fondation Espoir Guinée .....	27
7.2- L'Association Guinéenne des Personnes vivant avec le VIH (AGUIP+) .....	28
7.3- L'Association des Femmes Infectées et Affectées de Guinée .....	29
7.4- Les réseaux associatifs.....	29
7.4.1- REGAP+ .....	29
7.4.2- ROSEGUI.....	29
7.4.3- FENOSEGUI .....	30
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>30</b>
<b>Recommandations à l'ASFEGMASSI .....</b>	<b>31</b>



## **I- Contexte et Objectifs de la mission**

Afrique 2000 est un réseau constitué de 17 associations de lutte contre le sida réparties dans 9 pays avec 16 associations africaines : AAS, ALAVI, REVS+, (Burkina Faso), ACS, AMC, EVT, (Togo), Amepouh, Lumière Action, RSB, Ruban Rouge, (Côte d'Ivoire), ANSS, (Burundi), ARCAD-Sida, Kéné Dougou Solidarité, (Mali), ASFEGMASSI, (Guinée) Bok Jef, (Sénégal), MVS, (Niger) et une française (AIDES).

L'objectif de ce réseau est de renforcer les capacités d'actions et de plaider des associations investies dans la lutte contre le sida sur l'approche globale de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH allant de la prévention aux traitements optimaux avec pour objectif spécifique la mise en place, dans chacune de ces associations, d'un centre de prise en charge modèle des PVVIH (personnes vivant avec le VIH).

En Guinée, deux associations, FEG et ASFEGMASSI, étaient membres du réseau Afrique 2000 depuis sa création en 1997.

Le regroupement du Réseau Afrique 2000 tenu à Niamey au Niger en janvier 2003, a décidé la suspension de l'association FEG de la Guinée du Réseau Afrique 2000, pour la persistance d'un certain nombre d'insuffisances constatées dans son mode de fonctionnement et l'absence de mise en œuvre d'activités répondant aux critères attendus des associations faisant partie du réseau.

Les deux missions en Guinée, en mars 2002 et en août 2003, avaient fait le constat des difficultés pour l'ASFEGMASSI à mettre en place des actions de prise en charge des PVVIH, mais notaient les avancées certaines dans ce domaine (mise en place d'AGR, fréquentation du lieu par les personnes...). Elles faisaient des recommandations devant permettre à l'ASFEGMASSI de rattraper le retard par rapport aux autres associations du réseau Afrique 2000.

La mission de janvier 2005 a fait le point avec l'ASFEGMASSI sur le contexte général de la lutte contre le sida en Guinée, notamment dans le domaine de la prise en charge des PVVIH, de la visibilité et de l'implication de l'association dans la lutte axée surtout sur la prise en charge, et sur l'engagement des partenaires au développement et les opportunités de financement alors que le Fonds Mondial et le MAP sont présents.

La présente mission, menée conjointement avec l'association AiderAfrique (partenaire de l'ASFEGMASSI depuis quelques mois) avait pour objectif de :

- Mener un plaidoyer auprès des différents bailleurs internationaux présents en Guinée pour financer un centre de prise en charge globale, et auprès des acteurs institutionnels pour renforcer et adapter ce projet dans le cadre de la réponse nationale.

- Définir avec l'ASFEGMASSI les orientations d'un financement ponctuel par AIDES de l'association suite à un mailing de marketing direct effectué en 2005.

## **II- Méthodologie**

La mission a rencontré les membres de l'association afin de faire le point sur les activités menées et sur la vie de l'association. Une réunion de restitution a ensuite été organisée avec les membres de l'association.

Par ailleurs, la mission, accompagnée de membres de l'ASFEGMASSI, a rencontré des bailleurs de fonds, partenaires institutionnels et associatifs afin d'identifier des financements possibles pour l'ASFEGMASSI (liste des personnes rencontrées en annexe 1). Pour des raisons de temps, la mission s'est déroulée exclusivement sur la ville de Conakry.

## **III- Constats**

### **3.1-Un contexte national toujours difficile**

Il y a eu depuis quelques années une dévaluation importante de la monnaie (le Franc guinéen), qui n'est pas indexée comme le Franc CFA sur l'euro. Aujourd'hui, un euro vaut environ 5 000 francs guinéens, contre moins de 4 000 FG lors de la dernière mission en janvier 2005, et contre 2 000 francs guinéens il y a trois ans. Les prix des produits de base ne cessent d'augmenter mais les salaires ne suivent pas. Un médecin en fin de carrière gagne 250 000 FG par mois (soit environ 47 euro). Le salaire moyen mensuel est de 90 000 FG (soit moins de 17 euro).

Un sac de riz de 50 kilos coûte 95 000 FG (19 €), quand un litre d'essence coûte 3 800 FG (0,76 €), ce qui paralyse considérablement les possibilités de déplacement ou d'utilisation d'un groupe électrogène lors des fréquentes coupures de courant. Officiellement 42 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté fixé à 1 dollar US par jour, mais ce chiffre est sans doute en dessous de la réalité.

Depuis deux ans, les contrats privés extérieurs gérant l'approvisionnement en eau et en électricité ayant été rompu, l'Etat n'arrive pas à pallier l'augmentation de la demande. De fréquentes coupures de courant ont lieu dans la ville de Conakry, avec un approvisionnement en électricité qui se fait en alternance en fonction des quartiers. Le centre ville, quartier des affaires est mieux desservi dans la journée, les banlieues, lieux de résidence, sont plutôt approvisionnées en soirée ou la nuit (souvent après minuit). Il en est de même pour l'eau qui vient à manquer dans certains quartiers, alors que la Guinée était connue pour être le « château d'eau de l'Afrique de l'Ouest ». Seule les communications téléphoniques semblent s'être améliorées depuis la dernière mission.

### **3.2- Une épidémie de sida qui progresse**

L'Enquête Démographie et Santé 2005 (EDS II) menée par la Direction Nationale de la Statistique du Ministère du Plan, qui vient de rendre ses premières conclusions fait état d'une séroprévalence de 1,5 % en population générale, avec un écart important entre les hommes (1,1 %) et les femmes (1,9 %).

Selon le représentant de l'ONUSIDA, ces chiffres ne veulent pas dire, contrairement à ce que certains voudraient faire croire, que l'épidémie a régressé en Guinée mais simplement que les méthodes de calcul sont différentes. Il y aurait même plutôt une augmentation de la prévalence dans certaines populations (travailleuses du sexe) ou dans certaines régions (Régions minières et Guinée Forestière).

Le taux d'utilisation du préservatif reste faible, autour de 4%.

De manière générale, l'accessibilité et la qualité des soins sont encore défectueux. Combinés à des conditions socio-économiques difficiles, ces facteurs expliquent que la santé en générale, et le sida en particulier, ne figure pas en tête des préoccupations quotidiennes des Guinéens.

Tous nos interlocuteurs s'accordent à dire que la Guinée est en retard sur la mise en place d'une véritable prise en charge des malades du sida. Cependant, le discours sur la prise en charge globale évolue après des années de « tout prévention ».

### **3.3- Les principales sources de financements**

Il existe principalement deux sources de financement internationales :

- La Banque Mondiale (fonds IDA : projet de 22 millions de dollars US, 20 millions par IDA, 2 millions par l'Etat guinéen sur 5 ans jusqu'en juin 2008) : sur les fonds IDA, 2,5 millions de dollars sont pour la prise en charge, contre 19,5 millions sur la prévention. Mais en mars 2005 aura lieu la révision à mi-parcours, et de nouvelles orientations pourraient être données.
- Le Fonds Mondial avec deux composantes :
  - o Paludisme (8 millions de dollars US) qui n'a pas été renouvelé par manque de décaissement.
  - o Sida (13,230 millions de dollars US) dont la première phase vient de se terminer et qui entame sa deuxième phase. Les demandes de la première phase ont été essentiellement axées sur la sensibilisation et la prévention, car le Ministre de la Santé en place à l'époque du montage des projets, était issu du monde de la prévention. La deuxième phase devrait privilégier les activités de prise en charge des PVVIH, le nouveau Ministre étant un clinicien.



## **IV- Prise en charge et implication de la société civile**

### **4.1- Organisation de la prise en charge**

#### **4.1.1- Le Programme National de Prise en Charge du Sida**

La prise en charge est coordonnée par le Programme National de Prise en Charge du Sida, créé en 2002 en même temps que le CNLS rattaché à la primature. Il a remplacé le PNLIS (Programme National de Lutte contre le Sida) au sein du Ministère de la Santé Publique, conformément aux recommandations de l'OMS et de la Banque Mondiale. Il est composé de 5 unités :

- Prise en charge,
- IST,
- Epidémiologie et évaluation,
- IEC- plaidoyer,
- Comptabilité gestion, comme service d'appui.

Le programme est sous la responsabilité d'un médecin coordinateur et d'un coordinateur adjoint (poste occupé actuellement par le Dr Koïta, par ailleurs coordinateur de l'ASFEGMASSI).

Le PNPCS gère la formation des médecins prescripteurs et réceptionne les traitements. Ces derniers sont stockés et distribués par la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG).

#### **4.1.2- Un schéma de prise en charge en construction**

L'accès aux soins en Guinée est caractérisé par :

- L'accent mis sur le traitement des IO (infections opportunistes) et le traitement / prévention des IST
- Une concentration des sites dans la capitale, Conakry (4 sites sur 7 sont à Conakry)
- L'insuffisance des moyens humains, matériels et techniques en regard des besoins et des objectifs affichés de mise sous traitement (objectif de 17 000 personnes sous ARV en 2007 alors qu'il n'y aurait que 50 médecins formés par l'ONUSIDA à la prescription des ARV)
- Une faible implication de la société civile dans la prise en charge

Le programme gouvernemental d'accès aux traitements affichait un objectif de 20 000 personnes sous traitement en 2005 et 36 000 en 2007. Selon le Ministère de la Santé, ces chiffres ont été largement revus à la baisse, avec désormais un objectif de 17 000 personnes en 2007. La demande guinéenne auprès du Fonds Mondial lors du 2<sup>ème</sup> *round* porte sur 4 358 personnes sous traitement pour 2007.

Il ressort des entretiens que l'Etat guinéen avait sous-estimé les besoins dans ses programmes initiaux. La tendance est donc à une intensification de l'accès aux soins, et à la décentralisation de cet accès.

Il existe cependant très peu de coordination entre les divers intervenants dans la prise en charge.

A cet effet, la Guinée a mis en place un comité technique réunissant les médecins prescripteurs de Conakry. Ce comité devrait permettre notamment aux médecins de faire mensuellement le point sur les mises sous traitement. Une telle structure permettrait par exemple d'éviter les doubles prescriptions et d'améliorer le partage d'informations entre les prescripteurs.

Le CT s'est réuni le 2 février pour discuter de la réorganisation des délivrances d'ARV. Il en ressort que dorénavant :

- La délivrance se fera sur 3 mois pour les patients situés en région s'ils ont une bonne compréhension du traitement et sont motivés. Souvent, ces patients se font suivre à Conakry pour des raisons de discrétion.
- La micro-dispensation est proposée pour multiplier les points de délivrance, ex : hôpital Ignace Deen.

MSF Belgique qui à travers le centre de santé de Matam est la plus importante structure de prise en charge à Conakry, ne participe pas au Comité Technique.

Dans un contexte d'augmentation du nombre de personnes sous traitement et du nombre d'intervenants, il semble plus que nécessaire au mieux de coordonner les activités des uns et des autres, au pire de permettre le partage de l'information médicale.

#### **4.1.3- Traitements et circuit du médicament**

Les ARV sont disponibles en Guinée depuis janvier 2002.

En 2005, 136 personnes et un peu plus de 160 autres ont été prises en charge respectivement sur le Fonds Mondial et sur la Banque Mondiale. Mais concernant le Fonds Mondial, on nous indique que les commandes de médicaments pour les 136 personnes n'ont permis de couvrir que les 4 premiers mois de l'année 2005. Un don inattendu et bienvenu de l'Etat indien a permis de faire la jointure jusqu'à la fin 2005.

Début 2005, une commande de 1 350 traitements a été passée sur le Fonds Mondial. Après 9 mois de délais, ces traitements commençaient seulement à être disponibles en Guinée. Ils devraient permettre d'augmenter le nombre de malades traités en 2006.

Il y aurait environ 1 600 personnes sous ARV aujourd'hui en Guinée. 380 via MSF, 280 via la GTZ et 1 000 via le gouvernement. Les imprécisions sur les chiffres soulèvent des interrogations quant à la définition des files actives : comptabilisent-elles toutes les personnes ayant un jour débuté un traitement ?

La coopération française a mis en place un FSD sur le service de santé des armées (sensibilisation et formation technique des personnels médicaux, 6

unités laboratoire pour cendre de dépistage volontaire) pour un projet de 75 000 euro.

En 2005, ce FSD a été reconduit avec un volet accès aux ARV pour les militaires dépistés.

A ce jour, les traitements sont dispensés par (données OMS) :

- Les hôpitaux publics d'Ignace Deen et de Donka
- Le CTA de Matam géré par MSF Belgique
- Les CTA de Mamou, Labé et Farana mis en place par la GTZ
- L'Organisation Catholique pour la promotion humaine

L'approvisionnement des médicaments reste une des difficultés majeures de la Guinée.

La Pharmacie Centrale de Guinée gère le stockage et la distribution des ARV. Les commandes sont faites par l'UNICEF (sur décision du Fonds Mondial), en raison des difficultés rencontrées par la PCG. En effet, cette dernière pratiquant le dépôt vente et étant endettée vis-à-vis de ses fournisseurs habituels, ces derniers refusent de l'approvisionner à crédit (cette dette s'élèverait à 2 millions de dollars US).

Malgré le recourt à l'UNICEF, il ressort des entretiens que l'approvisionnement resterait très problématique avec des délais pouvant atteindre 9 mois dans le cas de la commande « Fonds Mondial » de 1 350 traitements. Ces retards seraient notamment imputables à des erreurs dans les commandes.

La PCG vend les traitements à 35 000 FG par mois (7 €) et par personne. Afin d'améliorer l'approvisionnement, la PCG a pris contact avec la CHMP et discute des termes d'une collaboration.

A l'heure actuelle, les traitements sont disponibles au prix de 35 000 FG (7 €). Seules les organisations et coopérations internationales (MSF, GTZ) proposent des traitements gratuits.

#### **4.1.4- La prise en charge dans le secteur public**

Elle se fait essentiellement dans le cadre des deux hôpitaux publics de Donka et d'Ignace Deen, dont des médecins ont été formés par l'ONUSIDA à la prescription des ARV.

L'hôpital de Donka dispose d'un compteur de CD4 dont il n'est pas sûr qu'il soit opérationnel.

Dans le service de médecine générale de l'hôpital de Donka, 188 cas de séropositivité ont été recensés en 2005.

Dans cet hôpital, le dépistage est facturé 5 000 FG (1 €), le comptage de CD4 11 000 FG (2,2 €) et le traitement ARV mensuel est à 35 000 FG. Ce recouvrement des coûts, dans la logique de l'initiative de Bamako, représente un sérieux frein à l'accès et à la continuité des soins.

La Croix Rouge aurait un projet de CTA au sein du CHU de Donka.

#### **4.1.5- Les autres initiatives de prise en charge**

##### **La GTZ**

La coopération allemande, en grande partie sur financement du Fonds mondial, conduit un projet dans trois villes guinéennes (Conakry est pour l'instant exclue du projet) avec des centres de traitement ambulatoire fournissant gratuitement des traitements :

- Le CTA de Mamou est le plus ancien (il date de juin 2003). Début 2005, 53 personnes y étaient sous traitement, avec un objectif de 250 personnes (en 2007). Pourvu d'un compteur CD4, ce CTA drainait une importante population venant de Conakry, et ce, jusqu'à l'ouverture du centre MSF de Matam.
- Le CTA de Labé
- Le CTA de Farama

Les deux derniers centres ont démarré en juin 2005, avec un objectif de 250 personnes mises sous traitement pour chaque structure (en 2007).

Les 3 centres de la GTZ ont une file active de 340 personnes sous traitement à l'heure actuelle, avec une montée en charge prévue à 750 (250 personnes prises en charge par la GTZ et 500 par le Fonds Mondial). La GTZ a mis en place un projet d'étude des résistances potentielles. Des prélèvements sont en cours, qui seront envoyés à Dakar et Francfort pour analyse.

La GTZ dispose déjà d'un stock de traitements de deuxième ligne.

##### **Le centre de santé de MATAM, géré par MSF Belgique,**

A Conakry, MSF, est basé au centre de santé publique de Matam. C'est dans cette structure que MSF Belgique a mis en place un CDV couplé à un centre de traitement ambulatoire. C'est la plus importante structure de prise en charge à Conakry.

Toutes les personnes accueillies sont d'abord orientées vers le CDV pour y faire un test, et ce même pour les personnes testées positives dans d'autres structures et référées à MSF, seules à proposer une prise en charge gratuite.

Les personnes référées sont envoyées par des médecins qui souvent suspectent un cas d'infection à VIH. Ce référencement explique le fait que 50% des personnes dépistées se révèlent positives.

4 conseillers font le conseil pré et post-test à l'aide d'outils visuels (sur le mode ABC) créé par le personnel du centre.

Les prélèvements sont faits par des infirmières à l'issue du pré-test. Les échantillons sont testés par Determine ( Elisa en cas de doute mais pas de Western Blot).

Le CDV effectue 2 000 dépistages par an, avec environ 900 cas de séropositivité.

Les résultats des tests sont disponibles et rendus en 24 heures. Le taux de retour est estimé à 97 %.

98% des personnes dépistées positives sont orientées vers le CTA.

Le CTA comprend notamment :

- 2 médecins et un médecin coordinateur qui peut venir en appui de ses confrères
- 2 assistants sociaux basés physiquement au CDV mais suivant les personnes dans le cadre du CTA.
- 2 infirmiers en charge du suivi de l'observance

MSF n'inclut que des « patients naïfs », très souvent au stade 3 ou 4 de la maladie.

La file active annoncée est de 380 personnes sous ARV. L'inclusion des personnes répond à des critères médicaux et aux résultats d'une enquête sociale.

Un assistant social est chargé de faire une enquête sociale pour vérifier que le patient est bien résidant à Conakry, qu'il partage son statut avec un proche, etc.

Un comité d'éligibilité est chargé des inclusions. 25 personnes sont mises sous traitement chaque quinzaine. Au jour de la mission, le centre affichait une liste d'attente d'environ 60 personnes.

Le comptage de CD4 est fait tous les 6 mois. Sur ce point, le médecin que nous rencontrons note que les courbes d'évolution des CD4 des patients sont très souvent en « plateau » (car des inclusions avec des taux très bas), beaucoup de co-infection VIH – TB, et des indices de masse corporelle (rapport taille – poids) compris entre 12 et 14 (normale à 17).

Les patients suivent des formations par groupe, avec dix modules obligatoires (5 médicaux – dont la sexualité- et 5 modules sociaux).

Le centre emploie deux infirmiers en charge de l'observance, qui reçoivent les patients trois fois avant la mise sous ARV. Il n'y a pas de collaboration formelle avec les personnes touchées sur l'observance, mais des témoignages. La seule collaboration avec les associations de PVVIH consiste en une orientation par l'assistant social pour de l'aide alimentaire (en direction d'AGUIP+ ou de la FEG).

Le centre met en place une expérience de prévention de l'inobservance, avec des indicateurs sur la situation familiale, et économique des personnes (avec des critères comme la présence du conjoint dans la même ville ou pas, etc).

Les AS effectuent également des visites à domicile. Cependant, ils notent que cette pratique peut être l'occasion d'une stigmatisation des personnes, du fait de l'identification de MSF (utilisation du véhicule du centre). Pour y pallier dans une certaine mesure, le centre a mis en place une ligne téléphonique sur laquelle les personnes suivies peuvent faire part de leurs difficultés.

Une personne sera considérée comme perdue de vue après plusieurs mois (3 / 4) d'absence. Le centre ne dispose pas de statistiques précises sur ce point.

Le centre ne dispose pas de traitements de deuxième ligne mais d'alternatives de première ligne.

MSF gère un autre centre de santé à Guekedou, en Guinée forestière.

#### **4.1.6-La gestion des patients « perdus de vue »**

La relative imprécision qui prévaut sur le nombre de personnes sous traitement, semble résulter entre autre, de la difficulté à dénombrer et gérer les perdus de vue dans les files actives. Malgré nos demandes, aucun des acteurs impliqués dans la prise en charge des PVVIH n'a pu nous fournir une information précise sur ce point.

L'imprécision tient d'abord aux critères de définition (MSF parle de 3 ou 4 mois consécutifs sans se présenter aux rendez-vous). Elle se retrouve également dans la gestion des personnes finalement identifiées comme perdues de vue.

A MSF, il nous est indiqué qu'il revient également aux infirmiers d'observance d'identifier les personnes ne respectant pas les rendez-vous. Un retard de 5 jours est immédiatement signalé à l'AS qui passe un appel à la personne puis, éventuellement, effectue une visite à domicile (à noter que le traitement mensuel est dispensé avec des molécules pour 4 jours supplémentaires).

Les visites à domicile semblent le principal moyen de suivi des personnes. Cependant, tous les interlocuteurs soulignent la difficulté de ce suivi, soit pour des raisons d'ordre financier (organisation des déplacements des conseillers), soit pour des considérations liées au risque de stigmatisation des personnes visitées.

Aucune des structures rencontrées n'a une procédure claire d'identification et de gestion des perdus de vue (ou ne souhaite communiquer sur la question).

Toutefois, toutes les structures soulignent le fait que l'arrêt des traitements est souvent en corrélation avec la situation socio-économique des personnes, et dans quelques cas, avec le recours à la tradi-thérapie.

#### **4.2- Prise en charge et implication de la société civile : évolutions et limites**

A ce jour, ce sont les mêmes associations guinéennes qui proposent des activités de prise en charge des personnes que lors de la mission précédente, à savoir l'ASFEGMASSI, la FEG, l'AGUIP +.

##### **4.2.1- Une politique affichée de prise en charge ambitieuse...**

Dans le cadre de l'initiative 3\*5, la Guinée s'est engagée dans une politique de prise en charge des PVVIH et de décentralisation mais sans réels moyens.

L'objectif était de mettre 15 000 à 25 000 personnes sous ARV d'ici à 2007 (1 600 actuellement référencés) avec une prise en charge intégrée avec la tuberculose (à noter que pour l'instant le volet tuberculose n'a pas été retenu au niveau du Fonds Mondial). En dehors des difficultés liées aux ruptures de stocks d'ARV, cet objectif semble difficile à atteindre sans une mobilisation très importante de l'ensemble des acteurs et une véritable évolution de la stratégie guinéenne.

Une première évolution porte sur les conditions d'accès aux ARV. L'objectif du nouveau Ministre de la Santé est la gratuité des ARV pour tous, mais pour l'instant cela ne semble pas encore possible. Le passage de 140 000 FG à 35 000 FG (de 28 € à 7 €) en décembre 2004 ne serait qu'une étape nécessaire pour éviter que certains patients ne stockent des traitements encore trop rares, mais tous ont conscience que seule la gratuité, y compris chez les plus riches, permettra la continuité des soins pour un traitement très lourd en effets indésirables et qui ne peut être arrêté si on ne veut pas générer des résistances.

Dans un premier temps, en attendant la gratuité, il est prévu des commissions de gestion et de recours et d'éligibilité pour les indigents qui permettront l'accès aux soins gratuits pour les plus pauvres.

Dans le cadre de la phase II du projet du Fonds Mondial, l'accès aux soins devrait être élargi avec notamment un objectif de 4 800 personnes sous traitement en 2007.

Cet élargissement inclut également la décentralisation de la prise en charge globale. Le Ministère de la Santé souhaite en particulier axer son action sur les régions non couvertes à ce jour :

- N'Zérékoré ( située en Guinée Forestière, cette ville présente depuis 2001, la plus forte prévalence VIH/ projet en cours avec le FNUAP sur financement BAD)
- Kankan (en zone minière / forte prévalence)
- Kissidougou
- Boké
- Kamsar

#### **4.2.2- ... avec une évolution du discours public sur l'implication de la société civile...**

Au vu des objectifs affichés par les pouvoirs publics en termes de prise en charge, il apparaît indispensable d'impliquer davantage la société civile dans les programmes mis en place.

Au travers des entretiens avec les acteurs publics et les principaux bailleurs, il se dessine une prise de conscience de cet impératif dans une perspective d'élargissement de l'accès et de décentralisation des activités dans les régions guinéennes. Cependant, nos interlocuteurs soulignent le manque de projets associatifs pertinents et complets. Ceci est en partie le produit d'une longue période pendant laquelle seul le secteur public était considéré comme en mesure d'assurer une bonne prise en charge des PVVIH. Les organisations de la société civile sont cantonnées à des actions de prévention, et au mieux, de soutien psychosocial.

Aujourd'hui, trois facteurs participent de ce changement de discours :

- Les objectifs du programme d'accès aux ARV sont ambitieux et ne peuvent être atteints avec les seules structures publiques ou les organisations et coopérations internationales présentes dans le pays.
- Le défi de la décentralisation de la prise en charge dans les régions (avec des taux de prévalence en nette augmentation dans les régions minières ou en guinée forestière).
- Le constat d'une faible fonctionnalité des CDV mis en place jusqu'à présent et qui ne proposent que du dépistage « diagnostic » sans prise en charge médicale ni véritable accompagnement psychosocial.

L'accueil fait à la mise en place d'un centre de prise en charge par l'ASFEGMASSI atteste de ce changement de perception du rôle de la société civile dans la prise en charge.

Malgré ces avancées, la logique de financement des structures associatives par des micro-projets perdure.

Par ailleurs, il convient d'être attentif à la multiplication des organisations et au fait que cela contribue à les affaiblir. La mission a pu constater que les personnes appartiennent souvent à plusieurs structures (associations ou réseaux) qui se différencient assez peu les unes des autres.

#### **4.2.3- ... mais dans la réalité, une implication encore incomplète.**

Malgré les avancées dans les discours, la faible implication de la société civile reste d'actualité. Tous les interlocuteurs soulignent la nécessité d'associer les ONG à la prise en charge, mais cela semble encore théorique.

Aucune des structures de prise en charge impulsées par des associations ou coopérations internationales n'a mis en place de partenariat avec les



associations locales. Ces dernières sont le plus souvent sollicitées pour du personnel (notamment les conseillers psychosociaux, souvent recrutés au sein des associations), de l'aide alimentaire, ou du témoignage.

Les ONG ne bénéficient pas de financements pérennes pour les locaux ou la structure. Les seuls financements portent sur des micro-projets, ce qui contribue à inscrire certaines associations dans des logiques de prestataires de service, en charge de petits projets.

Les observations de la mission de janvier 2005 restent malheureusement d'actualité : « *Il n'est pas prévu de salarier des relais, de financer des frais de déplacement pour se rendre au domicile des patients, de moyens pour animer des ateliers thérapeutiques ou nutritionnels, de consultations d'observance, de cours d'éducation thérapeutique des patients, alors que ces mesures ont montré dans les autres pays leur caractère indispensable et efficace pour une prise en charge efficiente. Notons que les ONG doivent intervenir dans la transmission de tâches, impliquer les PVVIH dans les soins, le suivi des patients, assurer la liaison entre le centre de santé et les personnes dans le suivi des patients sous ARV.* »

La proposition guinéenne financée par le Fonds Mondial (2<sup>ème</sup> round) prévoit cependant le développement de la prise en charge communautaire dans 50 % des préfectures d'ici 2007.

#### **4.2.4- Visibilité des personnes séropositives**

La visibilité des personnes séropositives semble avoir progressé depuis un an et aucun de nos interlocuteurs ne nous a parlé de tabou ou d'absence totale de parole publique. Au contraire, il semble que les médias relaient quotidiennement des informations sur la lutte contre le sida, et beaucoup parlent de personnes touchées dans leur entourage.

Néanmoins, il n'existe pas de véritable stratégie d'implication des personnes séropositives à tous les niveaux de décisions. Lorsqu'elles sont représentées, c'est bien souvent comme faire-valoir.

## **V- L'ASFEGMASSI**

### **5.1- Rappel des recommandations de la mission de janvier 2005**

1. Etablir et diffuser largement les rapports d'activité de l'association pour montrer toutes les activités menées aux bailleurs, et partenaires acquis ou à venir.
2. Préparer des projets et les diffuser largement, et les tenir à dispositions des partenaires éventuels, notamment en vue des rencontres à venir
3. Un projet spécifique et précis de prise en charge des PVVIH devra être finalisé dans les semaines qui viennent et parvenir aux différents partenaires. Ceux ci se sont engagés à le soutenir, ou l'appuyer auprès d'autres partenaires, mais se plaignent de ne pas

avoir été sollicités dans ce domaine. Ce projet travaillé avec la mission avant son départ devra être pour une courte durée (de 12 à 15 mois), réaliste et évaluable pour permettre, lors de la prochaine mission, d'aller voir les partenaires avec des résultats visibles et un projet de montée en charge à soutenir.

4. Préparer les réunions institutionnelles, (CCM, CNLS, ...) avec certains partenaires qui se sont déclarés en soutien de l'ASFEGMASSI (ONUSIDA, Coopérations française et canadienne, ...) et qui siègent aussi dans ces instances afin de constituer des alliances pour donner à la prise en charge des PVVIH la place qu'elle doit avoir dans la lutte contre le sida pour atteindre les objectifs fixés.
5. Identifier sur place ou dans le cadre d'une mission internationale, idéalement longue, mais à défaut dans le cadre d'échange sud-sud, un volontaire pouvant intervenir en soutien de l'association ASFEGMASSI pour le montage de projets et la rédaction des rapports d'activités.
6. Il manque un circuit d'informations ou des initiatives (par exemple un bulletin mensuel) qui pourrait être fait en lien avec le CNLS ou avec d'autres ONG pour dire tout ce qu'il y a de nouveau sur le sida en Guinée.

## **5.2- L'ASFEGMASSI : des progrès remarquables !**

Depuis juillet 2005, L'ASFEGMASSI a aménagé dans de nouveaux locaux au centre de Conakry (quartier Corenthie) mis à disposition par le Ministère de la Santé. Cependant, à ce jour, il n'existe pas de bail, ni aucun autre document officialisant cette mise à disposition.. Le centre est normalement alimenté en électricité et dispose du téléphone, à la charge de l'ASFEGMASSI .

### **5.2.1- Point sur les activités financées**

L'ASFEGMASSI gère toujours principalement deux projets financés :

1. Sur la prise en charge, financée en 2003 par Sidaction mais arrêté depuis la dernière mission du Réseau Afrique 2000. Suite à la mission de AIDES, et sans venir sur place, Sidaction a décidé d'arrêter son financement au prétexte qu'il n'y avait pas beaucoup de malades suivis. Le projet a été repris par le projet Sida3 en 2004 et 2005(coopération canadienne) sur la prise en charge des IST pour les groupes à risques (prostituées, routiers, miniers, militaires). Ils financent les médicaments essentiels génériques (MEG) (ceux de la pharmacie communautaire), et du transport pour les relais communautaires pour les soins à domicile. Une fois par mois, il y avait au siège un atelier thérapeutico-nutritionnel mais celui n'est plus financé et est arrêté depuis décembre 2005.. Les médicaments sont délivrés gratuitement aux patients. Il n'y a pas de salaires financés sur ce projet. Il faut noter que Sida 3 finance

également d'autres antennes de l'ASFEGMASSI en région, essentiellement pour des actions de prévention (cas de l'antenne de Boké). Le projet Sida 3 prendra fin en septembre 2006. Le futur projet Sida 4, si projet il y a, n'est pas encore défini.

2. Sur la prévention, projet financé par FHI (Family Health International) sur des fonds USAID. Il s'agit d'un projet de prévention à destination des « travailleuses du sexe », comprenant la prise en charge des IST et la promotion de la modification des comportements (CCC). FHI coordonne neuf associations (dont l'ASFEGMASSI) qui se partagent chacune une zone géographique composée de plusieurs lieux de prostitution. 10 superviseurs ont été identifiés par l'ASFEGMASSI parmi ses membres et formés pour encadrer 34 animatrices de terrains sur 34 lieux, qui journalièrement informent des prostituées dans les bars et disco aux risques du sida et aux moyens de s'en protéger. Les conditions d'exercice de ce projet sont très difficiles (insalubrité, travail de nuit, violence, ...) mais il reste un projet indispensable pour l'ASFEGMASSI, même si un peu éloigné de leur projet associatif premier, par ce qu'il permet l'indemnisation de certains membres et leur permet de poursuivre leur engagement dans d'autres domaines. Le financement du projet est d'environ 40 000 dollars en 2005. Des salariés sont financés sur ce projet.

- Un coordinateur technique
- Un chargé de formation qui est arrivé en août 2004
- Un secrétaire comptable
- Un responsable du suivi et évaluation, arrivé en octobre 2004, payé 175 000 FG (moins de 45 euro) par mois depuis novembre.
- 10 superviseurs dont une infirmière qui fait aussi le counseling (indemnités 100 000 FG par mois, soit 25 euro, plus indemnités de transport avec le chargé de formation).
- 34 animatrices dans les bars (50 000 FG par mois soit 12,5 euros, plus des indemnités de transport de 4 000 FG par séances soit 0,8 €), à raison de 8 séances par mois chacune.

Aucun bailleur ne finance les activités de prise en charge par les ARV. Seule l'association AiderAfrique fournit des traitements pour 20 patients.

### **5.2.2- La prise en charge**

Il convient ici de décrire le courage et la persévérance des membres de l'ASFEGMASSI qui continuent de mener, sans financement aucun, hormis leurs propres cotisations, des activités de prise en charge des malades qui s'adressent à eux. Les personnes reçues sont aussi bien des femmes que des hommes. 45 patients suivis sont sous ARV, dont 25 le sont à leur propre charge.

Des visites à domicile sont effectuées, une prise en charge psycho-sociale est proposée, des AGR sont menées.

Il y a eu une opération de promotion du dépistage volontaire au centre, à l'occasion du 1<sup>er</sup> décembre. 25 personnes sur la journée ont été dépistées. Le reste du temps les demandes sont orientées vers l'hôpital, qui assure le rendu de résultat. Il arrive que le rendu soit fait par l'ASFEGMASSI à la demande du médecin prescripteur (en ville ou autres centres).

5 à 6 malades en moyenne se présentant à l'association par jour peuvent être vus et soignés. L'infirmière, présente quotidiennement et bénévolement, assure des soins de base.

Le Dr Mariama Ciré Kouyate a suivi la formation de médecin prescripteur d'ARV (organisée par ONUSIDA) et ses ordonnances (sur ordonnancier de l'ASFEGMASSI) sont servies à l'hôpital Donka (même si elle travaille par ailleurs à l'hôpital Ignace DEEN), pour ce qui est des 25 malades se payant leurs ARV seuls. Pour les 20 autres, c'est elle qui assure la délivrance des traitements. Le docteur Mohamed CISSE (dermatologue), membre de l'ASFEGMASSI est médecin à l'hôpital Donka et prescrit également les ARV. Il assure des permanences au CTA de l'ASFEGMASSI.

Tous les autres médecins font des consultations sur les IST grâce au soutien du projet Sida3, qui dès 1990 a permis de former les médecins à la prescription. A noter que ces activités médicales sont aussi exercées à titre bénévole (dédommagement).

### **5.2.3- Le partenariat avec AiderAfrique**

AiderAfrique, association française, fournit des traitements pour vingt personnes. Aux termes de ce partenariat, l'ASFEGMASSI assure la délivrance des traitements directement dans son centre.

Les traitements sont achetés et payés directement auprès de la plateforme IDA (Hollande) par AiderAfrique. Ces traitements sont ensuite mis à disposition de l'ASFEGMASSI à la pharmacie centrale de Guinée auprès de laquelle elle va les retirer. Par ce système, l'association n'est pas dépendante du circuit public du médicament et des ruptures de stock observées à la PCG.

Depuis octobre 2005, l'ASFEGMASSI assure donc la prescription-dispensation de traitements pour 10 malades à ce jour. Les 10 autres personnes sont en cours d'inclusion.

Pour les dix personnes suivies, 2 ont connu une interruption volontaire et ponctuelle de traitement (avec une observance redevenue normale), une personne a interrompu son traitement pour recourir à la tradithérapie.

Il est important de souligner que dans le cadre de ce partenariat, AiderAfrique s'engage à fournir les traitements et à prendre en charge les examens biologiques aussi longtemps que l'accès gratuit ne sera pas une réalité en Guinée.

Les traitements sont fournis gratuitement aux personnes, ce qui contribue à une meilleure observance. Le suivi biologique est également assuré gratuitement.

AiderAfrique a également doté le centre du logiciel « Santia » qui permet la gestion des dossiers médicaux, et aussi celle de la pharmacie.

Ce partenariat a contribué au démarrage du centre de prise en charge de l'ASFEGMASSI.

#### **5.2.4- Le centre « Fantagbé Kaba » : Un centre de prise en charge fonctionnel...**

L'association guinéenne était l'une des deux membres du réseau Afrique 2000 à ne pas disposer d'un centre de prise en charge. Elle vient de rattraper son retard avec l'ouverture officielle le 31 janvier 2006 du centre « Fantagbé Kaba ».

C'est le premier projet de cette nature porté par une association guinéenne et ayant vocation à proposer une prise en charge globale aux personnes. A n'en pas douter, ceci marque un tournant dans le paysage guinéen de la lutte contre le sida.

Lors de l'inauguration, les autorités en charge de la santé, les représentants des principales associations guinéennes ainsi que des organisations internationales ont honoré cette grande première de leur présence. Etaient également présents, des membres des antennes régionales de l'association (Koya, Kindia, Fria, Forecaya).

Cette inauguration a été le moment pour le Ministre de la Santé d'affirmer sa volonté de soutenir l'ASFEGMASSI et au-delà, d'aller vers la gratuité des traitements pour tous.

L'événement a été largement relayé dans les médias.

Le centre se compose de 4 pièces. Il est un peu vétuste mais fonctionnel.

1. Une salle d'accueil avec un téléviseur et un magnétoscope.
2. Une salle pour l'administration (comptabilité, secrétariat)
3. Une salle de réunion
4. Une salle de consultation abritant également la pharmacie, dotée de médicaments, y compris des ARV
5. Une salle de counselling avec deux lits

Tous les bureaux sont dotés d'un ordinateur en état de marche.

En revanche les toilettes sont insalubres et complètement à refaire.

L'ASFEGMASSI n'occupe qu'une partie du bâtiment. Il existe des dépendances tout autour de la « cour » appartenant au Gouvernorat de Conakry et pouvant être récupérées pour étendre le centre.

#### **5.2.5-...appelé à se développer... »**

La création de ce centre n'est qu'une étape dans le projet associatif de l'association. Il est prévu d'y adjoindre :

1. Un CDV
2. Un laboratoire d'analyse
3. Une ligne téléphonique dédiée à la téléphonie sociale
4. Des AGR. Le local précédent de l'association ne permettait pas la poursuite des AGR en raison des problèmes d'approvisionnement en eau et en électricité. Avec ce nouveau local, ces activités pourront reprendre rapidement.

Il faut souligner le formidable élan que représente pour tous les membres de l'association l'ouverture de ce centre. Il contribue de fait à redynamiser les membres et à les mobiliser encore plus fortement autour du projet associatif.

De par sa localisation très centrale, le centre devrait connaître une affluence importante dans les prochains mois.

La perspective de développement ne se limite pas seulement au centre « Kaba ». En effet, dans le contexte guinéen de décentralisation des activités de prise en charge, l'ASFEGMASSI est déjà sollicitée pour participer à ce mouvement à travers ses antennes en province. Il conviendra d'être très attentif à ne pas brusquer le développement de l'association.

### **5.2.6- La constitution d'une équipe de permanents**

Avec la mise en place du centre de prise en charge, l'association a décidé de se doter d'une équipe de permanents, en charge des activités.

La structure retenue est la suivante :

1. Un médecin responsable de la prise en charge médicale
2. Une infirmière responsable de l'accueil et du suivi
3. Une aide – infirmière
4. Un coordinateur technique
5. Un comptable / gestionnaire
6. Un chargé de suivi – évaluation
7. Une équipe en charge des visites à domicile
8. Un chauffeur

Cette équipe sera renforcée très rapidement par un médecin vacataire (il est prévu à terme de disposer d'une équipe de trois médecins vacataires) Les postes ont été attribués en janvier 2006, en fonction de l'expérience accumulée au fil des années par les membres et les personnes intervenantes sur les différents projets.

Suite au mailing fait par AIDES auprès de ses donateurs et portant sur l'ASFEGMASSI, les dons ont été reversés à l'association, à charge pour elle d'en décider, librement et démocratiquement, l'affectation.

L'ASFEGMASSI a décidé d'utiliser ces dons dans un premier temps pour rémunérer l'équipe de permanents. Cette affectation permet de faire face au démarrage du centre, en l'absence de bailleurs locaux. Lorsque des

financements locaux auront été mobilisés, l'association décidera de la nouvelle affectation des fonds mis à disposition par AIDES.

### **5.3- Vie de l'association**

L'ASFEGMASSI dispose de 13 antennes en dehors de Conakry faisant essentiellement de la sensibilisation.

L'association souhaite renforcer ces antennes régionales, d'autant plus que se pose la question, de la décentralisation de la PEC. A cet égard, les antennes sont susceptibles de jouer un rôle important que ce soit avec la création de centres associatifs de prise en charge, ou à travers des partenariats avec des CDV existant dans les régions.

Les statuts de l'association prévoient la tenue d'une assemblée générale tous les deux ans. La dernière ayant eu lieu en décembre 2003, une AG aurait du se tenir en décembre 2005. Cependant, du fait de la distance qui sépare Conakry de certaines antennes régionales, l'ASFEGMASSI éprouve des difficultés à organiser des assemblées avec l'ensemble des membres en région. C'est pour cette raison que l'association a décidé d'affecter une partie des fonds mis à disposition par AIDES, à l'organisation d'une assemblée générale, et plus généralement, à l'animation de la vie associative.

## **VI- Les partenariats potentiels pour le développement du centre « Fantagbé Kaba »**

### **6.1- FHI/USAID**

En Guinée, FHI mène un important projet axé sur la prévention en direction des « travailleuses du sexe ». L'organisme finance également des actions de formation portant notamment sur la gestion de projet, la gestion financière et la supervision. Il démarre une nouvelle action de plaidoyer sur les droits des personnes touchées et la stigmatisation, avec des femmes juristes et des journalistes.

La mission s'est rendue à FHI pour faire le point sur les partenariats en cours et présenter le projet de l'ASFEGMASSI.

FHI est opérateur d'un programme de création de CDV financé par l'USAID. Dans ce cadre, 9 centres ont vu le jour, 3 à Conakry, et 6 en Guinée Forestière. A l'exception d'un centre (celui de Saint Gabriel, à Conakry), tous les centres sont publics.

Le représentant résident est favorable à des partenariats avec les associations qui mènent des actions de prise en charge globale. Dans ce cadre, FHI pourrait intervenir sur le volet dépistage. En dernier ressort, la décision revient à USAID.

Suite à cette première rencontre, une réunion est organisée avec l'équipe locale de l'USAID.

La chargée de projet de l'USAID confirme l'intérêt de soutenir le volet CDV d'un centre de prise en charge associatif. Dans les centres existant, aucun traitement n'est proposé. Le projet de l'ASFEGMASSI présente l'avantage d'être conduit par une association locale (pérennité) et de porter sur la prise en charge globale des personnes.

Outre le partenariat financier, FHI est également prêt à apporter un soutien technique à l'ASFEGMASSI dans la mise en place du CDV.

FHI a mis en place des critères clairs pour toute création de CDV :

1. la prévention-traitement des IO
2. Elimination des déchets avec l'installation d'un incinérateur « Monfort »
3. La disponibilité de traitements en cas d'accident d'exposition au sang pour les personnels
4. La formation du personnel (avec un accent particulier mis sur la non-discrimination des personnes)
5. Le matériel de protection des personnels
6. La saisie informatique des données
7. La disposition des locaux et la circulation des personnes au sein de ces locaux

Lors de l'inauguration du centre de l'ASFEGMASSI, le représentant de FHI, le Dr Shasha, accompagné de M. Kalil Sagno, en charge des CDV à FHI, est venu visiter le centre afin de déterminer les aménagements à y apporter dans la perspective de mise en place d'un CDV.

A noter que l'intervention de l'USAID sur le volet CDV ne pourra se mettre en place qu'à travers un accord quadriparti incluant AIDES, l'ASFEGMASSI, AiderAfrique et l'USAID.

## **6.2- La Coopération française**

Depuis la mission de janvier 2005, un attaché de coopération, est arrivé en Guinée, avec rang de conseiller du Premier ministre.

Le projet de l'ASFEGMASSI d'un centre de prise en charge globale avait été transmis au SCAC, conformément aux recommandations de la précédente mission. Cependant, aucune suite n'avait été donnée jusqu'en janvier 2006.

A l'heure actuelle, deux composantes « Sida » font partie des projets du SCAC :

1. Un projet dans le cadre de la santé urbaine
2. Un projet destiné aux forces armées avec réfections des laboratoires, dépistage, et prise en charge des personnels militaires infectés.

Au terme des deux rencontres organisées avec le SCAC, il ressort que la Coopération française est prête à s'engager sur la prise en charge d'un laboratoire et la rénovation du local du centre.

Le FSD actuel arrive à échéance fin février 2006. Un nouveau FSD prendra le relais en mars 2006.



## **6.3- L'Etat guinéen**

### **6.3.1- CNLS**

Il est rattaché au Premier ministre et est dirigé par une Secrétaire Exécutive, le Dr Djelo. Le CNLS gère les fonds MAP de la Banque Mondiale.

Elle n'est pas opposée à soutenir financièrement le projet de l'ASFEGMASSI, si celui respecte un certain nombre de critères de la Banque Mondiale :

1. Le centre doit être opérationnel à la date de la demande
2. Il doit disposer de personnel permanent (un médecin, une infirmière, un coordinateur et un comptable, constituent le minimum pour un tel projet)
3. Les médecins doivent être formés au dépistage / traitement des IST
4. Il doit disposer d'un laboratoire en capacité de réaliser des analyses de prélèvements IST

L'actuel projet MAP est revu à mi-parcours à la fin mars 2006. De fait, le projet de l'ASFEGMASSI doit être déposé avant cette date.

Le Dr Djélo a assisté à l'inauguration du centre de l'ASFEGMASSI.

### **6.3.2- Ministère de la Santé / Fonds Mondial**

En Guinée, ce ministère est récipiendaire du Fonds Mondial.

Depuis l'arrivée d'un clinicien à sa tête, il s'est depuis pleinement engagé dans l'accès aux soins.

Le ministre en personne a procédé à l'inauguration du centre de prise en charge de l'ASFEGMASSI. A cette occasion, il a assuré que l'association bénéficierait du soutien plein et entier du Ministère.

Lors de la visite des locaux, il a également promis d'engager les moyens de son ministère pour la prise en charge de la réfection des locaux.

Suite à cette déclaration ministérielle, nous avons sollicité une nouvelle entrevue avec le Dr Mahy Barry, Directeur National de la Santé et ancien secrétaire du CNLS. Nous avons déjà eu l'occasion de le rencontrer au début de la mission.

Il ressort de cet entretien que, conformément aux recommandations de la précédente mission, l'ASFEGMASSI a diffusé son projet auprès des instances, dont le ministère. Sur la base de ce projet, le ministère avait émis un avis favorable notamment sur la dispensation des ARV par l'ASFEGMASSI (jusqu'à présent, les prescriptions des médecins de l'association étaient servies à Donka sauf pour les personnes prises en charge par AiderAfrique).

Par rapport aux déclarations du Ministre, le Directeur National de la Santé nous précise les engagements concrets que prend le ministère (à condition de soumettre un projet présentant les besoins et les indicateurs trimestriellement) :

1. Soutien pour la fourniture de traitements sur les fonds du Fond Mondial : l'objectif serait de 100 à 150 personnes sous traitement à fin 2006. La prescription – dispensation se ferait dans le centre de l'ASFEGMASSI
2. Autorisation pour l'ouverture d'un CDV
3. Réfection du bâtiment du centre

L'entretien a porté également sur la question du personnel. En effet, les médecins membres de l'association exercent également dans le secteur public. Il est prévu dans le projet associatif qu'un, ou plusieurs médecins, soient employés à plein temps. Le DGS donne son accord de principe pour la mise à disposition de personnel par la fonction publique, avec la possibilité, pour ce qui est des médecins de conserver un temps de travail (1/5 de temps par exemple) au sein des hôpitaux. Cette mise en disponibilité pourra également concerner un pharmacien, et un laborantin. Lors de l'entretien au ministère de la santé, la mission avait été informée de ce qu'une mission du Fonds Mondial se trouvait à Conakry. Il s'agissait d'une mission d'audit des activités financées et finançables par le Fond, réalisée par le cabinet Price Waterhouse.

Cette mission s'est rendue au centre de l'ASFEGMASSI, à l'improviste, pour étudier les conditions réelles de fonctionnement.

Des premières observations faites par cette mission, qui a audité les autres structures associatives de Conakry, il ressort que le centre de l'ASFEGMASSI est le plus fonctionnel en termes de prise en charge. Cependant, cette mission pointe la mauvaise tenue des comptes-rendus de la vie associative (PV d'AG, etc).

#### **6.4- Le Programme Alimentaire Mondial**

A Conakry, le PAM a mis en place un projet avec 7 associations, dont 6 associations guinéennes (Feligra, FEG, AFA, AGUIP+, etc). A travers ces partenariats, le PAM contribue au soutien alimentaire pour les personnes affectées et infectées.

Pour mettre en place ce projet, le PAM a sollicité le CNLS qui a communiqué une liste des associations les plus dynamiques.

Les associations sont approvisionnées bimensuellement par le PAM, à charge pour elles d'assurer une distribution de vivre aux familles suivies, sur la base d'une taille de famille de 7 personnes.

Partant de cette expérience, le PAM est susceptible d'apporter une assistance sur le projet de l'ASFEGMASSI, notamment pour l'appui nutritionnel. Cette assistance ne pourra cependant concerner qu'un maximum de 50 familles qui est la limite fixée par le PAM pour ses nouveaux projets.

A noter également que cette institution étudie la possibilité de mettre en place des AGR avec les associations partenaires pour autonomiser les personnes suivies.

## **6.5- Le projet SIDA 3**

Mis en place par la coopération canadienne, ce programme finançait les traitements pour les IO, l'organisation des week-ends thérapeutiques pour l'appui nutritionnel, ainsi que les visites à domicile.

L'appui nutritionnel concernait 45 bénéficiaires, une fois par mois. Ce volet a pris fin en septembre 2005

Le programme appui également l'antenne de Boké pour des activités de prévention, incluant des activités dans le cadre du CDV mis en place par Sida3. Dans la même ville, il intervient en lien avec le centre de santé sur un projet expérimental de PTME.

A l'heure actuelle de sérieuses interrogations planent sur la poursuite du programme canadien dans la mesure où le Canada vient de fermer son ambassade à Conakry, et le programme dans sa version actuelle doit prendre fin en septembre 2006. Aucune garantie n'a pu être donnée sur la mise en place d'un programme Sida 4.

## **VII - Les autres organisations de la société civile.**

### **7.1- La Fondation Espoir Guinée**

La FEG sur un financement de AIDSETI a mis 7 personnes sous ARV il y a deux ans, et depuis un an, ce sont 30 puis 70 personnes qui seraient sous ARV (Triomune® 30 ou 40).

La FEG a dû déménager dernièrement dans un local plus loin en banlieue mais très accessible. Il s'agit d'un deux-pièces sur un boulevard très passant (donc très bruyant) en étage et peu fonctionnel. Pas d'électricité dans l'immeuble qui n'est pas encore raccordé.

Ils n'ont pas de financement pour les locaux et la structure, juste des micro-projets de 4 000 ou 5 000 dollars US pour trois mois dans le cadre du MAP, donc les membres se cotisent pour financer le loyer et les charges.

Le PAM permet de prendre en charge 158 bénéficiaires dans le cadre de l'aide nutritionnelle.

La mission a rencontré le président de la FEG qui est toujours Rahim Diallo, et une quinzaine de membres. Durant la rencontre d'environ une heure trente, seul le président s'est exprimé, mis à part une question du secrétaire général sur l'avenir du partenariat avec le réseau Afrique 2000. La teneur des propos laisse craindre des inexactitudes dans la file active des patients et dans leur orientation ou fourniture d'ARV. Le prix du test CD4 n'est pas connu ni la périodicité. La mission sans pour autant avoir d'éléments objectifs d'évaluation, puisque ce n'était pas son rôle, émet néanmoins des doutes sur la réalité des activités menées par la FEG.

Ils ont un projet avec AEDES sur un réseau de défense des droits des personnes.

La FEG est très connue par les interlocuteurs rencontrés.

Une médecin était présente à la réunion. Elle n'est pas référencée comme prescripteur d'ARV mais participe à la commission d'inclusion de MSF. L'association revendique : 182 membres, dont 35 très actifs et 85 peu actifs.

La mission a rappelé les engagements du réseau Afrique 2000 à suivre l'évolution de la FEG lors des missions organisées en Guinée, et a rappelé notre écoute si besoin était. Elle a précisé, suite à une question sur un rattachement futur au réseau, que cela ne pourrait s'envisager que suite à une demande de leur part et à une mission d'évaluation de l'activité menée par le réseau Afrique 2000 lui-même.

## **7.2- L'Association Guinéenne des Personnes vivant avec le VIH (AGUIP+)**

L'association revendique 80 membres. Elle est présidée par Kiany Conté, par ailleurs président du REGAP +. L'association dispose d'un local fonctionnel situé dans le quartier de Hafia (commune de Dixinn). On y retrouve les problèmes récurrents de Conakry : absence d'électricité et d'eau dans la journée.

Nous sommes reçus par une dizaine de personnes dont le vice-président de l'AGUIP+ (qui participera également à l'inauguration du centre de l'ASFEGMASSI). Lors de la réunion, les membres s'expriment assez librement.

En 2003, la GTZ a permis à 30 personnes d'accéder à un traitement ARV. Ce financement est arrêté depuis 2004.

Aujourd'hui, ce sont 55 personnes de l'association qui sont sous traitement :

1. 20 sont suivies par MSF dans le centre de Matam
2. 30 (parmi lesquelles une majorité de ceux qui bénéficiaient des traitements fournis par la GTZ) qui assurent elles-mêmes le financement de leurs traitements. Sans aide, la pérennité et l'observance de ces traitements sont très incertaines. Pour preuve, 10 personnes ont arrêté leur traitement pour des raisons financières. Pour les autres, il est courant que le traitement soit arrêté pour des périodes plus ou moins longues, ce qui pose d'évident problèmes de création de résistances. Le traitement le plus utilisé est la Triomune®.

L'association ne bénéficie pas d'un véritable soutien de la part des bailleurs. Seuls des projets sont financés par le Fonds Mondial. Le PAM fournit également des vivres dans le cadre du soutien alimentaire.

Malgré ce manque de financement, l'association met en place des activités :

1. Alphabétisation des membres
2. AGR (menuiserie, couture)
3. Visite à domicile : 4 VAD ont lieu par mois, portant à chaque fois sur trois familles

Toutes ces activités sont cependant pénalisées par le manque de moyens financiers, notamment pour couvrir les frais de déplacements.

4 membres de l'association ont des activités bénévoles de soutien et de témoignage avec MSF à Matam.

Le président de cette association est la première personne en Guinée à avoir témoigné à visage découvert.

### **7.3- L'Association des Femmes Infectées et Affectées de Guinée**

L'AFIAG a été fondée (et est présidée) par Aïcha Camara, membre de l'ASFEGMASSI.

La création de cette association est concomitante de celle du REGAP+. Elle fait suite à une initiative du Réseau Africain des Personnes vivant avec le Vih/sida (RAP +) et d'Ikambéré.

L'association revendique une cinquantaine de membres, dont une vingtaine de personnes infectées ; la moitié d'entre elles, suivie au centre de Matam (MSF).

L'association est membre du REGAP +.

### **7.4- Les réseaux associatifs**

#### **7.4.1- REGAP+**

Le Réseau Guinéen des PVVIH regroupe 7 associations ( 3 associations de Conakry, AFIAG, FEG et AGUIP+, et 4 associations des régions). Il est présidé par Kiany Conté, par ailleurs président de l'association AGUIP+. Il a été créé avec le soutien du RAP + et d'Ikambéré.

C'est une structure très récente qui ne dispose par encore de l'agrément administratif et qui est pour l'instant hébergée par FHI.

Le REGAP+ a pour objet social « l'amélioration des conditions de vie des PVVIH ».

Les membres du réseau affirment vouloir mettre en place un plaidoyer national en faveur de la gratuité des traitements et de la décentralisation de la prise en charge dans les régions.

#### **7.4.2- ROSEGUI**

Le Réseau National des ONG de lutte contre le Sida en Guinée regroupe les associations de lutte contre le VIH (et pas seulement les associations de personnes infectées et affectées). La durée de la mission n'a pas permis de rencontrer formellement ce réseau. Cependant, des échanges ont pu avoir lieu avec la présidente du réseau lors de l'inauguration du local de l'ASFEGMASSI.

Il est présidé par le Dr Fatou Barry, par ailleurs membre de l'ASFEGMASSI.

A noter que la demande guinéenne auprès du Fonds Mondial (round 2) stipule dans la partie « initiatives locales », que « 75 % des activités prévues dans le plan d'action des associations autour du ROSEGUI sont financés ».

### **7.4.3- FENOSEGUI**

C'est la fédération Nationale des Organisations Impliquées dans la lutte contre le VIH. Nous n'avons pas rencontré cette organisation.

## **CONCLUSION**

L'accès aux soins en Guinée est actuellement dans une phase de changement c'est-à-dire ?. Les besoins et les objectifs affichés par les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds sont ambitieux. Malgré cet état de fait qui nécessiterait d'impliquer fortement les organisations de la société civile, la logique de mise à l'écart et de morcellement des activités de ces organisations semble perdurer. Dans ce contexte, l'inauguration par l'ASFEGMASSI du premier centre de prise en charge associatif et guinéen est extrêmement importante. Non seulement, l'association propose aux personnes, un véritable continuum de soins et de prise en charge, mais également, pour la première fois, un tel projet est porté par une association guinéenne. C'est la concrétisation d'un véritable engagement, et un gage de pérennité dans la prise en charge.

Ce faisant, l'ASFEGMASSI marque clairement sa volonté de devenir une référence dans l'implication des associations dans la réponse guinéenne. Cet événement coïncide avec un infléchissement des pouvoirs publics et des bailleurs en faveur d'un élargissement et d'une décentralisation de la prise en charge. L'appui que les institutions apporteront à l'ASFEGMASSI et aux autres associations en termes de pérennisation et de professionnalisation de leurs activités permettra de mesurer ce changement. Cet appui est indispensable pour assurer la continuité des soins, garant de l'accès aux traitements, de l'observance, mais aussi de la surveillance de la qualité du suivi thérapeutique.

L'équité et la continuité de la prise en charge ne pourront se faire sans une totale implication de la société civile guinéenne.

Dans le cadre de son projet associatif, l'ASFEGMASSI sollicite un appui important de AIDES et du Réseau Afrique 2000, notamment en méthodologie de projet, et en suivi-évaluation de l'action. Par ailleurs, certains partenaires potentiels, notamment l'USAID conditionnent l'octroi de financements, avec l'implication de AIDES comme partie prenante du partenariat. Ceci constitue une importante évolution du mode opératoire des actions internationales de AIDES, l'association devenant de fait opératrice d'un projet local (en cas de mise en place d'un partenariat quadripartite).

## **Recommandations à l'ASFEGMASSI**

Pour l'année 2006 pour l'ASFEGMASSI, il est indispensable de tenir compte des recommandations suivantes :

### Vie associative :

- Organiser une assemblée générale pour discuter du projet associatif avec tous les membres (y compris ceux des antennes régionales)
- Améliorer la communication interne au sein de l'association à travers :
  - La tenue régulière de réunions du comité exécutif
  - La mise en place d'une réunion hebdomadaire des permanents
  - La tenue régulière des cahiers de compte-rendu des différentes assemblées et réunions
- Mettre à disposition les comptes-rendus auprès de tous les membres de l'association

### Projet associatif :

- Finaliser l'écriture du projet de développement du centre de prise en charge, à soumettre aux bailleurs potentiels :
    - l'USAID / FHI pour le volet dépistage
    - La coopération française pour le laboratoire
    - Le Fonds mondial pour le volet traitements.
    - Le PAM pour l'appui nutritionnel
- Par ailleurs, le projet devra être communiqué aux autres intervenants (associations ou coopérations internationales) afin de les tenir informés des activités de l'association.
- Identifier les besoins en personnel et solliciter le Ministère de la Santé pour la mise à disposition.
  - Constituer une équipe d'au moins trois permanents, médecin, infirmière et coordinateur, avec de véritables missions et fiches de tâche. Ces embauches pourraient se faire sur les fonds reversés par AIDES pour 2006. A cette équipe de base pourrait être adjoint un comptable.
  - Etablir un manuel de procédures opérationnelles (dossier, ouverture de dossier, délivrance, inventaire ) à afficher dans le local.
  - Créer une plaquette actualisée, présentant l'association, donnant des contacts, et présentant le programme de prise en charge.

### Travail en réseau :

- Mettre en place un véritable rapprochement avec les associations (AGUIP + et AFIAG) et le réseau de PVVIH, pour les faire bénéficier de l'expérience de l'ASFEGMASSI.

- Travailler sur l'éthique aussi bien à destination des membres de l'association, qu'à destination des autres associations guinéennes.
- Communiquer dans les centres de dépistage volontaire et les centres de santé (référence de patients vers l'ASFEGMASSI)
- Mettre en place une veille sur les formations (en particulier celles proposées par la plate-forme Ensemble pour Lutter contre le Sida en Afrique) et les appels à projet et une procédure de diffusion de ces appels à l'intérieur de l'association.
- Mener une véritable politique de communication en direction des bailleurs internationaux à travers la communication des rapports d'activité et autres événements marquant dans la vie de l'association.
- Organiser et animer la concertation médicale avec les autres structures de prise en charge (singulièrement MSF à Conakry).

*Au sein du « Réseau Afrique 2000 »*

- Identifier les besoins en formation de l'équipe et les faire remonter au réseau Afrique 2000
- Mettre en place un partenariat Sud-sud avec une association du réseau Afrique 2000, permettant un accompagnement de proximité dans la mise en œuvre du projet de l'ASFEGMASSI.



## Liste des institutions et personnes rencontrées

### **ASFEGMASSI**

Dr Bintou Bemba, Présidente  
Dr Fatou Bari, Vice-présidente  
Dr Mariama Ciré Kouyaté, médecin responsable de la prise en charge  
Mme Marietou Sylla, vice-présidente  
Mme Aïcha Camara, infirmière, responsable suivi - observance  
M. Keira Mamady, responsable CCC  
M. Mohamed Soumali, responsable suivi évaluation CCC/TS  
M. Bamba Karamoko, comptable  
Dr Kémoko Camara, médecin vacataire

### **Ambassade de France,**

M. Jacques BIAU, attaché de coopération santé/ développement social et institutionnel  
Dr Patrick Grizeau, Conseiller technique - CNLS

### **FHI**

Dr Shasha V. Willibrord, Représentant résident  
M. Kalil Sagno , chargé du programme CDV

### **USAID**

Mme Francesca, Chef de mission  
Dr Soukeynatou Traoré, Spécialiste en santé publique  
Mme Elisabeth Kibour, Conseillère secteur santé  
Mme Mariama Bah, Spécialiste en santé de la reproduction

### **Programme National de prise en charge du sida (ex PNLs), dépendant du ministère de la Santé publique.**

Dr Diallo Alpha Ibrahima, responsable de la Prise en charge VIH Sida, PTME  
Dr Djenabou Tall, Chef unité MEG et réactifs

### **CNLS**

Dr Marima Djelo BarryI, secrétaire du CNLS

### **Ministère de la Santé publique**

Dr GBANACE Pogba, Chef de cabinet du MSP  
Dr Mahy Barry, Directeur national de la santé

### **Ministère des Affaires sociales**

El Hadj Ibrahima Camara, Secrétaire général

### **CCM du Fonds Mondial :**

M Alpha GALO, secrétaire du CCM

### **Projet Sida 3**

M. Moussouliou DIALLO, chargé d'appui à la participation communautaire :  
Mme DIALLO, chargée du suivi monitoring  
Dr Toure MORY, chargé d'appui composante santé.

### **ONUSIDA**

M Damien RWEGERA Représentant résident

### **MSF**

Dr Pablo, Médecin prescripteur  
M. Alassane Camara, Assistant social en charge des groupes de support  
Mme Sylla, Infirmière – consultation et observance

### **FEG**

M. Rahim DIALLO, président de la FEG et 15 membres de l'association.

### **AGUIP +**

M. Conté , Administrateur, et 6 membres de l'association

### **REGAP +**

M. Kiany Conté, vice-président du REGAP+, Président de l'AGUIP+  
Mme Halima Conté, vice-présidente de l'AGUIP+  
M Aïcha Camara, Présidente de l'AFIAG  
Dr Diallo, secrétaire général du REGAP+, secrétaire général de la FEG

### **PAM**

M Adama Doumbouya, Chargé de VIH / Sida et de développement communautaire  
M Diallo Ibrahima, Chargé de programme

*Merci à tous les membres de l'ASFEGMASSI pour leur accueil !*