



*Mémoire*

***Analyse des enjeux d'un partenariat public/privé (PPP) en matière de prise en charge du VIH /SIDA***

***Etude de cas dans la région minière de Boké  
(République de Guinée)***

***Mots clés : Enjeux, Partenariat public/privé, Sida, VIH, Guinée.***

**Diallo Ousmane**

***Master Professionnel***

***Santé Publique Internationale***

**Tuteurs : Dr Louis Pizarro**

**Dr Arnousse Beaulière**

**Dr Freddy Perez**

## Table des matières

Liste des sigles et Abréviations .....	3
I. Introduction.....	5
II. Problématique, justification et contexte du stage .....	7
II.1 Problématique .....	7
II.2 Monographie de la zone d'intervention.....	10
A- Guinée .....	10
1. Situation géographique, organisation politique et administrative.....	10
2. Les caractéristiques démographiques et socioéconomiques .....	10
3. Système de Santé et autres services sociaux de base .....	11
4. Situation épidémiologique du VIH en Guinée .....	12
5. Politique nationale de lutte contre le VIH.....	13
B- Cas de la région minière de Boké.....	15
III. Objectifs .....	16
III.1 Objectif général .....	16
III.2 Objectifs spécifiques .....	16
IV. Hypothèses de recherche.....	17
V. Définition et historique du concept de PPP dans le domaine de la santé.....	17
VI. Revue de la littérature .....	20
VII. Les principaux acteurs de la lutte contre le VIH à Boké .....	23
VIII. Cadre conceptuel du PPP dans la région de Boké.....	25
IX. Méthodologie .....	27
A- Description sommaire .....	27
B- Présentation de la zone d'étude.....	27
C- Population d'étude.....	27
D- Technique d'échantillonnage et taille de l'échantillon .....	28
E- Méthode de collecte des données .....	29
F- Analyse documentaire .....	29
G- Entretiens semi structurés .....	30
H- Méthode d'analyse des données.....	31
I- Echantillonnage .....	31
J- Limites méthodologiques et difficultés rencontrées.....	32
X. Résultats .....	33
XI. Discussion .....	47
XII. Conclusion .....	56
XIII. Recommandations .....	57
XIV. Bibliographie.....	59
XIII. Annexes .....	64

## Liste des sigles et Abréviations

AGUIP+	: Association Guinéenne des personnes séropositives
ANAIM	: Agence Nationale des Industries Minières
ARV	: Antirétroviraux
ASSFEGMASSI	: Association des Femmes de Guinée pour le Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le SIDA.
BM	: Banque Mondiale
CBG	: Compagnie des Bauxites de Guinée
CCM	: Country Coordination Mechanism (Mécanisme de Coordination Pays)
CDV	: Conseils et Dépistage Volontaires.
CMG	: Chambre des Mines de Guinée.
CMT	: Comité Médical Technique
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CRLS	: Comité Régional de Lutte contre le Sida
CSLS	: Cadre Stratégique de Lutte contre le Sida
DNEHS	: Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
DNSP	: Direction Nationale de la Santé Publique
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DREAM	: Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition
DRS	: Direction Régional de la Santé
FM	: Fonds Mondial
GTZ	: Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (Coopération Allemande)
IO	: Infections Opportunistes
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme conjoint des Nations Unies pour le Sida.

PEC	: Prise En Charge
PNPCSP	: Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de la Prévention Contre les IST/VIH/SIDA
PPP	: Partenariat public/privé
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'Enfant
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH/SIDA
REGUAP+	: Réseau des Associations Guinéennes de Personnes séropositives.
ROSIGUI	: Réseau des ONG de Lutte contre le Sida en Guinée
SE/CNLS	: Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le SIDA.
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
SOLTHIS	: Solidarité Thérapeutique et Initiative contre le SIDA
UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session on AIDS (Session Extraordinaire de l'Assemblée Général des Nations Unies sur le SIDA)
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## I. Introduction

On estime à 33,2 millions [30,6 millions-36,1 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2007, soit 16% de moins que l'estimation de 39,5 millions [34,7 millions- 47,1 millions] publiée en 2006 (*OMS/ONUSIDA/UNICEF, 2008*).

Aujourd'hui, le VIH/SIDA occupe une place majeure sur l'ensemble des fonds alloués à la santé. Grâce aux efforts concertés des pays et des partenaires internationaux, la mise en oeuvre d'interventions relatives au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a accompli jusqu'à présent des progrès substantiels. L'accès au traitement antirétroviral pour l'infection à VIH avancée s'élargit à un rythme croissant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Fin 2007, environ 3 millions de personnes [2 700 000 - 3 280 000] suivaient un traitement antirétroviral, soit près de 950 000 personnes de plus que fin 2006, et ce qui représente une multiplication par 7,5 ces quatre dernières années. Ce progrès est dû à des engagements nationaux plus fermes, à des investissements financiers accrus et à des conseils techniques assortis d'initiatives multilatérales, bilatérales et du secteur privé. En dépit des progrès, la couverture du traitement antirétroviral demeure faible : à peine 31% (27 - 34%) des personnes qui en avaient besoin suivaient un traitement en 2007. Cette même année, on estime que 2,5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH (*OMS/ONUSIDA/UNICEF, 2008*).

L'engagement du secteur privé dans les partenariats pour la promotion de la santé constitue l'un des défis les plus importants du XXI<sup>ème</sup> siècle en matière d'accès aux soins (Robert Devis 1998 ; J Kumarezan et al. 2004). Actuellement dans plusieurs pays, des changements majeurs sont en cours d'opération dans le domaine de la santé. Ces changements impliquent de nouvelles formes de partenariats, à savoir des partenariats public/privés (PPP) dans la prestation des services de soins (*Ceri et al. 2003*).

Ce mode d'organisation se développe dans beaucoup de pays afin d'augmenter la participation du secteur privé dans la fourniture du service public (*Athias et al 2007*).

La signification des partenariats public/privés dépend des valeurs auxquelles se réfèrent les personnes physiques ou morales qui les constituent. Ils posent de nombreux problèmes politiques, sociaux, sanitaires, économiques et commerciaux. Toutefois, ces partenariats constitués pour promouvoir la recherche, le développement ou l'accessibilité aux soins ne peuvent fonctionner efficacement que si les partenaires, à défaut de valeurs communes, ont un but commun (*Robert, 2001*).

Dans certains pays d'Afrique notamment en Afrique du Sud, en Namibie, au Botswana, en Cote d'Ivoire ... des PPP ont été développés au niveau communautaire à travers des entreprises pour lutter contre le VIH (FHI, Guide à l'intention des gestionnaires et des dirigeants).

Cette lutte fut d'abord axée uniquement sur les employés de ces entreprises, ce qui était susceptible d'aggraver les disparités sociales croissantes qui pourront déclencher dans le temps des perturbations et des conflits sociaux. L'accès équitable aux services de lutte contre le Sida demeure un principe fondamental de la réaction contre le VIH/Sida dans son ensemble (*GBC/FM/OIT, 2005*).

La mise en place de ces PPP a contribué à la réduction continue des prix des médicaments, à un accroissement rapide du nombre d'employés recevant un traitement efficace. Ce qui a entraîné une meilleure compréhension par les principaux acteurs que le lieu de travail joue un rôle crucial dans la réaction contre le VIH/Sida. A la suite de cela, le concept de programmes VIH/Sida conçus pour le lieu de travail devient populaire amenant ainsi un plus grand nombre d'entreprises à introduire des interventions sur le VIH/Sida à l'intention de leurs employés. La mobilisation de la communauté des employeurs des secteurs privés contre le VIH/SIDA a constitué une avancée positive et prometteuse. C'est ce type d'action qui a été entrepris en Afrique du Sud dans plusieurs villes minières de la province de Free State. Le programme repose sur des accords passés entre les sociétés minières, les syndicats, les autorités de santé publique et les organisations civiques. Il a ainsi permis de réduire la prévalence des IST de 70 à 85% chez les femmes participantes et de 40% chez les travailleurs des mines et a entraîné une réduction de la transmission du VIH de moitié au niveau de cette zone. La chute de l'absentéisme a aussi contribué à diminuer les coûts de façon significative. Les sociétés minières ont estimé avoir économisé 30 dollars US pour chaque dollar investi dans le programme générant ainsi un intérêt majeur de la part du secteur public comme du secteur privé (*GBC/FM/OIT, 2005*).

Dans le cas de notre étude, le secteur public est représenté par l'ensemble des structures de coordination nationales sur la politique de lutte contre le VIH, ainsi que les hôpitaux publics impliqués au niveau de la région de Boké (hôpital régional de Boké, hôpital préfectoral de Fria).

Le secteur privé, quant à lui, est constitué principalement des deux entreprises d'exploitation de bauxite et leurs structures sanitaires (CBG et Russal), mais aussi celles en phase d'installation à savoir Guinea Alumina Corporation (GAC) et BHPbilliton.

Les prochains chapitres nous édifieront sur la problématique, la justification du travail, suivies d'une revue de la littérature sur les partenariats public/privés dans le domaine de la santé en général et de la lutte contre le VIH/SIDA en particulier. Ensuite nous présenterons nos objectifs avec notre méthodologie, nos résultats et la discussion pour finir par la conclusion et les recommandations.

## **II. Problématique, justification et contexte du stage**

### **II.1 Problématique**

Malgré des progrès sensibles en 2007, la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire sont encore loin d'atteindre les objectifs de l'accès universel au traitement antirétroviral. Au nombre des difficultés on peut citer la faiblesse des systèmes de santé, la pénurie en ressources humaines et le manque de financement durable et à long terme. Les pays ont également besoin de systèmes de surveillance pour évaluer les progrès et améliorer l'efficacité et l'impact des programmes de lutte contre le VIH (*OMS/ONUSIDA/UNICEF, 2008*).

A cet effet, le partenariat entre le gouvernement, le secteur privé et les organisations professionnelles constitue un facteur critique de mobilisation contre la progression de l'épidémie. En Afrique, les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont parmi les plus touchés et enregistrent le plus grand nombre de nouveaux cas d'infections alors qu'ils représentent la main d'œuvre future des économies du continent. L'épidémie sévit également au sein de la population adulte active, ce qui constitue un sérieux handicap à la croissance économique des pays concernés et à l'amélioration des conditions de vie des millions d'employés de la fonction publique, du secteur privé et de l'économie informelle (*François, 2007*).

En plus de l'impact du VIH/SIDA sur les économies et sur les marchés, il menace également la sécurité et la prospérité à l'échelle de la planète. De même, dans les régions particulièrement touchées, les entreprises verront leur productivité et leurs bénéfices chuter considérablement. Ces entreprises ont non seulement le devoir d'agir, mais aussi la possibilité de jouer un rôle crucial dans ce combat mondial contre le VIH/SIDA, notamment sur leurs propres sites d'activités (*GBC/FM/OIT, 2005*).

Dans le souci de faire face efficacement à la pandémie du SIDA, le secteur privé s'est fortement mobilisé à travers des associations telles que : la coalition mondiale des entreprises contre le Sida (GBC), le réseau panafricain des coalitions des entreprises (PABC), Sida entreprise. L'association partenaire contre le SIDA est née d'une initiative commune entre la

GBC et Sida entreprise. Ces associations ont pour objectif majeur de promouvoir l'implication du monde des entreprises dans la lutte effective contre la pandémie à travers des partenariats public/privés.

Dans le contexte Guinéen, les régions minières sont particulièrement touchées par SIDA. Les mines Guinéennes représentent le secteur qui attire le plus de personnes du secteur formel et informel car plus de 100000 personnes y travaillent (*Dir. Nat. Mines et géologie*). Afin de lutter contre la propagation de l'épidémie dans ce contexte de promiscuité et de prostitutions, l'ensemble des partenaires publics, mixtes et privés commencent à comprendre qu'il faut réfléchir à une nouvelle approche dans la lutte contre le VIH/SIDA au niveau de la région.

## **II.2 Justification et contexte du stage**

Le stage intervient dans le cadre de la formation pour l'obtention du Master Professionnel en Santé Publique International à l'Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement de l'Université de Bordeaux 2. L'organisme d'accueil fut la représentation de l'Organisation Non Gouvernementale Solidarité Thérapeutique et Initiative contre le Sida (Solthis) en Guinée.

Le choix de l'analyse des enjeux de la mise en place d'un partenariat public/privé dans la prise en charge des personnes vivants avec le VIH au niveau de la région de Boké se justifie par le fait que l'épidémie du SIDA frappe de plein fouet la population la plus active sous diverses formes. Cette infection peut avoir un impact très négatif sur l'économie du pays à travers la propagation de la maladie au sein des entreprises minières qui représentent la principale source de recettes de l'Etat Guinéen .

Les objectifs généraux de ce stage étaient :

1. Mettre en application les compétences acquises tout au long du Master à travers un projet de stage portant sur une problématique de santé publique ;
2. Acquérir des connaissances et habiletés opérationnelles (savoir être et savoir faire) venant compléter la formation reçue pendant les périodes de cours du Master ;
3. Acquérir l'expérience dans un réseau professionnel de santé publique.

Notre stage s'est déroulé au siège de Solthis à Conakry et dans la région de Boké du 28 Avril au 30 Juillet 2008 sous la supervision du coordinateur médical, du chef de mission et du Directeur général de l'ONG.



SOLTHIS est une organisation de solidarité internationale Fondée en 2003 et totalement indépendante.

Ses engagements et son développement se confirment aux côtés des pays du Sud où l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) et la prise en charge des personnes atteintes par le VIH continuent de poser des problèmes majeurs malgré les efforts déployés et les progrès incontestables enregistrés ces dernières années.

En vue d'inscrire son action dans une vraie démarche de développement et de santé publique, SOLTHIS travaille en étroite collaboration avec les Gouvernement et la société civile et inscrit son action dans le cadre des programmes nationaux d'accès aux ARV.

Elle mène son action dans le respect de cinq principes fondateurs :

1. S'adresser à toutes les personnes touchées, hommes, femmes enfants notamment les plus démunies.
2. Permettre un accès large et durable à la prévention, le dépistage et aux soins médicaux comprenant les antirétroviraux.
3. Se rendre dans les endroits où les traitements appropriés ne sont pas disponibles
4. Impliquer les autorités politiques et sanitaires locales, la société civile ainsi que les patients.
5. Intégrer ses programmes dans les systèmes de soins nationaux publics avec un objectif de pérennisation à moyen terme.

C'est dans ce cadre que l'organisation intervient en Guinée avec pour principaux objectifs :

- Accélérer la création de nouveaux lieux de traitements ARV.
- Appuyer les acteurs de santé au niveau national de manière à renforcer leur capacité en terme de formation, d'organisation et de planification de la prise en charge.
- Faciliter les liens entre les acteurs nationaux et les bailleurs internationaux

## II.2 Monographie de la zone d'intervention

### A- Guinée

#### 1. Situation géographique, organisation politique et administrative

La République de Guinée se trouve sur la côte atlantique de l'Afrique de l'Ouest et est limitée par la Guinée Bissau, le Sénégal, le Mali, la Côte d'Ivoire, le Libéria, la Sierra Leone et l'Océan Atlantique. La Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles (la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière) et 8 régions administratives dont la ville de Conakry, 33 préfectures, 38 communes urbaines (CU), 302 sous-préfectures et 303 communautés rurales de développement. (CNLS/CSLS, 2008 ; CNLS, 2007, CNLS/UNGASS, 2008).

#### 2. Les caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Avec une superficie de 245 857 km<sup>2</sup>, la population guinéenne est estimée en 2008 à plus de 9,9 millions d'habitants avec un sexe ratio inférieur à 1. Cette population est caractérisée par sa jeunesse avec 41,5% des personnes âgées de moins de 15 ans et un taux brut de natalité estimé à 38,4 pour 1000. L'espérance de vie à la naissance est de 53,9 ans selon les estimations de PNUD en 2006. La Guinée est à dominance musulmane avec une proportion d'un peu plus de 85%.

D'après les données de l'Enquête Démographique et de Santé de Guinée (EDSGIII+ 2005), seulement 16,1% des femmes ayant un âge  $\geq 15$  ans sont alphabétisées contre 44,1% des hommes de la même tranche d'âge. Ce taux d'alphabétisation se caractérise par un déséquilibre entre hommes et femmes avec des proportions respectives de 41 % et de 22 % pour l'ensemble du pays.

L'économie de la Guinée est basée sur d'importantes potentialités agricoles et minières et cela constitue, en général, des atouts majeurs pour un développement économique et social. Malgré ces atouts, la Guinée demeure toujours au rang des pays en voie de développement.

Selon les estimations de l'EIBC (Enquête Intégrale avec module Budget de Consommation, 2006), 53,6 % de la population vit au dessous du seuil de pauvreté (moins de USD 300 par an) (CNLS/CSLS, 2008 ; CNLS, 2007, CNLS/UNGASS, 2008).

### 3. Système de Santé et autres services sociaux de base

La Guinée dispose d'un Plan National de Développement Sanitaire et d'une politique nationale de transfusion sanguine.

Le système de soins Guinéen est composé est organisé de façon **pyramidale** et comprend de la base au sommet: le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national. Il existe 33 Directions Préfectorales de la Santé (DPS) au niveau périphérique, correspondant aux districts sanitaires ; 8 Directions Régionales de la Santé (DRS) et chaque DRS correspond à une région administrative.

Les structures publiques comprennent :

- 2 hôpitaux nationaux
- 7 hôpitaux régionaux
- 26 hôpitaux préfectoraux
- 6 centres médicaux de commune
- 391 centres de santé
- 507 postes de santé

Le secteur privé comprend :

- 2 hôpitaux d'entreprise
- 19 cliniques
- 219 cabinets de consultation
- 11 cabinets dentaires
- 16 cabinets de sages-femmes

Nombre de structures fonctionnelles de santé offrent effectivement le paquet minimum d'activités dont les services de vaccinations. Les activités du Programme Elargi de Vaccination sont intégrées à celles du programme PEV/SSP/ME et le nombre de structures qui vaccinent suit le nombre d'infrastructures construites ou rénovées et intégrées soit 391 centres de santé.

L'effectif moyen d'une équipe par structure fonctionnelle de santé offrant effectivement le paquet minimum d'activités dont les services de vaccinations est de :

- 3 à 5 en zone rurale

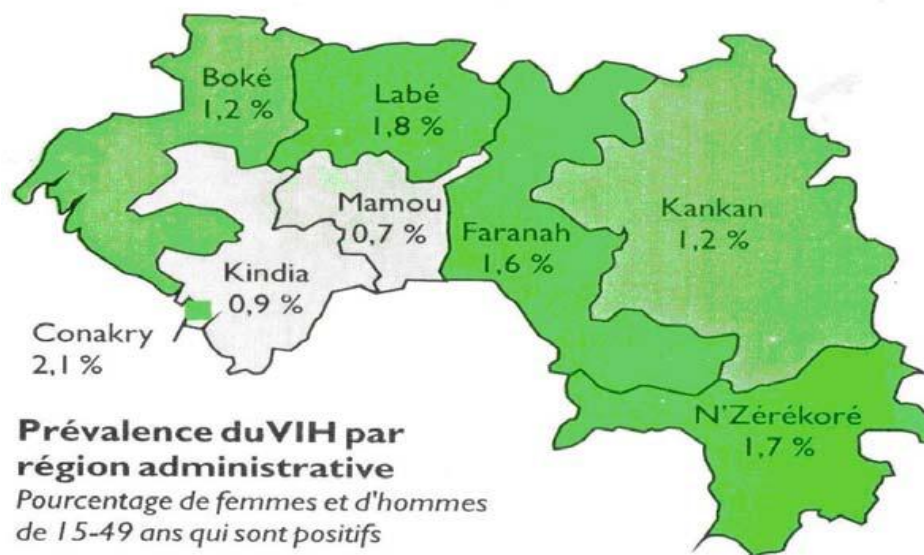
- 10 à 15 en zone urbaine

Les structures pharmaceutiques et biomédicales sont composées de points de vente, des officines privées, les sociétés grossistes, les laboratoires d'analyses biomédicales (CNLS/CSLS, 2007 ; CNLS/ UNGASS, 2008).

#### 4. Situation épidémiologique du VIH en Guinée

Les résultats de l'Enquête Démographique et Santé en Guinée (EDSG III+, 2005) montrent une séroprévalence nationale de 1,5% au sein de la population générale avec des variations par groupes cibles. On note une féminisation de l'infection à VIH avec un taux de séroprévalence chez les femmes de 15- 49 ans de 1,9% contre 0,9% chez les hommes de la même tranche d'âge. La proportion de personnes séropositives augmente avec l'âge : en effet, d'un minimum de 0,8 % dans le groupe d'âges 15-19 ans, la proportion atteint un maximum de 2,1 % chez les groupes d'âge de 40-44 ans et 45-49 ans.

La prévalence moyenne du VIH dans les milieux urbains est plus élevée que celle des milieux ruraux (2,4 % contre 1.0 %); elle semble être deux fois plus élevée chez les hommes des milieux ruraux que chez ceux des centres urbains (1,1% contre 0,6%). Chez les femmes la situation est contraire car on aperçoit une plus grande proportion de femmes infectées en milieu urbain qu'en milieu rural (3,9% contre 0,9%).



Source : EDSG 2005

**Figure 1** : Prévalence du VIH par région administrative

Les résultats de l'EDSG III+ 2005 montrent aussi que Conakry, Labé, Nzérékoré et Faranah sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés avec respectivement 2,1 %, 1,8 %, 1,7 % et 1,6 %. A l'opposé, les régions de Kindia et Mamou sont celles où les niveaux sont les plus faibles avec respectivement 0,9% et 0,7%.

Selon le rapport de surveillance de seconde génération (SSG) réalisée en 2005 en Guinée, la prévalence du VIH est de 4,3% chez les routiers et de 30% chez les professionnelles du sexe (PS). Il est noté par ailleurs que la prévalence du VIH accuse des variations selon les sites de travail des PS enquêtées : 30.5% dans les sites des bars, 41.4% dans les maisons closes, 17.5 chez les PS recrutées dans les hôtels/bars/dancing (*Banque mondiale Guinée 2003 ; CNLS/UNGASS, 2008*).

## **5. Politique nationale de lutte contre le VIH**

Pour faire face à la pandémie, l'Etat Guinéen a pris des mesures dès la découverte des premiers cas de Sida en 1987. Pour ce faire, un programme national de lutte contre le Sida a été créé mettant en œuvre un plan de lutte contre le Sida à court terme pour la période de 1987 à 1988 suivi en 1989 d'un deuxième plan dit « moyen terme 1<sup>ère</sup> génération » qui couvrait une période de 4 ans. Par la suite, un troisième plan [1997-2000] a été mis en œuvre. Si la mise en œuvre de ces plans successifs a permis d'élever le niveau de connaissance des populations sur les modes de transmission et de prévention de l'infection au VIH, il convient de rappeler que beaucoup reste à faire pour freiner la propagation de la maladie.

En 2002, un programme national de prise en charge du Sida (PNPCSP) a été créé en remplacement du PNLS au sein du ministère de la santé. Au même moment, le comité national de lutte contre le Sida (CNLS) fut créé mais rattaché à la primature. Ce CNLS est présidé par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement et composé de l'ensemble des départements ministériels, de la Société Civile, des PVVIH, du secteur privé, des syndicats, des ONG internationales et des organisations bi et multilatérales. Il existe aussi au sein de chaque département, un Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA (CMLS) qui élabore et met en œuvre un plan d'action dans le cadre de la lutte contre le VIH. Il en est de même au niveau de chaque région et commune (CNLS/UNGASS, 2008). Le secrétariat exécutif (S/E) du CNLS coordonne l'ensemble de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA dont les lignes directrices sont notifiées dans le document du cadre stratégique nationale de lutte contre le Sida 2003-2007. Un nouveau cadre stratégique couvrant la période 2008-2012 a été élaboré et il devra servir de creuset pour toutes les interventions mises en œuvre dans le pays

tant par les acteurs nationaux qu'internationaux. Ce nouveau cadre stratégique prévoit la formulation d'un plan d'action budgétisé indiquant les sources de financement en impliquant tous les partenaires. Une importance majeure sera accordée à la place des partenariats public/privés dans la riposte contre le VIH.

Plusieurs organisations non gouvernementales et associations nationales de personnes vivant avec le VIH/SIDA sont engagées de manière active dans des activités de prévention du VIH parmi lesquelles l'association des femmes Guinéennes pour la lutte contre le sida (**ASFEGMASSI**). Les associations de personnes vivant avec le VIH dont **AGUIP+** sont regroupées au sein du réseau des associations Guinéennes de personnes séropositives (**REGUAP+**). Ces associations sont le plus souvent orientées vers l'information, l'éducation et la communication (IEC). Parallèlement, plusieurs organisations non gouvernementales internationales interviennent sur le terrain dans la lutte contre le VIH parmi lesquelles on peut citer **MSF Belgique**, **La GTZ**, **l'organisation catholique** pour la promotion urbaine et l'ONG **DREAM** (*Emmanuel et al. 2006*). Ces ONG internationales interviennent surtout dans la prise en charge des patients VIH dans des centres de traitement ambulatoire. Il est important de souligner que ces institutions gardent une certaine indépendance dans la PEC avec un circuit d'approvisionnement en médicaments et réactifs plus important par rapport au circuit national. Cependant, malgré leur profil d'indépendance dans la gestion de leur PEC, il existe un partage de l'information entre ces structures et le Ministère de la santé en vue d'harmoniser les pratiques.

Depuis que la Guinée a commencé le traitement ARV, il y'a de nos jours 18 sites de PEC soit 11 pour les structures de l'Etat et les 7 autres sont des structures appuyées par les ONG. Nous avons à peu près 7000 personnes sous ARV sur les 30% de PvVIH nécessitant un traitement. Malgré les efforts entrepris par le gouvernement et les ONG, l'accès aux ARV en Guinée reste faible. Pour relever ce défi, 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 un objectif de 17 000 personnes en 2007. Par ailleurs, il y'a un processus de décentralisation qui est amorcé effectivement par l'ouverture prochaine d'au moins 14 sites de PEC pour répondre aux vœux du cadre stratégique nationale qui voudrait que d'ici la fin de l'année 2008 qu'on dispose de 32 sites de PEC (*Emmanuel et al. 2006 ; CNLS, 2007*).

Afin de mieux mettre en évidence l'intérêt d'un partenariat dans la prise en charge du VIH en Guinée, nous avons porté notre choix sur la région de Boké en raison de sa particularité démographique et stratégique pour l'économie du pays.

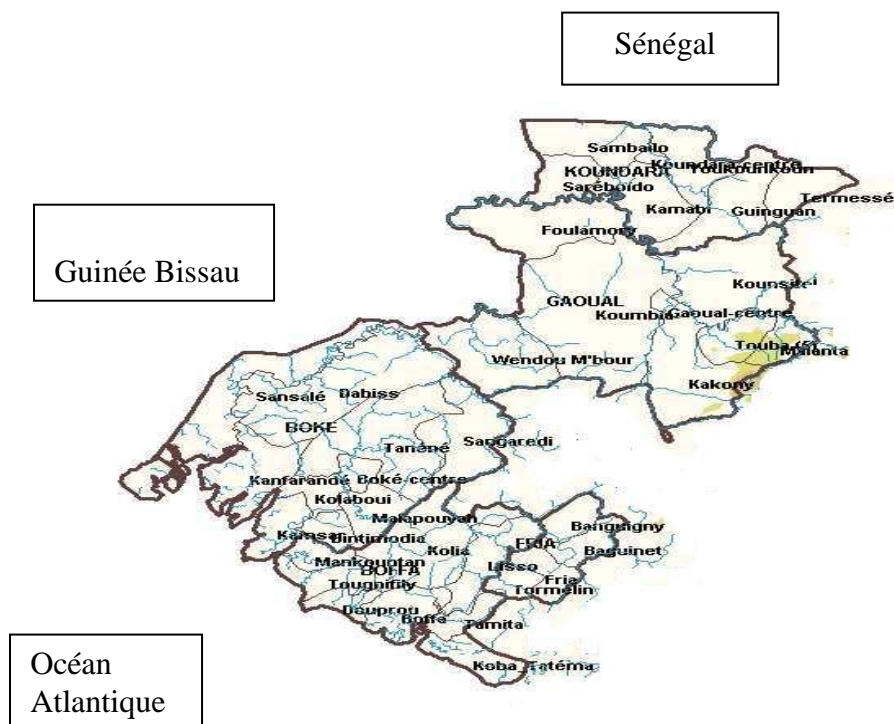
## B- Cas de la région minière de Boké

En Afrique, l'industrie minière est connue pour ses taux de séropositivité élevés, particulièrement dans les régions où la prostitution existe. La situation se complique du fait des travailleurs migrants, qui contribuent à la propagation du virus sur leur lieu de travail et de résidence, y compris dans d'autres pays. Certaines régions du Lesotho sont maintenant frappées de plein fouet par le sida, depuis que des mineurs malades rentrent d'Afrique du Sud, la situation étant exacerbée par le fait que l'économie de ce petit pays dépend fortement du salaire des travailleurs migrants (*Belinda, 2001*).

Dans notre contexte, la région administrative de Boké compte 5 préfectures Boffa, Boké, Fria, Gaoual et Koudara. Elle se subdivise en 5 communes urbaines et 32 communautés rurales de développement, avec une population estimée en 2007 à 1 065 691 habitants repartis sur une superficie de 35 243 km<sup>2</sup>, soit une densité de 30 habitants au km<sup>2</sup> (*PRDS, 2007*).

Elle est limitée à l'Est par la région administrative de Labé, au sud par la région administrative de Kindia, à l'Ouest par l'océan atlantique et la Guinée-Bissau, au nord par le Sénégal.

Il existe une radio rurale et trois radios communautaires qui à travers des magazines, des tables rondes et microprogrammes diffusent des messages éducatifs sur un certain nombre de problèmes dont celui des IST/VIH/SIDA (*PRDS, 2007*).



**Figure 2 :** Cartographie sanitaire de la région de Boké

Source : PRDS (Mars 2007)

Le choix de la région de Boké comme zone pilote du PPP est justifié par les raisons ci-après : Elle représente la principale zone minière du pays avec trois principaux sites miniers : Fria, Kamsar et Sangarédi. La prévalence du VIH dans cette région est estimée à 1,2% mais ce chiffre atteint les 5,5 % parmi les travailleurs miniers (*Emmanuel et al. 2006*). On estime, en 2008, à 16500 personnes adultes infectées et 2500 nouvelles infections pédiatriques dans la région de Boké (*CNLS, 2007*). A l'hôpital régional, la PEC a débuté seulement en Juillet 2007 avec une file active actuelle (26/07/08) de 130 patients. Dans les structures privées, il existe un très bon plateau technique mais la PEC thérapeutique antirétroviraux n'a pas débuté pour des raisons diverses.

Ainsi, ce partenariat public/privé au niveau de Boké est au cœur de plusieurs enjeux. Outre la possibilité d'améliorer la santé des communautés par une PEC plus large et de meilleure qualité, il peut y avoir des retombées financières très importantes pour les entreprises à travers la mise en place de politiques efficaces de lutte contre le VIH dans le milieu de travail. En effet, des études ont montré que la mise en place des PPP pour la lutte contre le VIH dans des zones minières, a entraîné la diminution de la prévalence du VIH et de l'absentéisme ainsi que l'amélioration de la productivité (*Haroun et al. 2004*).

Dans un souci d'améliorer la qualité de la PEC des patients atteints de VIH/SIDA dans la région de Boké, SOLTHIS en partenariat avec l'Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et du Développement (ISPED) de Bordeaux nous a proposé de réaliser une étude sur les possibilités de mise en place d'un PPP dans la lutte contre le SIDA dans la région.

### **III. Objectifs**

#### **III.1 Objectif général**

Analyser les enjeux de la mise en place d'un partenariat public/privé dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA au niveau de la région minière de Boké.

#### **III.2 Objectifs spécifiques**

- a) Evaluer la portée de la dimension sanitaire de la mise en place d'un partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH/SIDA au niveau de la région de Boké
- b) Recueillir les éléments relatifs à la dimension sociodémographiques des patients suivis pour VIH/SIDA au niveau de la région de Boké.



- c) Mettre en évidence la dimension économique d'un partenariat public/privé dans la région minière de Boké.
- d) Identifier les besoins (ressources humaines, matérielles, médicaments et réactifs) et les acquis en matière de prise en charge du VIH/SIDA aux niveaux des structures sanitaires des trois sites miniers de la région de Boké.
- e) A partir des recommandations, proposer un modèle de collaboration public/privé dans la PEC du VIH au niveau de la région de Boké.

#### **IV. Hypothèses de recherche**

Les questions auxquelles nous tenterons de répondre sont les suivantes :

- La mise en place d'un PPP devrait-elle conduire à une amélioration de la prise en charge du VIH/SIDA dans la région de Boké ?
- La qualité de la PEC fournie par l'hôpital de Boké serait-elle meilleure si on mettait en place un PPP ?
- La mise en place d'un PPP est elle un atout pour la production des entreprises minières ?
- La mise en place d'un PPP permettra-t-elle de renforcer les capacités organisationnelles des structures de PEC de la région de Boké ?

Les concepts à analyser sont :

- Le partenariat public/privé
- Les avantages d'un PPP
- Les inconvénients d'un PPP
- Les enjeux du PPP à Boké
- Les opportunités du PPP à Boké
- La faisabilité du PPP à Boké
- Les moyens de mise en œuvre du PPP

#### **V. Définition et historique du concept de PPP dans le domaine de la santé**

L'OMS définit le partenariat comme « un moyen de réunir une série d'acteurs en vue d'atteindre un objectif commun, qui est d'améliorer la santé des populations en se fondant sur des rôles et des principes définis d'un commun accord ». La notion d'accord est centrale : les multiples acteurs s'engagent en vue d'un objectif précis et s'accordent sur les moyens, les principes et les rôles de chacun. Le PPP est donc une action collaborative concertée, planifiée,

basée sur la complémentarité des acteurs dans la poursuite d'un objectif commun (*Marame, 2006*).

Ces PPP associent les intérêts économiques du secteur privé aux objectifs de développement d'un pays ou d'une région (*Harooun et al. 2004*).

Il est d'ailleurs reconnu de manière unanime par les économistes que le développement économique ne saurait se faire sans une amélioration significative de l'état de santé publique. Selon Amartya Sen : « Que la bonne santé puisse améliorer la performance économique est maintenant un fait largement reconnu [...]. Cette constatation est importante, mais ce serait une erreur de voir en ce lien de cause à effet, la raison principale des efforts pour développer les soins et améliorer la santé en y consacrant plus de ressources. Quels que soient les effets indirects d'une bonne santé, celle-ci a une valeur intrinsèque. Il est bien compréhensible que chacun apprécie la possibilité de vivre longtemps et en bonne santé. A ce stade, essentiel, c'est l'économie qui doit être au service de la santé et non pas l'inverse » (*Marame, 2006*).

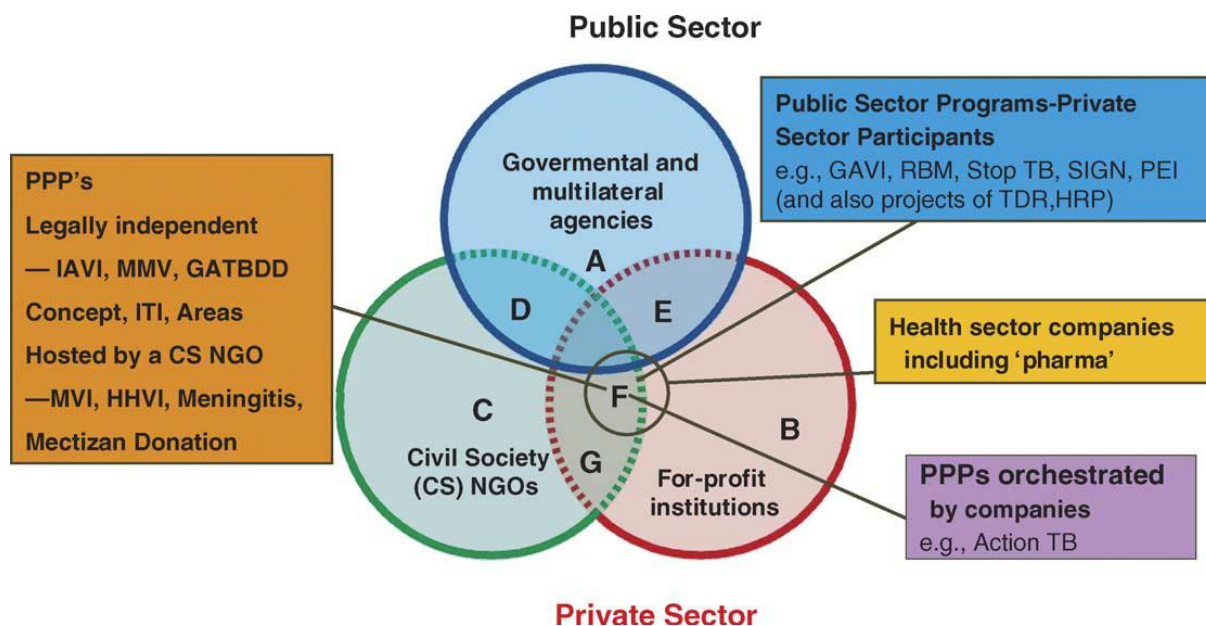
Jusqu'à la fin des années 70, la collaboration entre les secteurs public et privé dans le cadre du système des Nations Unies ou du système pour le développement international était timide, et les rapports souvent grinçants, la confiance ne régnant pas de part et d'autre. Les partenariats qui existaient se limitaient en grande partie dans le secteur public à des rapports entre organismes donateurs et gouvernements des pays bénéficiaires. Bien que la Charte des Nations Unies ait prévu des dispositions pour que soient consultés des organisations non gouvernementales et des organismes à but non lucratif, les rapports entre les institutions des Nations Unies et les ONG dans les années 60 pouvaient difficilement être qualifiés de partenariats (*K. Buse et G. Walt, 2000*).

La consultation était formelle, parfois problématique, les ONG étant souvent décrites comme des « groupes de pression ».

A la fin des années 70 et au début des années 80, au fur et à mesure que les idéologies néolibérales influèrent sur les politiques et attitudes publiques, ces rapports ont commencé à se modifier. Des organisations internationales influentes ont reconnu le rôle du secteur privé, et ont pris fait et cause pour le renforcer. Les donateurs ont recherché des collaborateurs pour leurs projets en dehors du secteur public et ont commencé à nouer des liens sur une plus grande échelle. La Banque mondiale a ainsi adopté sa première note de politique opérationnelle sur les ONG en 1981 et créé un comité ONG/Banque mondiale en 1982, ainsi qu'un service central des ONG au milieu des années 80. Les organismes donateurs ont acheminé de plus en plus de fonds par l'intermédiaire des ONG et, en 1998, 15% du total de l'aide au développement étaient filtrés par les ONG. Des initiatives conjointes lancées par des

institutions des Nations Unies comme l'UNICEF et l'OMS et des organisations non gouvernementales comme le Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile se sont opposées à l'industrie à propos du Code international sur les substituts du lait maternel et des politiques relatives aux médicaments essentiels. Si certaines de ces rencontres ont été au départ occasionnées par des conflits et caractérisées par la défiance, à la fin des années 80 les polémiques avaient laissé la place à des études préliminaires pour tenter de relier les ONG, l'industrie et le secteur public. La deuxième moitié des années 1990 a vu bourgeonner des initiatives de collaboration entre les secteurs public et privé en matière de santé publique internationale, au moyen de partenariats mondiaux public/privé pour le développement sanitaire. L'initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA est un bon exemple de ce type de partenariats puisqu'elle rassemble les nombreux intérêts publics et privés qui ont décidé de partager les risques, les coûts et les bénéfices de la recherche d'un vaccin efficace contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Si des partenariats de ce type apportent d'importantes ressources sur l'échiquier de la santé publique internationale et s'ils peuvent potentiellement être utiles à de nombreuses populations, ils estompent aussi les distinctions qui sont traditionnellement faites entre les objectifs et les responsabilités des secteurs public et privé (*K. Buse et G. Walt, 2000*). De nombreuses définitions ont été proposées pour caractériser ce que recouvre la notion de partenariat, en mettant l'accent sur les objectifs, les responsabilités et les gains. Par essence, le partenariat est une « relation basée sur un accord, reflétant des responsabilités communes au service d'intérêts communs ». Dans le secteur sanitaire, l'OMS décrit le partenariat comme un moyen de réunir une série d'acteurs en vue d'atteindre un objectif commun, qui est d'améliorer la santé des populations, en se fondant sur des rôles et des principes définis d'un commun accord (*K. Buse et G. Walt, 2000*). Dans la plupart des PPP sont impliqués des organismes privés et des organisations publiques : universités, centres de recherches, ministères, ou encore des ONG sises dans les PED. Les fondations sont un acteur clé : elles ont vocation à financer des projets de développement et de santé : c'est le cas de la fondation Bill & Melinda Gates, premier bailleur au monde dans ce domaine, et des fondations créées par les firmes pharmaceutiques (*Roy, 2005 and Marame, 2006*).

Le schéma suivant (fig1) montre les principales initiatives de partenariats public/privés qui ont été entrepris dans le domaine de la santé.



Source : Roy Widdus, 2005

**Figure 3** : Les principaux PPP dans le secteur de la santé.

## VI. Revue de la littérature

Dans les zones d'endémie de maladies infectieuses des pays en voie de développement, le partenariat public/privé dans le système de soins est très souvent établi. Selon les publications, 70% des initiatives de partenariat public/privé dans le domaine sanitaire furent développées pour la lutte contre les maladies tropicales, les déficiences vitaminiques, le Sida, le déshydratation et autres maladies infectieuses des pays sous développés. Ces partenariats ont permis le développement de nouveaux médicaments pour les principales maladies des personnes à ressources précaires ainsi que la création de système de facilitation de l'accessibilité médicamenteuse (Robert, 2003).

Deux des partenariats les plus reconnus sont le Mectizan Donation Program et le International Trachoma Initiative. Le programme de donation de Mectizan est un partenariat entre Merck et Task for Child Survival qui consiste à délivrer systématiquement l'Ivermectine pour les enfants à risque. A travers ce programme, 200000 individus furent prévenus de cette maladie. Ainsi, 11 pays Africains ont bénéficiés ont vus leurs taux infection par l'onchocercose nettement revue à la baisse. De la même façon, le ITI, est un partenariat entre the Clark Foundation et Pfizer dans la fabrication de l'azithromycine dans la lutte contre le trachome très rependu en Afrique orientale et certains pays d'Asie. Suite à ce programme, des études conduites au Maroc et en Tanzanie ont démontré que l'incidence de la maladie avait chuté de 50% (Sylvia, 2003). Une étude menée aux USA sur le système de contractualisation dans le

paiement des soins des employés d'entreprises a montré des résultats très encourageants. L'entreprise d'assurance Blue Cross Blue Shield basé à New York après quatre années d'expérimentation a démontré que les entreprises obtenaient jusqu'à 70% d'économies par rapport aux frais de soins. Si cette approche avait été adoptée par tout le secteur privé et les demandeurs de soins publics de l'ensemble du pays, le système soins pourrait avoir une épargne de 3 milliards de dollars US et plus de 58000 vies sauvées (*Robert, 2003*).

Le Botswana a amélioré son taux de couverture ARV entre 2001-2005 suite à un PPP qui associait le gouvernement, l'entreprise Merck et Bill & Mélinna Gates Foundation. A travers ce PPP, le pays a pu faire face à l'épidémie du Sida ce qui lui a permis d'être le pays Africain ayant le plus grand nombre de patients sous ARV. Avec un engagement de 50 millions de dollars US chacun, Merck et la fondation Gates ont été les plus grands donateurs pour la lutte contre le VIH au Botswana. Il fut l'un des premiers pays où la gratuité des ARV fut une réalité (*Ilavenil, 2006*).

Dans ce même ordre d'idées le PPP a permis au Pakistan de renforcer ses politiques de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles (*Sarah et al. 2007*).

Bien que le rapprochement entre secteurs public et privé soit important, il faut néanmoins avoir à l'idée que ces partenariats peuvent être des sources de conflit d'intérêt. Des études ont suggéré que dans l'élaboration de ce genre de partenariat public/privé, une attention particulière est requise puisque les secteurs publics et privés ont des orientations différentes (*Pauline, 1999*).

Le secteur privé est orienté vers :

- l'accomplissement de bénéfices par rapport aux différents investissements
- l'audace de prise de risque dans les affaires
- la notion de compétitivité et de performance
- l'atteinte d'objectifs en faveur de l'entreprise.

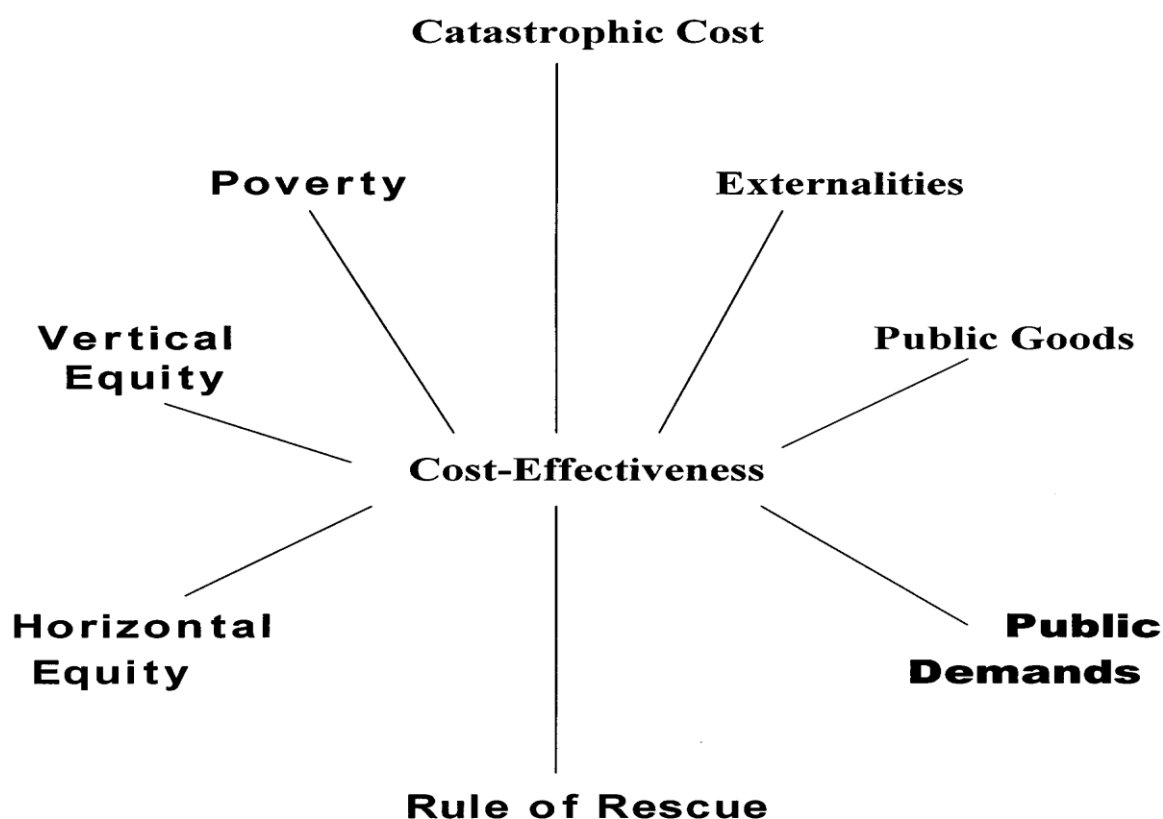
Les intérêts du secteur public sont :

- la législation, la régulation et l'instauration de l'autorité
- la régulation institutionnelle est stratégique
- la prise de décisions démocratiques dans le processus de marché
- la minimisation des risques
- l'atteinte d'objectifs en faveur de la société

Ceci démontre que concilier les responsabilités du secteur privé et les obligations générales du secteur public n'est pas quelque chose de tout à fait aisée (*Pauline V. R, 1999*).

Dans les publications en rapport avec les politiques de partenariat public/privé, une conclusion évidente est que les notions de coût et de rendement sont définies étroitement (*Pauline, 1999*). Au Népal, une étude menée sur l'évaluation de la faisabilité, de l'efficacité et des coûts de mise en place d'un PPP dans le traitement de la tuberculose a montré une augmentation du nombre de patients diagnostiqués et traités selon la stratégie DOTS. L'établissement du PPP a montré une augmentation des cas de diagnostics positifs de dans la région d'étude de 54/100000 avant la mise en œuvre du projet en 1998 à 102/100000 en 2001. Le taux de succès du traitement était de 90% alors l'objectif fixé était d'atteindre les 85%. Les résultats ont montré que les malades traités dans le programme de PPP avaient un coût plus bas et une efficacité diagnostique et thérapeutique très élevée (*Deepak et al. 2007*).

Le but de ces collaborations est d'assurer des prestations de soins de qualité à moindre coût dans un climat d'équité. Il est important de faire ressortir les neuf critères qui justifient les dépenses publiques à propos des soins de santé (*Philip. 1999*).



Key:  
 Efficiency Criteria  
 Equity or Ethical Criteria  
**Political Criterion**

**Figure 4:** Les neuf critères justifiant les dépenses publiques des soins médicaux

Source: P. Musgrove: *Health Policy* 1999; 47: 207–223

## **VII. Les principaux acteurs de la lutte contre le VIH à Boké**

Après la section consacrée à la revue de la littérature, nous allons nous appesantir au niveau de la présente section à décrire les différents acteurs de la prise en charge du VIH/SIDA dans notre région d'étude qui seront les principales parties prenantes dans la mise en place du partenariat public/privé.

De manière générale, les acteurs sont caractérisés par leurs projets, leurs conceptions du monde et leurs convictions, les ressources qu'ils ont ou qu'ils contrôlent et leurs dispositions à agir. Ils interagissent, dans un jeu permanent de coopération et de concurrence, pour accroître leur contrôle sur les ressources critiques du système d'action (argent, pouvoir, influence, engagements envers des normes sociales). Les pratiques (ou les conduites) des acteurs sont simultanément constitutives de l'intervention et influencées par la structure de cette manière. Elles sont interdépendantes (*Contandriopoulos et al, 2000*).

Identifier les acteurs, leurs rôles et leurs intérêts respectifs constituent dès lors un enjeu majeur pour comprendre les principaux facteurs de mise en place du projet.

**Tableau 1: Les principales parties prenantes du projet de PPP dans la région de Boké**

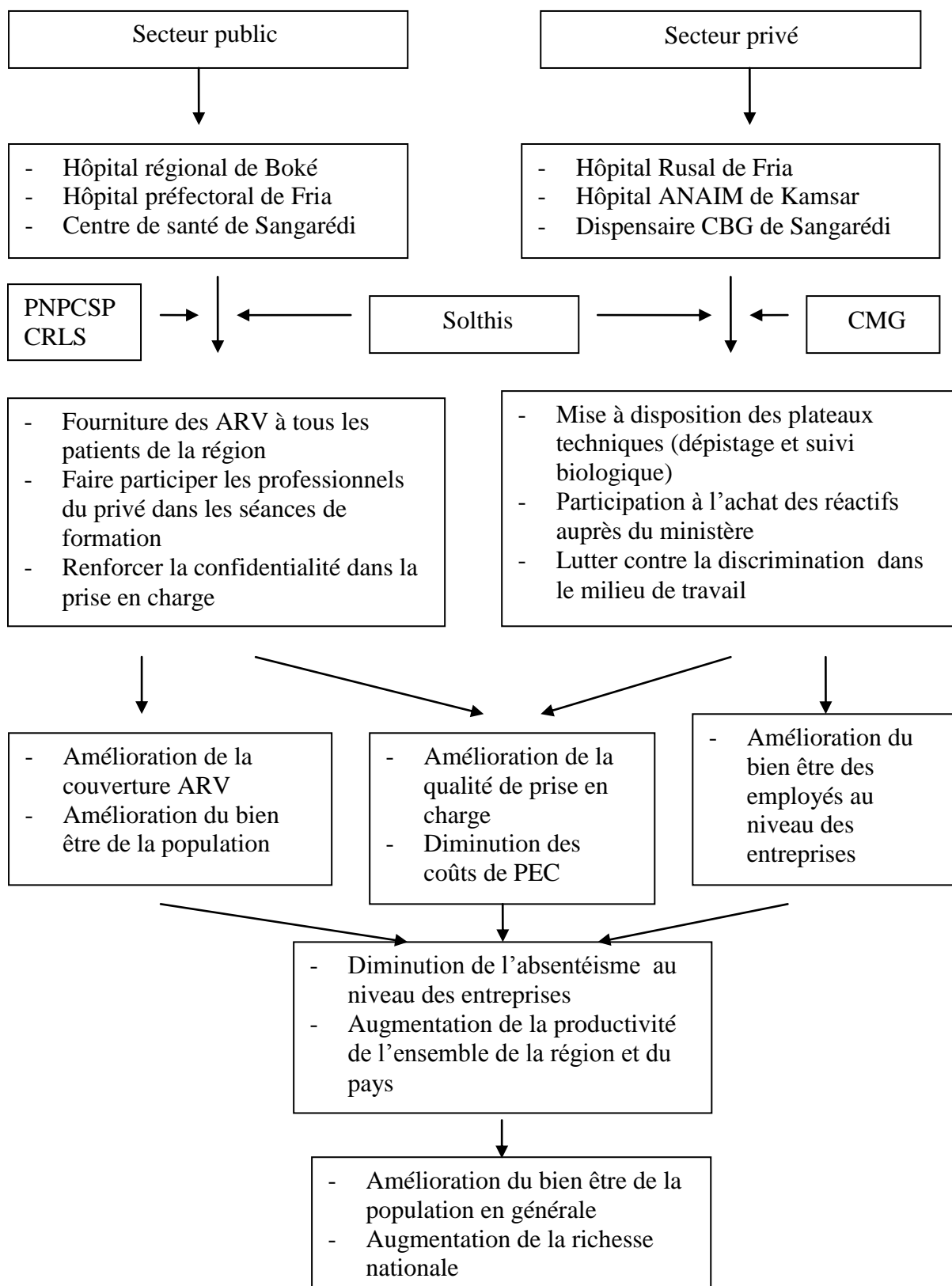
Acteurs	Description	Stratégies	Ressources
DRS DPS	Organe de tutelle de la de la politique sanitaire.	Mandat de veiller sur la mise en œuvre et le suivi de la politique en matière de santé.	Appui institutionnel
CRLS	Organe de tutelle et de coordination de la lutte contre le VIH	Coordination de la mise en œuvre des principaux axes stratégiques de la lutte contre le VIH.	Appui institutionnel Mobilisation des ressources pour la politique régionale de lutte contre le Sida.
PNPCSP	Organe de tutelle de coordination nationale de la PEC des PvVIH	Mise en œuvre de la stratégie de PEC des PvVIH. Visibilité des actions sur le terrain, reconnaissance et notoriété	Coordonne la mise en œuvre de la politique de PEC
Direction des Entreprises minières	Organe de coordination des soins au niveau des hôpitaux miniers	Coordination de la lutte contre le VIH au niveau des hôpitaux miniers	Appui institutionnel et financière.
La Chambre des mines	Organe de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA au sein des entreprises minières	- Plaidoyer pour une meilleure PEC des patients atteints de VIH dans les industries minières - Promotion de la mise en place d'un PPP dans la lutte contre le sida.	Ressources humaines et financières limitées
Personnel de PEC	Personnel de PEC et de suivi des patients	Fourniture des soins de prise en charge médicale et psychosociale des patients	Ressources humaines et matérielles limitées
Patients	Patients suivis pour VIH à Boké, Fria, Kamsar et Sangarédi.	Traitement ARV et IO	Difficultés économiques Gratuité des ARV
ONG Solthis	Structure d'appui à la politique nationale et régional de PEC du VIH/SIDA.	Soutien technique à l'ensemble des structures de PEC (publiques et privées)	Technique

*Source : Auteur*



## **VIII. Cadre conceptuel du PPP dans la région de Boké**

Il s'agit d'une tentative de faire ressortir un schéma de partenariat entre les différentes structures publiques et privées. Les deux secteurs étant régulés par des statuts différents, il est très importants de penser avant tout à l'élaboration d'un protocole d'accord afin de pouvoir mettre leurs ressources humaines et matérielles disponibles pour une meilleure PEC des malades.



**Figure 4:** Cadre conceptuel et rôle des différents acteurs du PPP dans la PEC du VIH/SIDA au niveau de la région de Boké

*Source : Auteur*

## **IX. Méthodologie**

### **A- Description sommaire**

Il s'agit d'une étude qualitative d'une durée de trois mois (fin Avril à fin juillet). Les informations ont été recueillies à travers des entretiens semi structurés auprès des acteurs impliqués dans la mise en place de la politique nationale lutte contre le Sida ainsi que de la PEC au niveau national et régional. Nous avons aussi recueilli des informations secondaires sur les caractéristiques sociodémographiques ainsi que des statistiques de dépistage du VIH au niveau des structures sanitaires de la région de Boké.

### **B- Présentation de la zone d'étude**

Etant la plus grande zone minière du pays, la région de Boké est l'une des sept régions administratives de la Guinée avec une croissance démographique très importante à cause des exploitations minières. Ce qui entraîne la coexistence de plusieurs facteurs de risques de transmission du VIH/SIDA liés secondaire surtout aux dont le VIH/SIDA. Il existe 4 centres de dépistages volontaires (Boké, Kamsar, Fria, Sangarédi) et un seul centre de dispensation des ARV (hôpital régional de Boké). Solthis vient d'ouvrir une antenne dans cette région afin d'appuyer ces structures dans la PEC thérapeutique des PvVIH tout en encourageant le partenariat public/privé

### **C- Population d'étude**

La population d'étude est constituée de quatre catégories.

- Les responsables de la politique nationale et régionale (Région de Boké) de lutte contre le Sida.
- Les partenaires techniques et financiers de la lutte contre le VIH en Guinée
- Les professionnels de santé responsables de la PEC du VIH/SIDA au niveau de la région de Boké.
- Les dossiers médicaux des patients suivis pour VIH/SIDA au niveau de la région de Boké. A partir de ces dossiers, nous avons recueilli les informations sur le profil des patients.

## **D- Technique d'échantillonnage et taille de l'échantillon**

- Au niveau macro ou institutionnel, un choix raisonné nous a permis de sélectionner les informateurs clés. Pour ce niveau, nous avons sélectionné vingt personnes ressources au niveau national et régional. Ces personnes ressources sont censées nous donner les informations concernant la motivation, l'engagement politique des différentes parties prenantes du projet ainsi que la disponibilité des moyens de mise en œuvre du projet de partenariat public/privé.

Il a fallu notamment rencontrer :

- Le comité national de lutte contre le SIDA (CNLS) ;
- La direction nationale de la santé publique (DNSP) ;
- La direction nationale des établissements hospitaliers et de soins (DNEHS) ;
- Le programme national de PEC sanitaire et de la prévention contre les IST/SIDA ; (PNPCSP) ;
- La chambre des mines ;
- ONUSIDA ;
- Le Comité médical technique (CMT) ;
- Le Ministère des mines ;
- La Direction nationale de l'emploi et de la réglementation du travail ;
- Le CCM ;
- Le point focal VIH/SIDA au niveau de la représentation de la banque mondiale en Guinée ;
- La direction régionale de la santé de Boké ;
- La direction préfectorale de la santé de Boké ;
- La direction de l'hôpital régional de Boké ;
- La direction préfectorale de la santé de Fria ;
- La direction de l'hôpital préfectoral de Fria ;
- La direction de la compagnie des bauxites de Guinée ;
- La direction de l'entreprise Rusal
- Le syndicat des travailleurs de la CBG à Kamsar ;
- L'ONG ASSFEGMASSI de la région de Boké ;
- Le Comité Régional de Lutte contre le Sida de Boké ;
- Le point focal VIH/SIDA à Guinea Alumina Corporation (GAC) ;

- Au niveau des structures sanitaires de la région de Boké également nous avons usé d'un choix raisonné pour sélectionner les différentes personnes impliquées directement dans la PEC des PvVIH car, de leur implication effective dépendra la réussite du projet. Le choix a porté sur dix (9) informateurs clés relevant des structures suivantes.

- Le service de PEC du VIH/SIDA au niveau de l'hôpital régional de Boké.
- Le laboratoire de l'hôpital régional de Boké
- Le laboratoire de l'hôpital de Kamsar
- Le CDV de Kamsar
- La direction du dispensaire de Sangarédi
- Le laboratoire de Sangarédi
- La direction de l'hôpital préfectoral de Fria
- Le service de PEC des patients atteints de Sida à l'hôpital préfectoral de Fria
- Le laboratoire de l'hôpital Russal de Fria.

- Le recueil des informations sur les patients fut basé sur l'exploitation des dossiers médicaux. A ce niveau nous avons consulté l'ensemble des dossiers de patients admis à l'hôpital régional depuis le début de la PEC. Ainsi, 177 dossiers furent exploités selon une fiche d'exploitation qui se trouve en annexe.

### **E- Méthode de collecte des données**

Afin de recueillir les informations sur le terrain, des outils de collecte de données ont été développés (annexes). Ces derniers ont été corrigés et validés avec les encadrants sur le terrain. Les données collectées sont essentiellement qualitatives avec un recueil de données secondaires concernant les patients PEC dans la région. Les techniques de collecte suivantes ont été utilisées : la consultation des documents relatifs à la politique nationale de lutte contre le VIH/sida en Guinée, les entretiens individuels semi structurés et la consultations des statistiques et dossiers médicaux dans les centres de PEC de la région de Boké

### **F- Analyse documentaire**

La revue documentaire a porté sur l'analyse des documents de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA, (Cadre stratégiques national, Plan national de développement sanitaire, rapports...). À l'issue de cette analyse, une liste des personnes ressources impliquées dans la planification et la mise en œuvre de la PEC des PvVIH au niveau national et régional a été établi. Une autre revue documentaire a visé les écrits disponibles traitant de la question des

PPP, de la lutte contre le VIH dans les régions minières ; ceci dans le monde, en Afrique et en Guinée. Il s'agit entre autre d'études (rapports, communications, publications scientifiques et littérature grise), de rapports d'activités, de registres, de sources telles que les dossiers des patients. Ces derniers nous ont permis de faire ressortir les caractéristiques sociodémographiques des patients de la région.

### **G- Entretien semi structurés**

Conformément aux objectifs de notre étude, des entretiens individuels semi structurés ont été réalisés avec des informateurs clés. Un informateur clé est quelqu'un qui a une expérience et une connaissance importante sur le sujet étudié.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et transcrits pour l'analyse du contenu.

Des guides d'entretien ont été confectionnés selon trois niveaux (annexe).

1) Ainsi au niveau des institutions nationales et internationales, les thèmes abordés sont les suivants :

- Le rôle de la structure dans la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA;
- Les moyens disponibles pour la mise en œuvre des différentes activités ;
- Les partenaires impliqués ;
- Perception de la notion de partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH/SIDA;
- Les attentes de chaque secteur par rapport à l'autre ;
- Avantages et limites des partenariats public/privé ;
- Perception de la notion de coalition nationale des entreprises dans la lutte contre le VIH/SIDA.

2) Au niveau des bailleurs de fond, nous avons abordé les thèmes relatifs aux :

- Les structures appuyées par l'institution dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Perception de la notion de partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Avis des principaux bailleurs sur l'encouragement et les possibilités de financement du projet
- Avantages et limites du partenariat public/privé ;
- Perception de la notion de coalition nationale des entreprises dans la lutte contre le VIH/SIDA.

3) Au niveau des structures sanitaires publiques et privées de la région de Boké, nous avons abordé les thèmes suivants :

- Existence ou non de soins en faveur des PvVIH ;
- Type de soins délivrés ;
- Le nombre de patients suivis par la structure ;
- Les raisons du non démarrage de la PEC dans certaines structures ;
- Les besoins en formation pour la PEC ainsi que les besoins en ARV, réactifs, médicaments IO, compteur CD4 et autres ;
- Difficultés rencontrées dans la PEC ;
- Perception de la notion de partenariat public/privé dans la prise en charge des patients VIH+ au niveau des structures sanitaires de la région de Boké ;
- Les différentes ressources disponibles de part et d'autre pour entamer une collaboration publique/privée.

## **H- Méthode d'analyse des données**

L'analyse du contenu des entretiens a été faite manuellement. L'exploitation des informations a consisté à transcrire, à traiter, à codifier et à regrouper en unité de sens les informations recueillies auprès des informateurs clés.

Une analyse descriptive a été faite pour les données secondaires recueillies sur les dossiers des patients. Elle s'est faite sur les bases de données de l'Enquête démographique et Santé de Guinée (EDSG) ainsi que de la revue documentaire (dossiers médicaux, registres, rapports d'activités).

## **I- Echantillonnage**

Le choix des personnes est raisonné de façon à avoir toutes les catégories de notre population cible. L'échantillon des personnes interviewées diffère de celui qui avait été prévu dans le protocole de recherche (cf. annexe). Plusieurs raisons tributaires des réalités du terrain expliquent les écarts (difficultés pour joindre toutes les personnes choisies au départ ; références régulières vers d'autres personnes autres que les personnes choisies au départ ; méfiance de certains responsables par rapport à la thématique).

## **J- Limites méthodologiques et difficultés rencontrées**

### **a) Limites méthodologiques**

Il s'agit d'une étude exploratoire de faisabilité et à aucun moment il s'agira pour nous de généraliser les constats.

L'amélioration de la PEC du patient étant l'objectif final de ce projet, il aurait été pertinent de recueillir l'avis des patients sur ce projet. Faute d'associations de patients dans la région, nous n'avons pu contacter un représentant pour avis.

### **b) Difficultés rencontrées**

La première difficulté à souligner est essentiellement liée au temps imparti pour la réalisation de ce travail. La seconde contrainte est liée au manque de disponibilité de certains acteurs nous obligeant très souvent à reprogrammer les rendez-vous d'entretien. La troisième difficulté est liée à l'impossibilité pour les acteurs de la PEC du VIH au niveau des structures sanitaires de la région de Boké d'évaluer leurs besoins. Ce manque de précision dans l'estimation des besoins fut observé au niveau des structures publiques comme au niveau des structures privées.



## X. Résultats

### X.1 Caractéristiques des patients suivis pour VIH/SIDA à Boké

Dans le cadre de notre étude, nous avons consulté 177 dossiers médicaux. Ces dossiers concernent tous les patients suivis pour VIH/SIDA à l'hôpital régional de Boké depuis le début de la PEC. Parmi ces 177 patients, nous avons répertorié 18% de perdus de vue et 15,3% de décédés.

Il s'agit de 74 hommes contre 103 femmes soit respectivement 42% et 54% avec un sexe ratio de 0,77. Leur âge varie de 17 à 68 ans. La moyenne d'âge est de 38 ans.

La tranche d'âge la plus touchée est celle des 15- 49 ans avec 89%. Il s'agit d'une population jeune et active. Nous notons une féminisation de l'infection dans la région avec un pourcentage de 59,3%. (Tableau 2)

**Tableau 2** : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

Classe d'âge	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
< 15 ans	0	0	0
15 – 49 ans	59	99	158
> 49 ans	13	6	19
<b>Total</b>	72(40,7%)	105 (59, 3%)	177(100%)

Parmi les patients vus à l'hôpital régional de Boké, 81% étaient déjà aux stades 3 ou 4. Pour l'ensemble des stades cliniques OMS, la moyenne des lymphocytes T CD4 est de 219. Cependant, seulement 44 soit 25% des patients ont bénéficié d'un comptage des lymphocytes T CD4 (Tableau 3).

**Tableau 3** : Répartition des patients selon le stade clinique et le taux de lymphocytes T CD4

Stade OMS	Taux de CD4	Effectif
I	< 200	21
II	< 300	12
III et IV	-	144
<b>Total</b>		177

Il ressort de notre étude que 97% des patients suivis à l'hôpital régional viennent de Kamsar, Sangarédi et Boké (Tableau 4). Les patients dépistés à Fria quant à eux sont directement référés à Conakry pour la PEC.

**Tableau 4** : Répartition des patients selon le lieu de résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Boké	76	43%
Kamsar	62	35%
Sangarédi	33	19%
Boffa	4	2%
Téléélé	1	0,5%
Gaoual	1	0,5%
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>100%</b>

Il ressort de notre étude que 96% des patients sont décédés avant les trois premiers mois (Tableau 5).

**Tableau 5** : Durée de prise en charge pour les patients décédés

Période de suivi	Effectif	Pourcentage
1 à 3 mois	26	96%
> 3 mois	1	4%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Dans le chapitre suivant, nous parlerons du PPP tel qu'il est perçu par les différents acteurs de lutte contre le sida au niveau national et régional.

## **X.2 Avis des différents acteurs sur le partenariat public/privé**

### **X.2.a Acteurs institutionnels**

Dans un contexte à ressources limitées, l'intérêt du recours aux partenariats public/privés (PPP) paraît primordial. Les interventions du Fonds Mondial et des autres bailleurs de fonds de lutte contre le VIH/SIDA doivent, dans la mesure du possible, jouer un rôle de levier en attirant les investissements et le savoir-faire du secteur privé. Recueillir donc l'avis des principaux décideurs ainsi que des bailleurs de fonds, s'avèrent plus que nécessaires.

Quant au secteur public, le partenariat public/privé lui permet d'accéder à des sources de financement privées pour mettre en place des projets de développement indispensables tout en transférant au privé des risques que ce derniers est mieux en mesure de gérer. Dans un souci de mieux réussir le projet, il est nécessaire de la part du public une volonté politique très forte et un appui institutionnel soutenu.

Interrogé à propos du partenariat public/privé, un responsable du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) affirme : « *Le partenariat s'impose entre le public et le privé puisque qu'en terme de santé, seulement 40 % de la population à accès aux services de soins et c'est seulement 30% qui passent par le secteur public. Toute cette offre qu'on peut toucher en mettant en place ce partenariat public et privé est assez importante et assez intéressante* ». S'agissant du cas précis de la région de Boké, ce même responsable poursuit « *la zone de Boké est considérée avec la région de N'Zérékoré comme les pôles industriels sur lesquels on pourrait construire le développement de la Guinée. Ce PPP dans la prise en charge du VIH, doit être inclusif et ne doit pas être exclusif. Autrement dit qu'on mette en place un mécanisme de partenariat qui soit ouvert à tous ceux qui pourraient arriver. Qu'on soit assez créatif, assez imaginatif pour mettre en place des mécanismes qui soient flexibles pour pouvoir intégrer des nouveaux sans compter que dans la région, ces sociétés minières au plan international sont des concurrentes. Mais cette concurrence pour nous, ne doit pas être ressentie dans la mise en œuvre de ce PPP* ». Il insiste sur le fait que tous les partenaires doivent comprendre qu'il s'agit d'un partenariat ouvert et flexible. Au départ il ne concernera que les hôpitaux publics et ceux de la CBG et Friguia mais il faudra prévoir l'implication future de BHPbilliton, de GAC et de bien d'autres sociétés qui sont en phase d'installation. Un fonctionnaire de l'**ONUSIDA** en Guinée affirme que : « *le secteur public peut gagner et non les miniers seulement car les miniers quand ils sortent, ils sont en contact avec les populations riveraines, avec les prostituées. Donc c'est le secteur privé qui doit prendre en charge la population rurale* ». Concernant le secteur public, ce même fonctionnaire affirme : « *Le secteur privé peut gagner à travers ce PPP en coopérant directement avec le ministère de la santé, le circuit d'approvisionnement des préservatifs, des ARV et tout ce qui s'en suit peut bénéficier au secteur privé. Il faut que toutes les pratiques soient harmonisées* ».

Mais comme avant d'entreprendre tout projet collaboration, il est indispensable d'établir une convention régulant le partenariat. Actuellement, il n'existe aucun cadre juridique spécifique aux PPP au niveau Guinéen et à ce sujet, un responsable du PNPCSP insiste sur le fait « *qu'il faut d'abord essayer de réfléchir sur la rédaction, l'élaboration d'un document de normes et procédures en partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH. C'est une façon de mieux*

*organiser, de mieux coordonner l'implication d'autres partenaires avec les différentes conditions que chacun doit s'engager à respecter ». De l'avis de l'ensemble des personnes interrogées, le PPP est une excellente idée. Un autre cadre du PNPCSP estime que : « Ca serait un partenariat prometteur en ce sens que si on développe seulement la PEC dans le secteur public on ne fait rien pour le privé et puisque le privé évolue dans un environnement public, ça ne serait pas salubre. En exemple, si vous prenez seulement les problèmes de la CBG dans la PEC des PvVIH et vous ne faites rien pour les villages environnants, c'est un coup d'épée dans l'eau. Je pense qu'il serait bien de développer un partenariat fécond qui est de monter des structures de PEC au niveau de ces structures semi-privés parce que si on ne le fait pas, on aurait un frein et ce serait des limites et des contraintes ». Il insiste sur la pérennisation des actions en ces termes « Toute société à une durée de vie. Les sociétés minières en générale sans parler des sociétés de bauxite qui ont des durées de vie de décennie et de décennies, ont des durées de vie très courtes. Donc il faut en tenir compte dans la planification des activités en vue de leur pérennisation d'autant plus que le traitement VIH est un traitement à vie ». Dans le même ordre d'idée, un responsable du Comité Médical Technique affirme : « Je pense que ce partenariat est pertinent et il existe déjà sous une autre forme. Par exemple, l'entreprise Rusal réfère tous ces patients nécessitant un traitement ARV à Conakry où, ils sont PEC au même titre que les autres dans les hôpitaux nationaux ». Il est évident que ce projet de partenariat doit impliquer avant tout les secteurs public et privé mais aussi l'ensemble des partenaires ou parties prenantes dans la lutte contre le Sida. Toutefois, le problème de leadership ou de conflit d'intérêt peut mettre en cause cette collaboration. Un responsable à la Direction Nationale de l'Emploi et de la Réglementation du Travail confirme en ces termes : « il a été mis en place un comité tripartite composé des représentants des employeurs, des organisations des travailleurs et du ministère de l'emploi, de la fonction publique et de la réforme de l'administration pour réfléchir sur un plan national de lutte contre le VIH en milieu de travail. Le CNLS a considéré ce comité tripartite ainsi formé comme un concurrent alors qu'il devait plutôt servir d'instrument de travail et de relais avec les secteurs mixte et privé. Et pourtant, la lutte contre le VIH/SIDA est globale et ne peut se faire sans des actions collectives et concertées ». S'agissant des difficultés pouvant survenir lors de la mise en place du projet, un cadre de la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et des Soins affirme que: « Le PPP c'est très bien mais je crois qu'il faut se mettre à la place des différents acteurs parce que tous les acteurs n'ont pas la même logique et il faut absolument en tenir compte pour que le partenariat soit effectif. Dans le secteur public, on est dans une logique qui n'est pas celle de la rentabilité. On se dit que l'Etat*

*finance donc on à pas à s'emmerder avec certaine choses. La structure privée quand à elle est tenue par des obligations de résultats car son existence y dépend. De ce point de vue, il y'a un premier problème qui apparaît c'est le consensus sur la tarification. Le deuxième problème c'est la structure organique de chaque secteur. Le secteur public, le personnel n'est pas très bien rationalisé et il y'a un certain nombre de comportement qui ne vont pas toujours vers la recherche de l'efficacité. Dans le secteur privé, il y'a des règles de gestion des ressources humaines qui sont quand même un peu rigides. Si on part de ces deux éléments là, la première limite qu'il pourrait y avoir dans le partenariat entre les deux, c'est la limite pour l'accès financier (lorsqu'on résonne structure privée pures). Lorsqu'on prend par exemple l'hôpital de Kamsar, puisqu'on sait que l'hôpital est subventionné par la CBG, si la direction accepte de subventionner le coût de la PEC des patients qui vont être référés, de ce point de vue, ça ne va pas poser de problème. Mais s'il reste dans la logique selon laquelle c'est essentiellement les familles du personnel travaillant au sein de la compagnie, en ce moment ça pourrait être un obstacle et ça ne permettra pas la mise en œuvre effective du partenariat. La deuxième limite, c'est la limite organisationnelle, c'est-à-dire que lorsque l'on va définir, on va prendre la décision de dire que les malades diagnostiqués à l'hôpital vont partir à Kamsar, il faudrait qu'il y ait une certaine souplesse dans la réception de ces malades. Mais si on reste dans le schéma classique de l'organisation de l'hôpital de Kamsar, ça pourrait faire en sorte que les malades soient un peu découragés parce que quand même entre Boké et Kamsar, la distance est un peu longue. Donc, la structure organisationnelle de chaque structure pourrait être une contrainte. Mais l'un dans l'autre pour ces deux difficultés là, d'une part, il y'a volonté de subventionner les soins, d'autre part s'il y'a volonté d'ouvrir l'hôpital minier pour le considérer en même temps comme un hôpital à caractère social pour le cas spécifique de la PEC du SIDA et ça devrait pouvoir y aller ».*

## **X.2.b Les acteurs opérationnels (acteurs de terrain)**

### **1- Partenariat public/privé dans la prise en charge du Sida**

Les acteurs de terrains ou acteurs opérationnels sont constitués des représentations régionales des institutions sanitaires, des entreprises minières et des professionnels chargés de la prise en charge du VIH/SIDA au niveau régional. Pour l'ensemble de ces acteurs, le projet de partenariat public/privé est une opportunité majeure dans la lutte contre le VIH. Un responsable du Comité Régional de Lutte contre le Sida affirme que : «*Nous comptons*

*entreprendre avec les entreprises de la place, un PPP gagnant-gagnant* ». Et poursuit en rappelant que : « *La promiscuité entre les travailleurs des entreprises et les populations environnantes, doit amener ces entreprises à entreprendre en collaboration avec les autorités locales des actions de façon à couvrir les populations de façon générale. Si nous constatons que ces entreprises s'intéressent uniquement qu'à leurs employés, nous allons leur ramener à la raison pour que l'ensemble de la population bénéficie des soins liés au VIH/SIDA* ». Un cadre de la Direction de l'hôpital régional de Boké affirme que: « *Je pense que dans le cadre du VIH/SIDA, ce partenariat pouvait se développer plus que ça. C'est vrai que nous dispensons les ARV et plusieurs malades maintenant viennent ici, mais ça aurait pu être plus que ça. Il n'y avait pas de compteur CD4 dans l'hôpital ANAIM avant l'université de Montréal, mais comme il y'avait un partenariat formalisé entre les deux institutions, ils ont acheté un compteur CD4 avec tous ses coûts d'achat et de fonctionnement pendant que le nôtre n'avait pas de réactifs. Ils pouvaient contribuer à le faire fonctionner et non pas faire des dépenses supplémentaires. Aujourd'hui en terme de ressources humaines je pense qu'on a des gens mieux préparés qu'eux. Ils ont plus de moyens mais nous avons plusieurs médecins formés et que nous pouvons directement nous approvisionner en ARV par le ministère de la santé. Ils peuvent s'occuper de choses plus importantes parce qu'ils ont une technologie plus importante que nous. Je pense que c'est l'un des objectifs qu'on va chercher à atteindre avec l'arrivée de SOLTHIS ici* ». Ce même cadre affirme que : « *Aujourd'hui, Boké est le seul centre de dispensation des ARV dans la région mais la plupart des patients sont mis sous traitement uniquement sur la base des critères cliniques. Les rares patients qui disposent d'un taux de CD4 sont ceux adressés par la CBG. Ici, nous disposons d'un appareil CD4 de type Guava qui fut installé par le projet Sida3 de l'université de Montréal. Mais il se trouve que les réactifs coûtent chers et le ministère de la santé n'arrive pas à assurer l'approvisionnement en réactifs* ». Un médecin assurant la PEC des malades à l'hôpital régional affirme que : « *Nous sommes confronté à de sérieux problèmes dans la PEC de nos patients. Ces problèmes sont liés essentiellement aux manques de ressources (humaines, matérielles et financières). Ainsi, un partenariat avec les structures minières pourrait rehausser le niveau de nos prestations tout en couvrant le maximum de personnes dans la région.* »

Du côté du secteur privé aussi les besoins se font sentir. Un responsable du CDV de Kamsar affirme que: « *Nous ne faisons que le counselling, le dépistage et le traitement des infections opportunistes. L'insuffisance du budget alloué à la PEC des patients dépistés fait que nous ne disposons pas encore de médicaments ARV. Le partenariat avec le secteur public existe mais*

*n'est pas formalisé car non seulement nous prenons en charge la communauté environnante dans le cadre du dépistage, mais également nous référons des patients vers l'hôpital régional de Boké pour la PEC thérapeutique». Au niveau du secrétariat général du syndicat des travailleurs, l'inquiétude est perceptible quant à l'absence des médicaments ARV dans les hôpitaux miniers. Ainsi, un responsable du bureau syndical affirme: « je voudrai vous exprimer quand même mon inquiétude puis ensuite ma surprise pour le cas particulier de la CBG. Alors nous, on n'a pas compris jusqu'à maintenant pourquoi aujourd'hui, une grande société comme la CBG ne peut pas prendre quelqu'un en charge pour le VIH ? La CBG fait beaucoup de bénéfices et je ne comprends pas que le VIH ne soit pas PEC comme le paludisme ou d'autres maladies qui sont entièrement pris en charge dans d'autres pays ».*

*Du coté de la direction de CBG un responsable affirme : « Pour que les malades de l'entreprises soient PEC ici, nous avons entamer des négociations avec le ministère de la santé afin de bénéficier d'une dotation en médicament ARV. Au départ ça n'a pas été facile car les responsables sanitaires disaient ne pas vouloir donner des ARV aux riches. Ce qu'ils oublièrent c'est que ces employés sont des Guinéens avant d'être des travailleurs de CBG ». Quant à l'entreprise Rusal, un responsable aborde le sujet en ces termes « la direction est prête à soutenir toute les initiatives visant à mieux lutter contre le VIH dans la région. L'idée du PPP dans la PEC des malades est la bienvenue et nous sommes disposés à œuvrer pour la bonne réussite de cet partenariat ». A la question de savoir pourquoi alors les médicaments ARV ne sont pas encore disponibles ? Ce même cadre affirme que : « le problème à ce niveau est lié au fait qu'on arrive pas à cerner les patients. Une fois qu'ils sont informés de leurs séropositivité, ils disparaissent pour aller se faire traiter à Conakry ou ailleurs. Cela s'explique par le fait qu'ils veulent éviter d'être stigmatisés et donc ils préfèrent aller recevoir leur traitement ARV loin de leur zone de travail et de résidence. C'est ce qui fait que nous n'arrivons pas à mobiliser une masse critique de patients pouvant justifier le décaissement des fonds pour l'achat des ARV».*

Dans la partie qui suit, nous essayons de faire ressortir les différents enjeux et opportunités du PPP tel qu'ils sont décrits par les différents acteurs.

## **2- Opportunités et enjeux du PPP**

Les autorités publiques ont de plus en plus recours aux PPP en raison des contraintes budgétaires auxquelles elles font face. Par ce biais, elles bénéficient du savoir-faire du secteur privé. Aussi, les PPP permettent de réaliser des économies dans la mesure où ils intègrent

toutes les phases d'un projet, depuis sa conception jusqu'à son exploitation et leur essor s'inscrit dans l'évolution du rôle de l'État dans la sphère économique. Un État désormais plus organisateur, régulateur et contrôleur qu'opérateur direct.

Un projet est avant tout un projet avant d'être un partenariat public/privé. Ainsi, comprendre les différents enjeux et opportunités du projet est très intéressant pour sa réussite. Interrogé à ce propos, un cadre de la direction nationale de la santé publique affirme que : *« La région de Boké est sûrement la plus importante des régions minières du pays. Les zones minières sont des zones très sensibles pour la simple raison que ce sont des zones de prédilection de travailleuses du sexe qui quittent Boké pour aller à Fria et qui quittent Fria pour Conakry et retourner à Boké en fonction des périodes où les salaires sont donnés. Donc nous nous pensons que ces zones minières doivent avoir un volet de PEC de qualité dans la lutte contre le SIDA. Ceci afin de protéger les travailleurs, leurs familles et les populations environnantes. Des négociations sont en cours pour impliquer ce secteur privé en particulier le secteur privé minier dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA. Ce qui nous permettra de mettre à la disposition de ces structures minières de l'argent qui leur permettra de s'engager réellement dans la lutte contre le VIH. Le processus est en cours mais je ne pourrai pas vous dire exactement à quel moment il doit aboutir. Les hôpitaux de Kamsar, Fria sont peut être d'un niveau plus élevé que l'hôpital régional mais c'est sûr qu'elle est notre référence régionale. Elle va sûrement collaborer car la collaboration entre ces structures et l'hôpital régional devra être considérée comme une partie intégrante de ce partenariat »*. Toujours à propos du PPP, un cadre du CNLS affirme que: *« le public a des responsabilités qu'il transfère au privé mais cela ne doit lui dispenser de ces obligations. Il s'agira donc de procéder à un partage des responsabilités, de l'information et une documentation des meilleures pratiques. Ainsi, hôpitaux publics et privés pourront collaborer pour une meilleure prise en charge des patients »*. Néanmoins, il est important de faire quelques mises au point afin que les entreprises tiennent compte des communautés environnantes dans leur prestation des services de soins notamment dans la lutte contre le VIH/SIDA. Sur ce point, un responsable de l'ONUSIDA en poste à Conakry affirme que : *« les responsables de Rio Tinto qui veulent entreprendre de grosses installations minières sont venus nous dire qu'ils vont mettre en place des programmes de lutte contre le VIH/SIDA destinés uniquement à leurs employés »*. Du côté de Rusal, un responsable de la direction affirme que : *« lutter contre le VIH dans les communautés environnantes c'est aussi protéger les employés car en ville, les employés des mines se partagent les mêmes filles que les*



*autres* ». Cependant, les enjeux sont majeurs et les efforts doivent être énormes pour rendre ce partenariat effectif. A propos, un responsable du CMT affirme : « *du coté du ministère de la santé, j'entends souvent des gens dire que nous, on ne va pas acheter des ARV et donner aux riches ou aux entreprises* ». Il continue « *des paroles comme ça je n'en veut pas car pour moi ce sont des Guinéens qui sont là et je m'en fou de l'entreprise en question. Quand on donne les ARV ce n'est pas pour choisir le directeur car il n'a pas de VIH mais plutôt ce sont les Guinéens qui sont là-bas qui ont le VIH. Malheureusement y'a des gens qui tiennent ce discours que je trouve vraiment idiot. Je pense que si on réussit d'un coté à sensibiliser les directions, du coté du ministère également il faudrait une sensibilisation pour faire comprendre au programme et aux gens qui les accompagnent la nécessité d'appuyer le secteur privé dans le cadre de la lutte contre le VIH. Quand on regarde dans ces entreprises, il n'y a que très peu d'expatriés, la grande majorité des travailleurs sont des Guinéens. C'est qui fait que ce n'est pas la boîte qu'il faut voir, mais il faut voir les Guinéens qui y travaillent. Un moment donné il y'avait des médicaments séro-pédiatriques ici que j'ai demandé de les donner à Kamsar. Des voix se sont levées pour dire que nous on ne donne pas de médicaments au privé* ».

Le chapitre ci-dessous concerne l'avis des différents acteurs sur les principaux moyens à mobiliser pour la réussite du partenariat.

### **3- Moyens de mise en œuvre du PPP**

Le constat général qui ressort de l'ensemble des entretiens est le manque de moyens suffisants pour la bonne conduite des activités. A tous les niveaux, les acteurs brossent un tableau de pénurie en ressources humaines, matérielles ou financières.

#### **a. Structures publiques**

Dans le cadre de la PEC, un certain nombre de moyens humains, financiers et matérielles sont disponibles. Interrogé sur les moyens dont dispose le ministère pour la PEC du VIH/SIDA, un haut responsable du programme national de prise en charge du VIH/SIDA affirme : « *Il ne faut pas occulter que le principal bailleur du ministère de la santé en matière de lutte contre le SIDA est le Fond Mondial. Pour l'instant ce bailleur assure le financement à 95 %. Les 5 % de financement restant sont assurés par (l'Etat, l'OMS, l'Unicef). On ne peut pas réclamer tout de suite qu'il faut des ARV partout même si il y'avait un personnel formé et suffisant. Il est à noter qu'actuellement il à été mis en place un plan d'extension de la PEC grâce à*

*SOLTHIS. Ce plan permettra de renforcer et de mieux coordonner l'extension et la prise en charge du VIH selon les zones de prévalence. Aussi, ce plan permettra de ramener l'Etat à rehausser sa contribution pour la lutte contre le VIH pour ne pas que le fonctionnement du programme soit tributaire du fond Mondial ». A ce titre, le point focal VIH/SIDA au niveau du CCM et principal interlocuteur du Fond Mondial affirme que : « le partenariat public privé doit être développé à tous les niveaux pour aider à la mise de s actions du Fond Global. Il y'a eu deux ateliers ; un atelier pour le secteur privé et un autre qui concernait tous les acteurs. Lors de cet atelier et pendant même cet atelier, on a compris la nécessité de mettre en place un partenariat public/privé. Sans ce partenariat, le public ne peut rien faire et le privé aussi ne peut rien faire. Donc quand un partenariat de ce genre est développé, cela facilite la mise en œuvre de l'action ». De besoins énormes persistent néanmoins pour une prise en charge plus efficace des patients vivants avec le VIH/SIDA. Au-delà du déficit en terme de financement au niveau national, un responsable de l'hôpital régional de Boké affirme « Par rapport au personnel, l'idéal serait que comme c'est un programme transversal, dans tous les services qu'on est 2 ou 3 personnes capables d'assurer une PEC médicale, psychosociale des malades. Jusque là, elle était limitée à la médecine générale, maintenant il y'a la maternité et la pédiatrie. Le mieux serait d'étendre les capacité à tous les médecins, peut être à tous les infirmiers cadres au moins surtout que ça peut servir directement à la communauté urbaine.*

*La deuxième chose, au niveau du laboratoire, le compteur CD4 ne marche pas et donc actuellement on traite les malades sans compter les CD4. Autrement il y'a un problème de réactifs. Même les réactifs de dépistage, c'est nous qui les achetons directement au privé. Les autres réactifs de transfusion sont livrés par le CNTS et viennent avec les poches de sang.*

*Le troisième problème est qu'on a souvent des petites ruptures de stock de certains ARV. Le problème est lié au programme national qui est lui-même en rupture de certains ARV. Il y'a eu un moment on avait deux enfants qu'il fallait mettre sous ARV mais il n'y avait pas de sirop. En dehors de ça le sujet étant toujours tabou, on arrive pas avoir une petite masse critique de PvVIH qui peuvent se constituer en association pour bousculer un peu et faire améliorer leur conditions. Je crois que cela viendra dans un deuxième temps mais à présent c'est le problème de PEC qui se pose. Il faudrait que si Dr N. n'est pas là, qu'il y'ai d'autres personnes qui peuvent s'occuper des PvVIH. Depuis juillet, on arrive quand même à régler la plupart des cas de PEC mais le problème de rupture de stocks nous pose problème. La plupart des patients viennent de Kamsar, Sangarédi ou d'ailleurs ; et donc quand quelqu'un*

*fait des centaines de kilomètres pour qu'on lui dise d'attendre à cause d'un produit qui manque, ce n'est pas génial ».*

Au niveau de la représentation de la BM, l'idée de PPP dans la lutte contre le VIH est la bienvenue. Interrogé sur les possibilités de financement de tel projet, un responsable de la BM en Guinée affirme : *« l'idée du PPP est excellente dans le cadre de la lutte contre le VIH et d'ailleurs c'est un concept très à la mode. Un cadre de la BM était venu il y'a quelques mois animer un atelier sur le PPP ici et nous sommes très sensibles à ce genre de projet ».*

## **b. Structures privées**

Dans le secteur privé également, les besoins se font sentir nécessitant de la part des responsables de la chambre des mines ainsi que des responsables des entreprises minières de faire des plaidoyers afin d'avoir plus de moyens. Sur la question de savoir est ce que les directions des entreprises sont prêtes de financer ce genre de projet ? Un responsable de l'entreprise Rusal affirme que : *« Effectivement la direction est disposé à financer ce genre de projet afin que les populations des zones minières soient mieux pris en charge concernant le VIH/SIDA ».* S'agissant des limites dans le processus de financement de la mise en place de ce projet, ce même cadre affirme que: *« Aujourd'hui il y'a un manque de confiance et de crédibilité des bailleurs de fond envers les autorités publiques ».* Pour cet autre responsable au sein du comité de pilotage de la lutte contre le VIH au niveau de la chambre des mines, des possibilités de financement existent de la part des bailleurs de fonds. Cependant, cela nécessite une coalition plus large des entreprises. A ce titre il affirme que : *« Dans la perspective de la préparation du round 8 du Fonds Mondial, il avait été dit que le secteur privé pourrait être candidate à la formulation d'une requête pour le financement. Ici, on a toujours eu tendance que le secteur privé se réduisait à la chambre des mines. On a essayé de réunir la chambre des mines, la chambre du commerce et d'industrie, la chambre d'agriculture pour essayer de voir si on peut harmoniser nos positions pour élaborer ensemble une requête que nous pouvons adresser au FM S/C du CCM. Depuis un an grâce à PCS, la chambre des mines travaille sur la préparation de cette requête. Dans le cadre de l'assistance qui a été mise en place auprès de la chambre des mines, il y'a un volet qui a été mis en place pour le financement d'une expertise. Après la tenue de la réunion du FM à Dakar, le rôle du secteur privé dans la lutte contre le VIH/SIDA et le développement du partenariat public/privé. Il était accepté cette fois ci que le secteur privé Guinéen allait partir au rond 8. En effet, le secteur public a déjà reçu suffisamment de ressources du FM sans*

*pouvoir allouer correctement les fonds disponible* ». Il ressort de cet entretien que compte tenu du manque d'efficacité des instances publiques dans le plaidoyer et la gestion des fonds destinés à la lutte contre le VIH/SIDA. Le secteur privé et notamment la chambre des mines tiens donc à se démarquer afin de poser des actes plus concrets dans l'obtention des fonds destinés à la lutte contre le VIH au niveau des zones minières.

Plusieurs pays ont initié une coalition nationale des entreprises dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ici, la chambre des mines tente de fédérer les chambres du commerce et d'agriculture afin de former un véritable réseau d'entreprises de lutte contre le SIDA en milieu de travail. Interrogé à ce sujet, un cadre du CNLS affirme que : *« Le pays s'est engagé à mettre en place la coalition nationale des entreprises dans la lutte contre le VIH/SIDA. Jusqu'à maintenant, cela n'a pas été réalisé pour diverses raisons mais le processus est enclenché. Nous avons vu les grandes sociétés minières, les chambres professionnelles du commerce, de l'agriculture pour rassembler tout le monde dans l'idée de mettre en place cette coalition »*.

A présent, nous allons identifier les différents moyens que chaque secteur peut mettre à contribution pour la réussite du partenariat.

Nous avons procédé à des entretiens avec le personnel de chacune des structures suivantes afin de recueillir les informations qui sont résumées dans le tableau suivant :

### **X.3 Etat des lieux sur la PEC du VIH/SIDA dans la région de Boké**

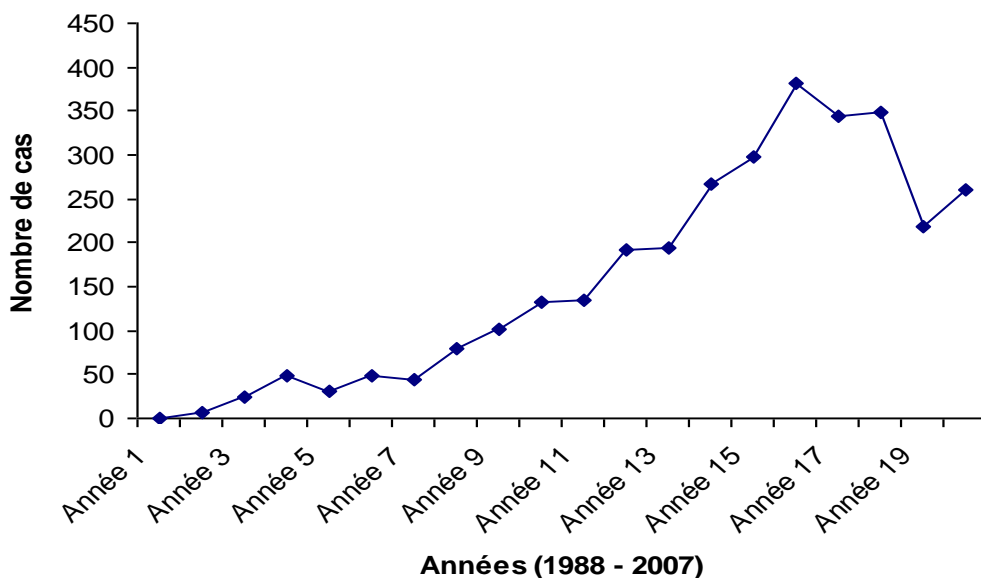
Le tableau suivant (tableau 6) résume les ressources et limites perçues dans les secteurs public et privé concernant la prise en charge des PvVIH au niveau de la région de Boké. Si l'hôpital public dispose de plus de personnels formés et des ARV à travers un approvisionnement ministériel, les hôpitaux miniers eux disposent plutôt d'un meilleur plateau technique de dépistage et de suivi des malades. Un PPP à ce niveau pourrait donc servir de tremplin pour une meilleure prise en charge des patients atteints de VIH/SIDA.

**Tableau 6** : Etat des lieux des différentes structures de PEC du VIH (Région de Boké)

	Ressources disponibles	Limites
HR de Boké	Un médecin pour la PEC Deux infirmières (conselling) Personnel de laboratoire Médicament ARV et IO Compteur lymphocytes T CD4	Personnel insuffisant pour la PEC Absence de réactifs pour le compteur lymphocytes T CD4 Quantité ARV très limitée → rupture fréquente Absence de matériel de gestion des bases de données
HP de Fria	Un médecin formé pour la PEC Médicaments IO Réactifs de dépistage	Personnel insuffisant pour la PEC Absence de médicaments ARV Absence de compteur lymphocytes T CD4 Impossibilité de quantifier les besoins Pas de données sur le profil des patients car ils se font traiter ailleurs
Hôpital de Kamsar	Personnel formé pour la PEC CDV avec compteur lymphocytes T CD4 Traitement IO	Absence de médicament ARV Ruptures ponctuelles de réactifs Impossibilité de quantifier de façon précise les besoins
Hôpital Rusal de Fria	Personnel formé pour la PEC Traitement des IO Un CDV	CDV non fonctionnel encore Absence de médicaments ARV Rupture fréquente de réactifs et poches de sang Impossibilité de quantifier de façon précise les besoins Manque de données sur les caractéristiques des PvVIH dans la ville
Dispensaire de Sangarédi	Personnel formé pour la PEC Un CDV Médicament pour les IO	Absence de compteur lymphocytes T CD4 Absence de médicaments ARV Ruptures fréquentes des réactifs

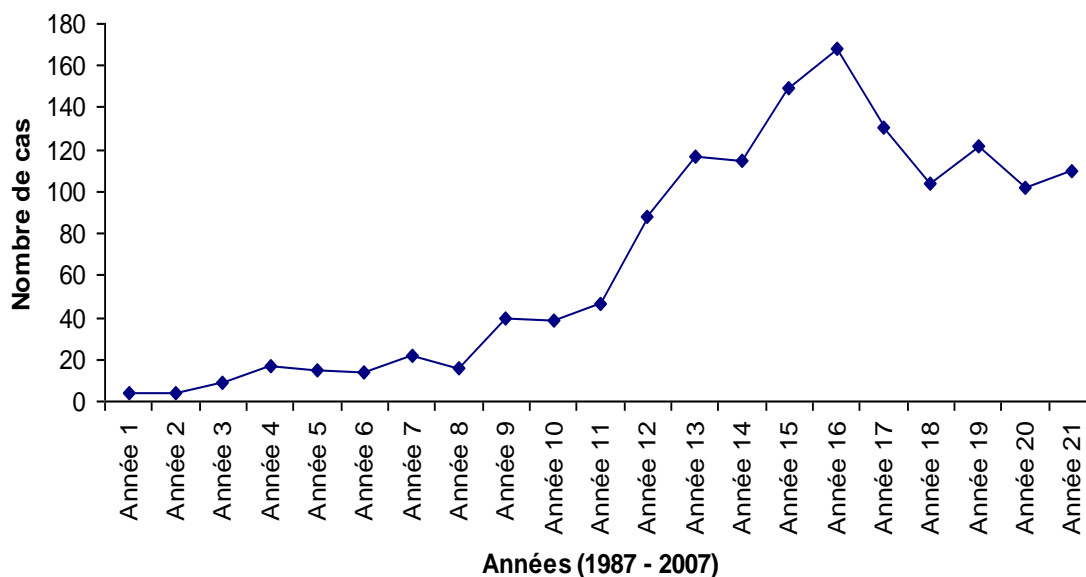
En résumé, de multiples défaillances sont perceptibles dans les deux secteurs. Si l'hôpital régional dispose des ARV à partir d'un approvisionnement du programme national, les hôpitaux miniers eux disposent plutôt le meilleur plateaux technique de dépistage et de suivi des malades. Un partenariat public/privé à ce niveau pourrait donc servir de tremplin pour une prise en charge plus efficiente des malades dans la région de Boké.

A l'hôpital ANAIM de Kamsar, nous avons répertorié la situation de la séroprévalence du VIH de 1988 à 2007 (. A ce niveau tous les patients dépistés positifs sont adressés à Boké ou Conakry.



**Figure 5:** Nombre de tests VIH positifs par années à l’hôpital ANAIM de Kamsar

A l’hôpital Russal de Fria, les patients dépistés sont transférés à Conakry pour la dispensation des ARV et nous avons relevé les statistiques sur le nombre de tests (VIH) positifs de 1987 à 2007.



**Figure 6:** Nombre de tests de dépistage positifs par année à l’hôpital Russal de Fria

Dans cette partie, nous discutons certains éléments clés de notre travail en rapport avec ce qui est décrit dans la littérature.

## **XI. Discussion**

### **1- Caractéristiques des PvVIH dans la région de Boké**

Dans notre étude, la moyenne d'âge des patients suivis à l'hôpital de Boké est de 38 ans avec un minimum de 17 ans et un maximum de 68 ans. Ce qui montre que la population active est la plus touchée. Une étude faite en Afrique australe qui détient les taux de séropositivité les plus élevés montre qu'en Afrique du Sud et au Botswana, la probabilité de mourir du sida est de 50 % chez les jeunes de 15 ans (Belinda, 2001). Au Botswana, 110000 personnes nécessitaient un traitement ARV en 2001 avec une prévalence VIH chez les adultes de 38,5% (Ilavenil ; Reich, 2006).

Notre étude a montré que les femmes étaient plus touchées dans la région avec un pourcentage de 54% ce qui va dans le même sens que la tendance nationale et internationale.

### **2- Partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH/SIDA**

Dans les pays en voie de développement, le secteur privé occupe de plus en plus de place dans les prestations des soins médicaux de bases (Knut et al, 1998).

Une étude a été menée en Inde avec comme objectif d'associer les médecins du secteur privé à ceux du système public dans un programme de lutte contre la tuberculose. A travers le partenariat, tous les malades suspectés étaient orientés vers les structures publiques où, ils recevaient le traitement selon la stratégie DOTS. Les médecins des secteurs public et privé se sont aidés pour développer le modèle de référence qui a permis de rehausser les taux de dépistage et de traitement de la tuberculose de 30 % par rapport à la période précédente la période de la mise en place du programme (Kabir et al. 2006).

Avec l'apparition du VIH/SIDA, la nécessité pour les secteurs publics et privés de s'associer pour lutter contre le VIH/SIDA s'avère très importante. D'après un responsable à la Direction Nationale de la Santé publique, *« jusqu'à là, il faut dire que le secteur privé a fait plutôt du traitement lucratif et le Sida est une maladie qui coûte cher au niveau des équipements, au niveau des médicaments, qui coûte cher partout alors qu'il s'agit d'un traitement à vie. Donc c'est très difficile pour le privé d'aller vers la PEC du VIH en ne comptant que sur ses propres moyens. C'est à ce titre que nous pensons qu'il faut que le secteur public partage absolument les ressources qu'il dispose avec le secteur privé pour que le secteur privé puisse*

*aussi travailler dans le même cadre que le secteur public pour pouvoir venir en aide aux populations atteintes du VIH/SIDA ».*

Tous les acteurs interrogés sont unanimes sur le fait que les opportunités sont énormes dans ce genre de projets. L'objectif final étant de satisfaire plus efficacement le patient, celui-ci se voit offert des soins de qualité, aux moindres coûts.

En Zambie, une étude a montré qu'en raison des coûts élevés, il était inquiétant pour les autorités publiques de fournir du Coartem pour le traitement du paludisme. Grâce à un partenariat avec quelques donateurs comme Novartis, le prix du traitement par adulte est descendu à 2 \$ 40 contre 12 \$ dans le secteur privé (Karen ; Louisiana, 2004)

Les frais de transport également représentent un fardeau énorme à supporter par les patients qui doivent parcourir plusieurs kilomètres pour avoir accès aux soins. Ainsi, interrogé à propos de notre étude, un responsable de la PEC du VIH/Sida affirme : *« C'est important que le médicament soit plus proche du patient. Entre Fria et Conakry c'est quand même 160 Km, donc c'est distant avec tout ce qui peut y avoir comme risque d'accident dans le cadre du transport ».*

Une étude a été menée en Inde dont l'objectif est de déterminer dans quelle mesure les praticiens privés et le gouvernement peuvent collaborer avec un intermédiaire non gouvernemental pour mettre en oeuvre effectivement la stratégie DOTS.

Le taux de détection est passé de 50 à 200 pour 100.000 au cours des 2–3 premières années du projet et a augmenté progressivement après l'extension vers une population plus large. Un succès du traitement a été obtenu chez 90% des nouveaux cas à bacilloscopie positive et chez 77% des patients sous retraitement. Si on les compare avec les patients traités dans un centre gouvernemental voisin de DOTS, les patients de ce projet ont payé moins pour le diagnostic (5\$ vs. 20\$) et pour le traitement (1\$ vs 11\$), principalement par suite de la diminution des coûts de transport. (K. J. R. Murthy et al. 2000).

### **3- Lutte contre le VIH/SIDA dans le milieu de travail**

Partout en Afrique, les compétences sont laminées par les décès prématurés que cause le sida. L'augmentation de la mortalité chez les adultes déclenche trois phénomènes dont la combinaison est dévastatrice. Premièrement, en augmentant la mortalité des femmes et des hommes, travailleurs d'âge très actif, le sida mine la capacité de fonctionnement du secteur public et l'aptitude du secteur privé à assurer pleinement sa productivité. Deuxièmement, le sida perturbe les ménages aussi bien ruraux qu'urbains et certains d'eux, en particulier ceux



dont le chef est une femme, vont voir leurs moyens d'existence menacés. Troisièmement, l'effet cumulé des deux phénomènes menace la stabilité et la viabilité des systèmes de gouvernance et partant du développement socioéconomique. Aujourd'hui, les entreprises transnationales semblent mieux placées que les États pour opérer de manière coordonnée au niveau planétaire, prendre rapidement des décisions et les mettre en oeuvre simultanément sur plusieurs continents. Principaux agents de la mondialisation, les sociétés privées jouissent de droits et de liberté accrus suite à la libéralisation des règles commerciales et des régimes d'investissement. De plus, les grandes multinationales ont acquis une taille et un poids financier bien supérieurs à la majorité des économies nationales. Suite aux fusions et acquisitions des vingt dernières années, une trentaine d'entreprises multinationales se sont hissées parmi les cent plus grandes économies mondiales. Leurs seuls bénéficiaires nets dépassent les revenus nationaux cumulés de nombreux pays à faible revenu.

L'investissement direct étranger des entreprises transnationales dans les pays en développement a dépassé dès 1994 le total de l'aide publique au développement (environ US\$ 60 milliards) pour dépasser la barre des US\$ 200 milliards en 2000 (Gilles Carbonnier, 2004).

L'épidémie de VIH/SIDA fait aujourd'hui partie des défis posés au monde du travail. Toute entreprise doit la prendre en considération lors de la planification ou de la gestion de ses activités. L'épidémie peut perturber son fonctionnement de mille façons. Le problème ne concerne pas que les salariés les mieux éduqués ou les mieux formés. En Inde, la Tata Tea Company emploie un grand nombre de personnes pour la cueillette et le tri des feuilles de thé. Après le dépistage en décembre 1996 du premier cas d'infection par le VIH sur ses plantations au sud du pays, la compagnie a étendu ses prestations de santé (elle offrait déjà des soins médicaux gratuits) pour inclure formation, éducation et counselling en matière de SIDA et d'infections sexuellement transmissibles (IST). D'autres gros employeurs de main d'oeuvre, comme les exploitations horticoles du Kenya ou les brasseries du Cambodge, savent que les compétences de leurs travailleurs s'acquièrent avec du temps et qu'on ne peut pas remplacer ces derniers du jour au lendemain. Contrairement aux idées reçues, il ne suffit pas de puiser dans un vaste réservoir de chômeurs pour remplir les postes vacants. Chaque entreprise constitue en effet un environnement particulier, au sein duquel il faut souvent des mois pour former un débutant et lui transmettre les connaissances utiles. L'épidémie de VIH/SIDA alourdit les dépenses de l'entreprise dans le domaine des soins de santé et dans celui du recrutement et de la formation du personnel. A terme, ses profits chuteront sous l'effet des frais induits par la maladie car, l'épidémie est un facteur dont tiennent compte

aujourd'hui les investisseurs et elle joue ainsi sur les apports en capitaux dans l'entreprise. (Di M, Lucy, 2002).

Aujourd'hui avec la méthode d'éducation par les pairs, certaines entreprises font des progrès dans la lutte contre le VIH. Au Zimbabwe, les programmes d'éducation des employés par leurs pairs ont aidé à réduire l'incidence du VIH de 30 % au sein du personnel de 25 entreprises (Bill Rau).

Interrogé sur la question, un cadre de la direction nationale de l'emploi et de la réglementation du travail affirme : *« le partenariat entre les entreprises (mixtes et privés) avec l'Etat n'est pas pour le moment établi étant donné que les actions du CNLS contre le VIH/SIDA se trouvent concentrées uniquement au niveau des comités interministériels de lutte contre le VIH/SIDA. La mise en place de programmes de lutte contre le VIH dans les entreprises minières de la région de Boké permet de réduire l'incidence du fléau au niveau des travailleurs et de l'ensemble de la population. Ce qui pourrait avoir un impact positif dans l'amélioration de la productivité des entreprises et donc un essor économique important pour la région et le pays »*. Du côté du Ministère des mines, un responsable poursuit en ces termes : *« Le secteur des mines est constitué de deux volets. On distingue le secteur informel artisanal (diamant, or) et le secteur industriel qui constitue celui des grosses boîtes telles que la CBG, la SEMAFO, la CBK, Aredor... Aussi, il faut noter les projets majeurs qui sont en phase d'installation et d'industrialisation »*. Et de poursuivre : *« Les entreprises évoluent dans un environnement social très serré. Les entreprises disposent de leurs composantes techniques et stratégiques c'est-à-dire les cadres et les ouvriers, mais aussi nous avons les riverains. Cette population environnante ne peut pas échapper à cette maladie surtout qu'elle recèle un nombre important de prostituées qui attirent leurs clientèles soit à l'extérieur, soit à l'intérieur de la mine »*. Dans cette lutte contre le SIDA en milieu de travail, le syndicat des travailleurs joue un rôle majeur malgré quelques fois leurs moyens très limités. Au niveau du secrétariat général du syndicat des travailleurs de la CBG, un responsable affirme que : *« Vous savez un SG de syndicat Guinéen dont les employés ne connaissent pas ce que c'est que le rôle du syndicat c'est très difficile. C'est ce qui fait que je ne suis qu'un syndicat participatif auprès de la direction. Le mieux aurait été que le syndicat soit soutenu par le monopole même des travailleurs »*. Et de continuer *« le syndicat n'a pas un budget particulier et on n'a jamais partagé les responsabilités entre direction et syndicat. D'abord, je vais vous mettre à l'aise que le syndicat les assujetti à la direction ici parce normalement le syndicat doit être libre financièrement et malheureusement on ne l'est pas. Le programme de lutte*

*contre le sida est un programme national qui est parachuté à la direction et la direction implique les syndicats dans un système de mise en œuvre mais participatif ».*

Les organisations syndicales et les associations de salariés ont souvent collaboré avec les employeurs pour obtenir l'adoption de politiques internes de lutte contre le VIH/SIDA et la mise en place de programmes sur le lieu de travail. Une des priorités de ces organismes, c'est de protéger les employés séropositifs (ou supposés séropositifs) contre toute forme de discrimination, qu'il s'agisse par exemple de licenciement abusif ou du refus d'avantages sociaux. Employés et employeurs ne s'entendent pas toujours sur chaque aspect d'une politique de lutte contre le VIH/SIDA. Cependant, sur bien des points, leurs intérêts sont communs et les deux parties peuvent coopérer. Dans certains pays, comme au Sri Lanka et au Zimbabwe, c'est même un dialogue tripartite entre gouvernement, syndicats et entreprises qui est la règle. Par ailleurs, les déclarations d'organismes représentant à la fois les employeurs et les syndicats, telles que l'Organisation internationale du travail (OIT) ou encore la Communauté pour le développement de l'Afrique australe (SADC ou Southern Africa Development Community), reflètent un intérêt mutuel. En effet, des salariés en bonne santé et capables de travailler sont un atout précieux pour leur famille comme pour leur employeur. Ils sont essentiels à la prospérité de leur entreprise. En retour, le succès de cette dernière garantit un maintien de leur emploi (Di M, Lucy, 2002).

#### **4- Avantages et limites de la mise en place du partenariat/privé**

Les PPP peuvent avoir comme avantages :

- un engagement économique à long terme dans les pays partenaires,
- une contribution importante des partenaires privés,
- une répartition efficace des tâches entre les différents partenaires,
- une réalisation des avantages en matière de développement,
- une durabilité et effets à long terme (GBC/FM/OIT, 2005)

Un responsable du CNLS affirme que : *« Le premier avantage est la couverture efficiente des populations riveraines des sociétés minières. En guise d'exemple, le secteur minier constitue aujourd'hui les 70% des recettes de l'Etat. En plus de s'occuper des ayant droit, le secteur privé peut contribuer à améliorer la PEC des questions sanitaires au niveau des communautés environnantes, cela constitue un avantage important de l'offre de service. Le deuxième avantage aussi est la qualité des services. On se rend compte que dans le secteur minier Guinéen, lorsqu'un service est introduit, il est pour toujours parce qu'il est*

*automatiquement intégré dans le système de fonctionnement normal de ces entreprises ». Et de poursuivre « le partenariat public/privé est un partenariat donnant-donnant. Lorsqu'on forme le personnel du secteur privé, automatiquement la politique nationale est mise en valeur parce que ceux-ci sont obligés de respecter les obligations contractuelles d'installation en Guinée ».*

Un responsable du PNPCSP continue en ces termes : *« Cette collaboration permettra aux entreprises d'améliorer l'état de santé de leurs employés, des populations riveraines mais aussi du niveau de productivité de ces entreprises ».*

Dans la littérature, une étude a montré que l'avantage clé des PPP est le partage des risques. Ce partenariat permet au secteur public d'accéder à la technologie du privé dont l'efficacité sera améliorée à travers la collaboration. Le secteur privé de son côté bénéficie de la flexibilité et de la souplesse des institutions étatiques (Yin Wang, 2006).

Tout projet ambitieux présente quelques risques et limites liés à sa mise en œuvre ou à son exécution. Interrogé à propos, un responsable du PNPCSP affirme que : *« Si pour une première fois, les partenaires privés, les entreprises sont convaincus du bien fondé de contribuer à la lutte contre le VIH et que par après ces fonds sont mal gérés sans transparence dans la gestion de ces fonds, cela amènera ces entreprises à être réticentes pour de futurs ou d'éventuels financements. Ce qui est peut être un frein dans la collaboration entre ce secteur privé et le secteur public mais aussi la capacité de chacun des partenaires d'accomplir telle ou telle activité ».*

De l'autre côté, les responsables du secteur privé mettent l'accent sur la protection de leurs avantages dans les PPP en réclamant qu'une bonne collaboration devrait avoir les caractéristiques suivantes : partage des risques et respect de la contribution et de l'apport de chacun. Certes il y'a des différences de point de vue entre le public et le privé mais les deux sont unanimes sur le fait que : *« il faut forger le partenariat au début et il suivra à la fin »* (Yin wang).

Un responsable de l'hôpital Russal de Fria affirme que : *« il y'a un problème non seulement de plateau technique mais aussi de ressources humaines. Il faut bien que chacun sache la limite de ses compétences car l'équipement accompagne mais c'est surtout la formation qui est plus importante. Ici chez nous, la formation est là mais il faut toujours faire une évaluation et tant qu'on travail, on a besoin d'être formé ».*

Dans la littérature, le guide d'action du secteur privé contre le VIH/SIDA présente les avantages et risques des PPP à travers le tableau suivant :

Les partenariats public/privés génèrent des avantages mais aussi des risques qui varient en fonction des différents acteurs. Ainsi, le tableau suivant (tableau 7) fait la synthèse des principaux avantages et risques des PPP dans le domaine de la santé.

**Tableau 7:** Avantages et risques des partenariats public/privés

Partenaires	Avantages	Risques potentiels
Organisations non gouvernementales (ONG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension des questions de développement et de santé dont le VIH/SIDA</li> <li>- Compétence dans la gestion et les aspects techniques</li> <li>- Crédibilité, flexibilité et indépendance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surestimation des capacités, de l'efficacité, de la légitimité et de la crédibilité</li> <li>- Programmes variables selon les financements disponibles</li> <li>- Manque de comptabilité et de transparence</li> </ul>
Associations à base communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Action au niveau des communautés locales</li> <li>- Bonne compréhension des normes sociales locales</li> <li>- Création de la confiance, de l'engagement et appropriation au niveau local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faibles capacités, développement institutionnel et ressources</li> <li>- vulnérabilités aux dynamiques sociales et politiques</li> <li>- Intérêts personnels et faible redistribution des services aux communautés</li> <li>- Manque de comptabilité et de transparence</li> </ul>
Gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvoir et légitimité</li> <li>- Rôle de facilitation et de mobilisation des acteurs et des citoyens</li> <li>- Plus grande assurance de continuité et d'extension du programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défiance vis-à-vis du secteur privé et des autres partenaires</li> <li>- Règlements excessifs et bureaucratie induisant une insuffisance de capacités et de délais</li> <li>- Corruption</li> </ul>
Bailleurs de fonds (dont les agences bilatérales et multilatérales de coopération et les fondations privées)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abondance de ressources y compris dans l'assistance technique</li> <li>- Grande influence et rôle fédérateur auprès d'acteurs variés</li> <li>- Promotion de la transparence et de la comptabilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures lourdes (et multiplication de ces procédures lorsque plusieurs bailleurs sont impliqués)</li> <li>- Manque de flexibilité et d'ouverture envers les contraintes des bénéficiaires</li> <li>- Possible détournement des financements par les bénéficiaires</li> </ul>
Entreprises	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compétences managériales, techniques et dans la communication</li> <li>- Culture orientée vers les résultats et flexibilité dans l'exécution</li> <li>- Mobilisation rapide des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectifs à court terme</li> <li>- Objectifs cachés</li> <li>- Possibilité de mauvaises perceptions et de faible crédibilité comme organisations altruistes</li> </ul>

*Source : Sunmola Musiliu et al. Guide d'action du secteur privé contre le VIH/SIDA*

## 5- Conditions de mise en œuvre du partenariat public/privé

Dans la littérature sur les partenariats public/privés, la question de savoir comment mettre en place un PPP fécond est un élément très important. Des études<sup>50</sup> menées sur les PPP ont permis d'identifier plusieurs facteurs clés de succès qui se rapprochent de ceux édictés par l'OMS pour les partenariats sur la santé. Cinq de ces facteurs sont pertinents dans l'analyse du modèle institutionnel des PPP pour la santé : une démarche légitime ; une définition précise des objectifs visés ; une coordination et un contrôle efficace du partenariat ; un partage équitable des gains ; un appui inconditionnel des dirigeants politiques (Maramba, 2006).

Les autorités publiques croient que la question clé est le rôle que chacun des partenaires doit accomplir. Ce partage de rôle doit tenir compte d'un document de normes et procédures en partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH. D'après un responsable du PNPCSP, « *C'est une façon de mieux organiser, de mieux coordonner l'implication d'autres partenaires avec les différentes conditions que chacun doit s'engager à respecter* ». Cette idée a été partagée par l'ensemble des acteurs. Cependant il ressort quelques divergences entre ces mêmes acteurs dans la façon de voir la mise en œuvre le projet. Par exemple lorsqu'un responsable du ministère des mines ou de la chambre des mines affirme que : « *Nous avons effectué un voyage d'étude au Cameroun et en Afrique du Sud pour voir et discuter de la façon dont eux ils procèdent pour la mise en place du partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH/SIDA au niveau des zones minières* », un responsable du Comité Médical Technique réagit en ces termes : « *Dire qu'on va faire un voyage d'étude pour aller en Afrique du sud ou au Cameroun ne résout pas le problème car ce n'est ni le directeur, ni le chef du personnel qui sont partis au Cameroun alors que c'est sont eux qui décident. On pense que c'est la chambre des mines qui va tout chapeauter et c'est là où il y'a la grande erreur. La chambre des mines c'est vrai à un rôle avec son comité de pilotage mais il faut faire participer les directions d'abord et je pense que cette participation des directions nécessite une forte sensibilisation* ».

D'un autre côté, il faudrait tenir compte de la situation géographique des sites les uns par rapport aux autres pour la bonne marche du partenariat. D'ailleurs déjà, un responsable de l'hôpital Rusal de Fria fait remarquer que : « *ici nous sommes à 160 Km de Conakry et en tout cas moi je ne suis pas prêt à faire le déplacement sur Boké pour aller chercher des médicaments, des réactifs et ainsi de suite. Donc soit il faut une représentation à Fria, ou alors que nous dépendons de l'antenne de Conakry et ça c'est important car il voir comment*

*les choses peuvent marcher de façon opérationnelle. Ça nous coûterai beaucoup plus cher d'aller à Boké que de nous rendre à Conakry ».*

## **6- Relations avec les partenaires techniques et financiers**

La mise en place du projet de PPP nécessite l'interaction entre les différents partenaires techniques et financiers de la lutte contre le VIH/SIDA. Interrogé sur les différents partenaires dans la lutte contre le VIH/SIDA, un responsable du PNPCSP affirme que : *« Comme partenaires, nous avons l'OMS, l'UNICEF, l'ONUSIDA qui sont les partenaires qui appuient. Parmi les ONG, nous avons MSF Belgique, la GTZ, l'université de Montréal, DREAM et SOLTHIS bien évidemment. Il y'a des ONG locales comme ASSFEGMASSI ».* Pour ce cadre de la DNSP, *« Le premier partenaire dans la lutte contre le Sida, c'est d'abord le Gouvernement. Puisque c'est le gouvernement qui est le plus gros bailleur car les infrastructures ont été mises en place par le Gouvernement, le personnel est payé par le Gouvernement. Bref, le Gouvernement est l'un des partenaires. Les autres partenaires sont les partenaires multilatérales et bilatérales tels que le système des Nations Unies. Ensuite, nous avons la société civile dont les ONG. Nous avons le secteur privé médical et le secteur privé non médical car tout n'est pas médical dans le cadre de la lutte contre le Sida. Il faut les que différents partenaires se donnent les mains au niveau des différents secteurs ».* Il faudrait surtout exiger aux entreprises de s'acquitter de leurs devoirs envers les autres partenaires dont les communautés environnantes. A ce propos, ce même cadre de la DNSP affirme que : *« Le secteur minier est un secteur très riche mais jusqu'à maintenant je ne suis pas convaincu que les gens qui travaillent dans les mines et qui ont beaucoup d'argent, ont investi dans la lutte contre la maladie chez nous. Rio Tinto fait un peu dans le cadre de la lutte contre le paludisme mais c'est vraiment minime par rapport à ce qu'ils peuvent faire, c'est infiniment petit »* et de continuer : *« Avant l'installation des entreprises d'exploitation, il devrait y avoir des choses dont il faut nécessairement prendre en compte. C'est le volet santé, le volet environnementale, le volet aménagement. En ce moment le ministère de la santé ferait parti des départements qui vont soumettre un cahier que les gens vont respecter. Malheureusement ce n'est pas le cas car ils sont d'abord complètement installés, reçus à bras ouverts. C'est après qu'eux même se disent bon en venant ici, nos travailleurs auront des problèmes de santé, allons au Ministère de la Santé pour leur demander de venir sensibiliser les gens. Autrement, cela ne fait pas parti des préalables de leur installation alors que normalement ça devrait être comme ça ; c'est à dire avant qu'ils s'installent, on leur dit voilà les préalables. Normalement il y'a la couverture médicale, la couverture sanitaire de la Zone*

*d'intervention mais malheureusement ce n'est pas comme le cas. On nous met jamais au courant au moment de la négociation, c'est lorsqu'ils ont fini, ils ont le marché, ils sont sur le terrain qu'ils commencent à travailler et que leurs travailleurs commencent à tomber malades, qu'ils se tournent maintenant vers nous pour voir ce qu'on peu faire pour les aider à cause des journées perdues pour des raisons de maladie. Ce n'est pas en amont qu'il faut régler mais plutôt en aval ».*

## **XII. Conclusion**

Notre analyse des enjeux de la mise en place d'un PPP dans la région de Boké nous a permis de comprendre les réalités en terme de PEC du VIH/sida dans cette région et surtout les attentes de chaque partenaire par rapport à ce projet.

En Guinée et partout en Afrique, le VIH/sida dans les régions minières constitue une menace très sérieuse pour le développement socioéconomique de ces régions et des pays tout entier. Vu l'impact de la maladie sur l'essor de ces entreprises, la chambre des mines de Guinée en partenariat avec le CNLS, le Ministère de la Santé et l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le Sida dans la région, se sont donnés comme cheval de bataille la réduction de l'effet de la maladie sur les employés et les communautés environnantes à travers l'accès pour ces derniers aux traitement ARV et un meilleur suivi psychosocial.

De l'avis de l'ensemble des parties prenantes du projet, le PPP vient à point nommé et chacun de son côté est disposé à apporter sa contribution pour la mise en place d'un partenariat solide et durable. Seulement, la coordination d'un tel projet s'avère complexe avec plusieurs défis. Outre la nécessité de gérer la disparité géographique entre les centres de prise en charge, il faudrait réussir à concilier des secteurs avec des modes de fonctionnement et d'objectifs différents. Ainsi, au delà de la volonté partagé, il faudrait élaborer des normes et procédures indispensables à réglementer les actions des uns et des autres afin d'éviter les chevauchements d'activités ou de prérogatives. Le principal danger de la non réussite du projet est la fragmentation du système de prise en charge en produisant une augmentation des coûts supplémentaires pour chacune des parties. C'est pour cette raison que s'inspirer des expériences de PPP développées dans le secteur sanitaire au niveau international est d'une importance majeure dans notre cas. Ce projet ne peut réussir qu'avec l'implication des syndicats et l'ensemble de la société civile y compris les ONG qui travaillent dans la lutte contre le VIH/SIDA dans la région. A ce propos, Solthis fidèle à son programme d'action dans l'amélioration des conditions de vies des PvVIH, est en collaboration avec d'autres



acteurs dans le but d'apporter toute l'expertise qu'il faut pour la mise en œuvre et la réussite de ce projet.

### **XIII. Recommandations**

Les recommandations résultent du constat que nous avons fait sur le terrain et aussi des expériences de PPP dans le domaine de la santé initiés dans les autres pays. Elles ont essentiellement pour objectifs la mise en place du projet et sa réussite dans l'intérêt majeur d'améliorer la situation des PvVIH. A cet effet, elles sont formulées à l'endroit des principaux acteurs intervenant dans la lutte et la prise en charge médicale et psychosociale des personnes atteintes de VIH/SIDA ainsi que des bénéficiaires.

#### **A) Au CNLS :**

- Faire des plaidoyers auprès des bailleurs de fonds ainsi que des directions générales des entreprises afin de consacrer plus de ressources financières à l'achat des médicaments ARV et autres produits de laboratoire;
- Mettre plus de moyens à la disposition du CRLS afin qu'il soit en mesure de mieux superviser la politique régionale de lutte contre le Sida.

#### **B) Au Ministère de la Santé :**

- Assurer la formation d'avantage de personnel pour la PEC des patients atteints de VIH à l'hôpital régional de Boké ;
- Améliorer les conditions de travail des professionnels du secteur public à travers l'aménagement de salles de consultations adaptés et fourniture de matériels informatiques pour mieux gérer les bases de données ;
- Instaurer un système de gestion informatique des dossiers des PvVIH de manière uniforme dans les hôpitaux publics et privés afin d'en assurer une utilisation optimale et faciliter leur accès ;
- En commun accord avec l'ensemble des acteurs, mettre sur pied un système de suivi et d'évaluation du processus qui permettra d'évaluer la contribution de chaque partenaire. Les interactions entre les partenaires et l'impact de ces interactions sur le programme devront aussi être examinés.

#### **C) Aux partenaires techniques et financiers de la lutte contre le VIH/SIDA en Guinée**

- Continuer son appui technique et financier au PNPCSP afin d'assurer l'approvisionnement continue en médicaments ARV, contre les IO et des réactifs.

- Encourager les partenaires à ce que chacun soit en charge du suivi de ses activités, les résultats du suivi évaluation seront partagés et discutés entre tous les partenaires et le programme revu et ajusté en fonction.

D) Aux responsables administratifs des entreprises :

- Développer des programmes de lutte contre le VIH dans le milieu de travail. Ces programmes doivent aussi être accessibles aux populations environnantes ;
- Renforcer la confidentialité et lutter contre la discrimination et la stigmatisation dans le milieu du travail ;
- Participer auprès du Ministère à l'achat de matériels et de médicaments contre les infections opportunistes.

E) Aux PvVIH de la région :

- Prendre correctement les médicaments qui sont prescrits afin d'éviter d'éventuelles résistances médicamenteuses surtout ARV ;
- S'organiser en association de PvVIH pour mieux défendre les intérêts des patients dans la région ;
- Organiser de façon périodique les groupes de parole des PvVIH afin que ceux-ci puissent exprimer les difficultés qu'ils éprouvent dans leur prise en charge ;

## **XIV. Bibliographie**

Adetokumbo L. *Public-Private Partnerships: Illustrative examples (Extracts from a paper presented at a workshop on Public-Private Partnerships in Public Health, Massachusetts, USA, 7-8 April 2000)* [www.who.int/tdr](http://www.who.int/tdr)

Anne C. A. *Le partenariat public/privé à l'hôpital de LAVAL : mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique 2004 ; 85 p.*

Anne M., Charles H. and Jonathan B. *Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option?* *Tropical Médecine and International Health* 1997 ; 2 : 116–126.

Athias L. et Saussier S. *Un partenariat public/privé rigide ou flexible ? Théorie et application aux concessions routières à péage*, *Revue économique* 2007 ; 58 : 565-576

Banque Mondiale. *Renforcer la Gestion des Dépenses Publiques en Vue de Promouvoir la Croissance et Réduire la Pauvreté 2004 ; Rapport No. 27347-GUI.*

Belinda B. *Le coût économique et social du sida*. *Afrique Relance* 2001 ; 19-23

Ceri R. Thompson, Martin McKee. *Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union*. *Health Policy* 2004; 67: 281–291.

Chambre du commerce Américaine au Sénégal. *Bulletin d'information trimestrielle. Séminaire sur le partenariat public/privé. No 3 janvier- mars 2007 page 5.*

Comité Nationale de Lutte contre le Sida. *Cadre stratégique national de lutte contre de Sida 2008 – 2012*), *Avril 2008, 80 p.*

Comité Nationale de Lutte contre le Sida. *Profil épidémiologique du VIH en Guinée, Août 2007, 16 p.*

CNLS/PNUD/Institut Idea International. *Impact socio-économique du VIH/SIDA en République de Guinée. Version révisée décembre 2003, 90 p.*

Comité Nationale de Lutte contre le Sida. *Rapport UNGASS 2008 République de Guinée, Conakry Avril 2008, 17p.*

Deepak K K., Tolib N M., Andrew T G., James N N. and Sushil C B. *Costs of a successful public-private partnership for TB control in an urban setting in Nepal*. *BMC Public Health* 2007; 7: 84

Di M., Lucy G. *Putting equity in health back onto the social policy agenda: experience from South Africa*, *Social Science & Medicine* 2002; 54: 1637–1656.

Edina S. and Lilani K. *Sharing the burden of TB/VIH? Costs and financing of public-private partnerships for tuberculosis treatment in South Africa* 2006; 11: 1466- 1474

Emmanuel S., Vincent P., Mach-houd K. *Rapport de mission en Guinée AIDES, Conakry du 25 Janvier au 1<sup>ER</sup> Février 2006. 31p*

Family health international. *Programme de lutte contre le VIH/SIDA dans l'entreprise. Guide à l'intention des gestionnaires et des dirigeants. 112 p. [consulté le 04/06/08]*

Disponible sur : <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres>

François N. *Rôle du secteur privé dans la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique Sub-sahariennes. Consultations Thématiques des Partenaires. Bamako, Mali, 3-5 décembre, 2007, 10 p.*

GBC, FM, OIT. *Faire du co-Investissement une réalité Stratégies et expériences (2005)*

Disponible sur : <http://www.businessfightsaids.org>

Gilles C. Privatisations, sous-traitance et partenariats public/privé : *charity.com* ou *business.org?* 2004; 86: 725- 743

Haroon W., Lucy G., Duane B., Ermin E. et Anne M. *Public-Private Interactions in the South African Health Sector: Experience and Perspectives from National, Provincial and Local Levels. March 2004*

Hashim M. T., Eustela P. B., Joyce L. N. *Public private partnership in the ICT sector in developing countries. The case of Tanzania. March 2002, 30 p.*

Ilavenil R., Michael R. R. *Building effective public-private partnerships: Experiences and lessons from the African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP) Social Science & Medicine 2006; 63: 397- 408*

International Training Centre. *Public-Private Partnerships: A Key Tool for Consolidating Social Dialogue at the Local Level. Delnet thematic Brief n°1 May 2005, 23p.*

Jane C. N., Haroon R., Virginia G. G., Joyce D. K. E., MD, Lori M. L. *Public/Private Partners Key Factors in Creating a Strategic Alliance for Community Health. Am J Prev. Med 1999; 16(3S): 94-102*

Jean-Jacques R., Jean -François L. *Plaidoyer pour le regroupement de coopération sanitaire : Un exemple de partenariat. N°494 - Septembre Octobre 2003; p 24-26.*

J. Kumaresan, P. Heitkamp, I. Smith, N. Billo. *Global Partnership to Stop TB: a model of an effective public health partnership. INT J Tuberc Lung Dis 2004; 8(1):120 -129.*

Judith R. *Public-private Partnerships for Health: A trend with no alternatives? Society for International Development 2004; 47: 43-48*

Jurg U., Kaspar W., Daugla D. M., Marcel T., Burton H. S. *Assessing health impacts of the Chad-Cameroon petroleum development and pipeline project: challenges and a way forward. Environmental Impact Assessment Review 2005; 25: 63-93*

Kabir S., John P., Karina K., Sheela R. *Public-private partnerships for equity of access to care for tuberculosis and HIV/AIDS: lessons from Pune, India*. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2006; 100: 312-320

Karen C., Louisiana L. *Impact of Public-Private Partnerships Addressing Access to Pharmaceuticals in Selected Low and Middle Income Countries. A Synthesis Report from Studies in Botswana, Sri Lanka, Uganda and Zambia*. September 2004, 55p.

K. Buse et G. Walt. *Partenariats mondiaux public/privé : partie I – Un nouveau développement dans le domaine de la santé ?* Bulletin of the World Health Organization, 2000; 8: 549-561

K Buse et G. Walt. *Partenariats mondiaux public/privé : partie II – Enjeux d'une gestion mondiale*. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78: 699-709.

Kent B. and Amalia W. *Public-private health partnerships: a strategy for WHO* Bulletin of the World Health Organization 2001; 79: 748–754.

K. J. R. Murthy, T. R. Frieden, A. Yazdani and P. Hreshikesh. *Public/private partnership in tuberculosis control: experience in Hyderabad, India*. Int J Tuberc Lung DIS 2000; 5: 354–359

Knut L. N., Le M. T., Pham D. L., Vinod D. *Risks and benefits of private health care: exploring physicians' views on private health care in Ho Chi Minh City, Vietnam*. Health Policy 1998 ; 45 : 81–97.

Maramé N. *Partenariats public/privés mondiaux pour la santé. L'émergence d'une gouvernance transnationale des problèmes de santé des pays en développement ?* Iddri, Idées pour le débat 2006; n° 07/: 36 p.

Martin M., Nigel E. et Rifat A. *Public-private partnerships for hospital*. Bulletin of the World Health Organization 2006; 84: 890-896

Meng-Kin Lim. *Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore*. Health Policy 2004 ; 69 :83–92

Mickaël L. *Création d'un pôle femme-enfant à vichy : un modèle de coopération « public/privé » ?* Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique 2002

Ministère de la Santé Publique. *Plan Régional de Développement Sanitaire, Mars 2007*

Ministère de l'emploi et de la Fonction Publique. *Plan National Tripartite de lutte contre le VIH/SIDA dans le monde du travail en Guinée. Janvier 2003 ; 10 p.*

Nathalie C. *Une coopération public/privé avec partage d'activité : L'exemple du CHU Côte de lumière (Sables d'Olonne)*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique 2004.

OMS/ONUSIDA/UNICEF. *Vers un accès universel : Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé. Extrait du rapport de situation 2008 ; 10p*

OMS/ONUSIDA/UNICEF. *Vers un accès universel - Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé 2007*

ONUSIDA. *Le point sur l'épidémie du SIDA et de la réponse en République de Guinée. Bureau ONUSIDA en Guinée 2008 ; 24p*

ONUSIDA. *Le point sur l'épidémie de sida : rapport spécial sur la prévention du VIH : Décembre 2007 ; 45p.*

ONUSIDA. *Riposte des entreprises au VIH/SIDA : impact et leçons tirées, Genève et Londres 2002. 80p*

OMS. *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays : République de Guinée 2004-2007 55p.*

Paul A. S. and Jonathan E. F. *Public Health and Business: A Partnership That Makes Cents. Health affairs volume 25, Number 4.*

Pauline V. R. *The strengths and weaknesses of public/private policy partnerships. American Behavioral Scientist 1999 ; 43 : 10-34*

Philippe L. *Hôpital public et stratégies externes: les projets de coopération public/privé du centre hospitalier de Rambouillet sur la ville nouvelle de Saint-Quentin en Yvelines. Mémoire Ecole Nationale de la Santé Publique 2004.*

Philippe M. *Public spending on health care: how are different criteria related? Health Policy 1999; 47: 207–223*

PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008, 69 p.*

Robert Devis. *Reflections on the role of business in health promotion and the challenge of partnership. Health Promotion International 1998; 13: 3*

Robert G. *Purchasing Health Care: An Opportunity for a Public-Private Partnership. Health affairs 2003; 22: 191-195.*

Robert G. R. *Les partenariats public/privé ont-ils un rôle à jouer dans la lutte contre les maladies? Bulletin of the World Health Organization 2001; 79: 771*

Roy W. *Public-private partnerships: an overview. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2005; 99S: S1-S8*

Sania N. *Public – private 'partnerships' in Health – a global call to action. Health Research Policy and Systems 2004; 2: 5*

Sara H., Masood K. et Zafar F. *Resource allocation within the National AIDS Control Program of Pakistan: a qualitative assessment of decision maker's opinions*. BMC Health Services Research 2007; 7: 11

Sylvia P. B. R., T.T. Durai, and Stephen I-H. H. *Paradigms of public-private partnerships in end-stage renal disease care: The National Kidney Foundation Singapore*. Kidney International 2003; 63: S101–S107

Taryn V., Sarah C R., Kelly McCoy, Patrick C., et Frank F. *Public-private partnerships to build human capacity in low income countries: findings from the Pfizer program*. Human Resources for Health 2007 ; 5: 8

Virginie H. F. *La loi de santé publique d'août 2004 entre responsabilité publique et collaborations privées*. Santé publique 2004; 16: 613-615

Yin W. *Keys to Successful Public Private Partnerships (PPP)*. University of Southern California SPPD Research 2006; 8p

## **XIII. Annexes**

### **Annexe1 : Outils de recueil des données**

Dans le souci de mieux cerner notre question, nous allons envisager trois niveaux d'entretiens. En fonction de chaque niveau, une grille spécifique a été élaborée.

#### **Niveau 1**

- Le Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS)
- La Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP)
- Le programme national de prise en charge sanitaire et de la prévention contre les IST/SIDA (PNPCSP) [responsable du programme et responsable de la PECVIH/SIDA]
- Le comité médical technique (CMT)
- Le comité de pilotage de la lutte contre le VIH au niveau de la chambre des mines (CM)
- Le ministère des mines
- Le Ministère de l'emploi
- La représentation de l'ONUSIDA
- La direction générale de la CBG
- La direction générale de FRIGUIA
- La direction régionale de la santé de Boké
- La direction préfectorale de la santé de Fria

#### **Niveau 2**

- La représentation du projet MAP (BM)
- La représentation du Fond Mondial (CCM)
- Le représentant de la coopération technique Allemande GTZ

#### **Niveau 3**

- La direction de l'hôpital régional de Boké.
- Les directions des Hôpitaux miniers de Fria, Kamsar, Sangarédi.
- Les médecins impliqués dans la lutte contre le VIH (secteurs public et privé).

#### **Niveau 1**



**Je m'appelle Ousmane Diallo et je fais une étude sur le partenariat public/privé dans la prise en charge du VIH/SIDA au niveau de la région minière de Boké. Cette étude est faite dans le cadre de mon mémoire de Master professionnel de Santé Publique avec l'appui de l'ONG SOLTHIS. Les objectifs de l'étude consistent à déterminer les enjeux et les opportunités d'une collaboration entre structures publiques et privées à travers un PPP dans la région de Boké.**

1. Identification de la structure (champ d'action)
2. Indentification de l'interviewé (nom, prénoms et fonction)
3. Disposez- vous d'une politique régulant la santé au travail ? (Question plus spécifique aux représentants des ministères des mines, de l'emploi, de la DNSP)
4. Si oui ? comment cette politique est mise en œuvre ?
5. La mise en œuvre de cette politique est assurée par qui ?
6. Quels sont les moyens dont vous disposez pour lutter contre le VIH ?
7. Quels sont les partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH ?
8. Quels sont les axes d'intervention de chaque partenaire ? et dans quelles régions interviennent t-ils ?
9. Dans le cadre du VIH, pensez vous que l'idée du projet de partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH au niveau de la région de Boké soit pertinente?
10. Quelles peuvent être les attentes du secteur public ou du secteur privé par rapport à ce projet de partenariat public/privé ?
11. Quels sont les moyens (humains, techniques et matériels) que les hôpitaux miniers peuvent mettre à disposition des hôpitaux publics pour une meilleure collaboration entre structures publiques et structures privées ? (Question plus spécifique aux DG de la CBG et de FRIGUIA)
12. D'après vous, quels
13. sont les avantages et inconvénients d'un PPP tant pour le secteur public que celui du privé ?
14. Que pensez vous d'une coalition nationale des entreprises dans la lutte contre le VIH ?
15. Y aurait il une autre chose que vous souhaiteriez aborder ?

**Niveau 2:** (Principaux bailleurs de fonds)

**Je m'appelle Ousmane Diallo et je fais une étude sur le partenariat public/privé dans la prise en charge du VIH/SIDA au niveau de la région minière de Boké. Cette étude est faite dans le cadre de mon mémoire de Master professionnel de Santé Publique avec l'appui de l'ONG SOLTHIS. L'objectif de l'étude consiste à déterminer les enjeux et les opportunités du projet de PPP pour une meilleure collaboration entre secteurs public et privé dans la réponse contre le VIH.**

1. Identification de la structure (axes d'intervention)
2. Identification de l'interviewé (nom, prénoms, fonction)
3. Quelles sont les institutions ou structures que vous appuyer dans le domaine de la santé et plus particulièrement dans la lutte contre le VIH ?
4. Depuis quand apportez-vous un appui à ces structures ?
5. Comment percevez-vous la notion de PPP dans la lutte contre le VIH ?
6. D'après vous, quels peuvent être les avantages et inconvénients des PPP dans la PEC du VIH ?
7. Quelles sont les perspectives avec les secteurs public d'une part et privé d'autre part dans la lutte contre le VIH.
8. Seriez-vous disposé à apporter un appui technique et financier à ce genre de projet ?
9. Quels sont les mécanismes mis en œuvre pour que la multiplicité des bailleurs ne constitue pas un frein au projet de PPP ?
10. Y aurait-il un autre volet que vous auriez voulu aborder ?

**Je m'appelle Ousmane Diallo et je fais une étude sur le partenariat public/privé dans la prise en charge du VIH/SIDA au niveau de la région minière de Boké. Cette étude est faite dans le cadre de mon mémoire de Master professionnel de Santé Publique avec l'appui de l'ONG SOLTHIS. Je récolte ces informations afin de comprendre les enjeux et la faisabilité d'un PPP dans la réponse contre le VIH dans la région.**

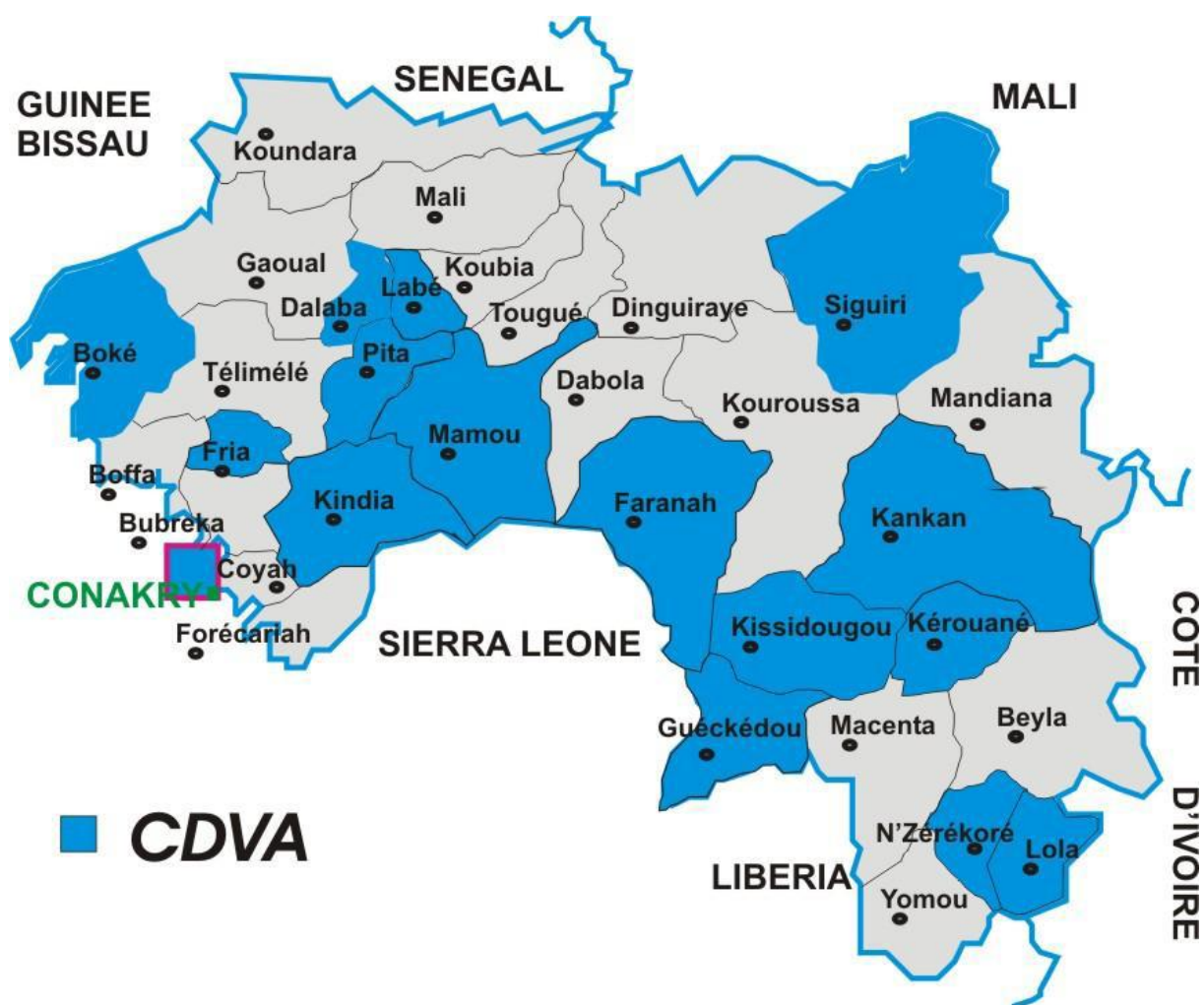
- 1) Type de structure
- 2) Identification de l'interviewé (nom, prénoms et fonction)
- 3) Faites-vous une PEC de PVVIH ?
- 4) Si oui laquelle ? (prévention, dépistage, traitement, prévention transmission mère-enfant PTME, suivi et accompagnement psychosocial)
- 5) Quelle est la file active ?
- 6) Si non, quelles sont les raisons qui font que la PEC n'a pas débuté ?
- 7) En moyenne, combien de jours d'arrêts de travail mensuel secondaire au VIH observez vous dans votre entreprise ?
- 8) Est-ce qu'il y'a du personnel formé dans la PEC des patients VIH+ ?
- 9) Si oui ? Quel est le nombre de personnel qualifié dans la prise en charge du VIH disponible dans votre établissement ?
  - médecins,
  - infirmières,
  - personnels de laboratoire
  - assistantes psychosociales,
  - éducateurs des pairs
- 10) Quelles sont les difficultés rencontrées par le personnel soignant dans la PEC des patients ?
- 11) Quels sont les besoins en ?
  - ARV,
  - réactifs,
  - traitement contre les infections opportunistes
16. Votre établissement dispose t-il d'un CDV et d'un compteur CD4 de suivi des PvVIH?
17. Si oui depuis quand ?

18. Y'a-t-il un personnel formé à la manipulation des appareils de laboratoire ? si oui, ce personnel s'élève au nombre de combien ?
19. Existe t-il une collaboration entre structures publiques et privées dans le traitement des patients infectés par le VIH au niveau de la région de Boké ?
20. Que pensez vous d'un PPP dans la PEC du VIH à Boké ?
21. Seriez vous prêts à collaborer avec les hôpitaux miniers/publics dans la fourniture des soins aux personnes infectées par la VIH/SIDA ?
22. Quels sont les moyens (humains, techniques et matériels) que l'hôpital régional peut mettre à disposition des hôpitaux miniers pour une meilleure collaboration entre structures publiques et structures privées dans la lutte contre le VIH/SIDA? (Question spécifique au directeur de l'hôpital régional de Boké)
23. Auriez-vous des remarques ou suggestions ?

### **Fiche de recueil des données secondaires sur les patients**

- 1- Sexe : .....
- 2- Age : .....
- 3- Situation familiale : .....
- 4- Profession : .....
- 5- Lieu de résidence : .....
- 6- Stade clinique OMS : .....
- 7- Taux des lymphocytes T CD4 (si disponible) : .....
- 8- Notion de traitement ARV : Oui/Non
- 9- Type de traitement institué : .....
- 10- Notion de co-infection TB/VIH
- 11- Période de suivi (pour les patients décédés) : .....

**Annexe 2** : Cartographie des centres de dépistage volontaire et anonyme



Source : rapport UNGASS (Guinée) 2008

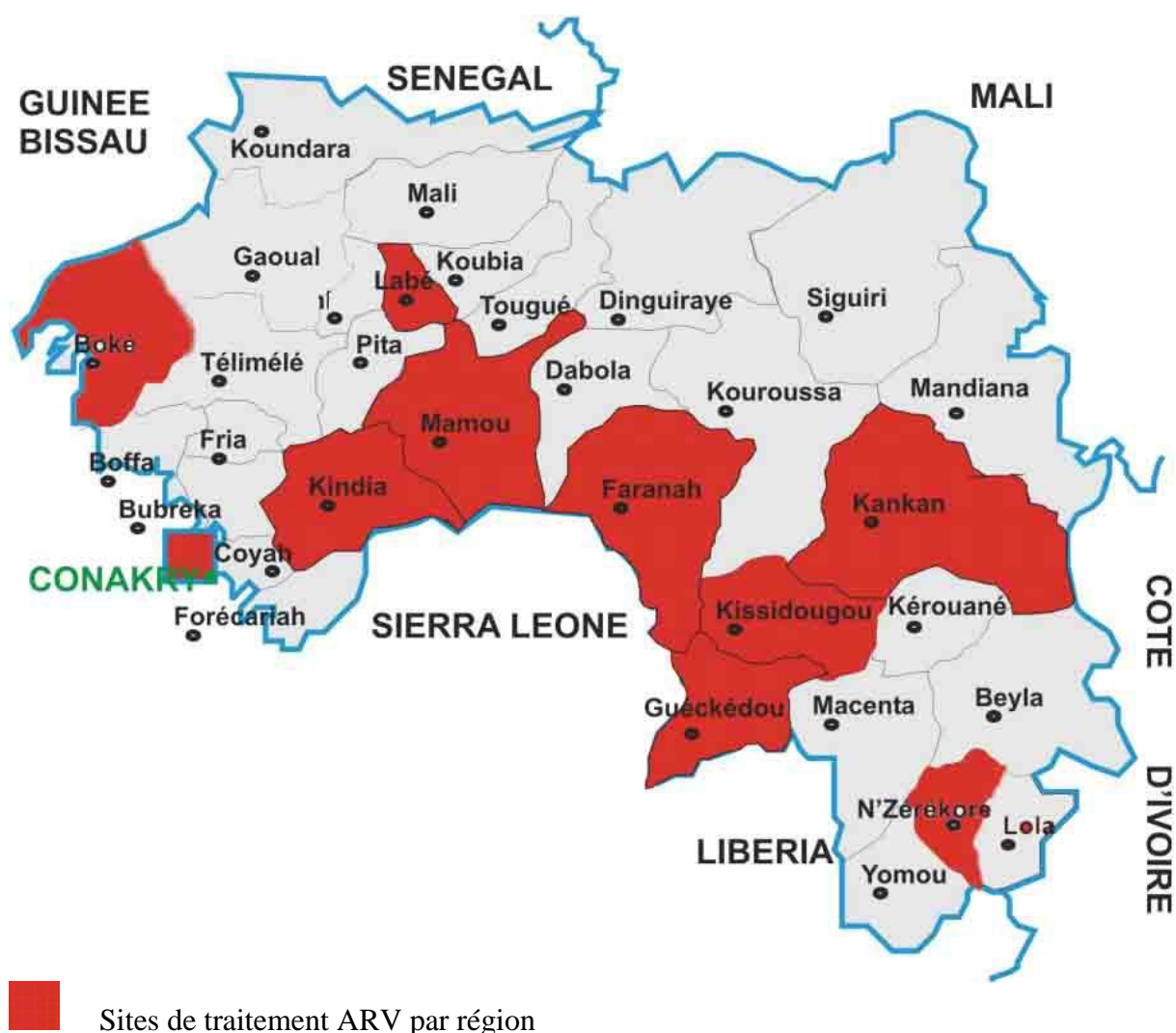
**Annexe 3** : Cartographie des sites PTME



*Source : rapport UNGASS (Guinée) 2008*

Fi

**Annexe 4** : Cartographie des sites de traitement ARV par région



*Source : rapport UNGASS (Guinée) 2008*



