



República da **Guiné – Bissau**
Secretariado Nacional de Luta contra SIDA

Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

**Session extraordinaire de l'Assemblée générale
des Nations Unies sur le VIH/sida**

RAPPORT SUR LA PÉRIODE 2008-2009

Mars 2010

Abréviations

| | |
|----------|--|
| AGMS | 'Agência Guinense para o Marketing Social' (Agence Guinéenne pour le Marketing Social) |
| ARV | Antirétroviral |
| AWARE | 'Action for West Africa Region' (HIV/AIDS) |
| CAP | Connaissances, attitudes et pratiques |
| CPN | Consultations prénatales |
| CRIS | 'Country Report Information System' |
| CTA | Centre de Traitement Ambulatoire (antirétroviraux) |
| DND | Données non disponibles |
| EF-REDES | Evaluation des flux de ressources et des dépenses nationales contre le SIDA (MEGAS en portugais, et NASA en anglais) |
| FNUAP | Fond des Nations Unies pour la Population |
| GFATM | 'Global Fund for the fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria' |
| GIST | 'Global Implementation Support Team' |
| ICPN | Indice composite des politiques nationales |
| INEC | 'Instituto Nacional de Estatística e Censo' (Institut national de la statistique et du census) |
| INASA | 'Instituto Nacional de Saúde' |
| IST | Infections sexuellement transmissibles |
| MAP | 'Multi-country AIDS Program' |
| MICS | 'Multi-Indicator Cluster Survey' |
| NASA | 'National AIDS Spending Assessment' |
| OEV | Orphelins et enfants vulnérables |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONUSIDA | Programme conjoint des Nations Unies contre le VIH/sida |
| PEN | 'Plano Estratégico Nacional' (Plan stratégique national) |
| PS | Professionnelles du sexe |
| PSB | 'Projecto de saúde de Bandim' |
| PTME | Prévention de la transmission mère-enfant |
| PVVIH | Personnes vivant avec le VIH |
| S&E | Suivi et évaluation |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| SNLS | 'Secretariado Nacional para a Luta contra o SIDA' (Secrétariat National de Lutte contre le sida) |
| TARV | Thérapie antirétrovirale |
| TB | Tuberculose |
| UNGASS | 'United Nations General Assembly Special Session' |
| UNICEF | Fond des Nations Unies pour l'Enfance |
| USD | Dollar américain |
| VIH | Virus d'immunodéficience humaine |

I. Table des matières

| | |
|---|----|
| Abréviations..... | 2 |
| I. Table des matières | 3 |
| II. Aperçu de la situation | 4 |
| III. Aperçu de l'épidémie de SIDA..... | 10 |
| IV. Riposte nationale de l'épidémie de SIDA..... | 16 |
| 1. L'Engagement et des actions au plan national | 16 |
| 1.1. Fonds alloués à la lutte contre le sida..... | 16 |
| 1.2. Politique gouvernementale concernant la lutte contre le VIH et le sida | 18 |
| 2. Programmes nationaux..... | 20 |
| 2.1. <i>Programmes de prévention</i> | 20 |
| 2.1.1. Sécurité transfusionnelle..... | 20 |
| 2.1.2. Dépistage du VIH | 20 |
| 2.1.3. Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque | 22 |
| 2.1.4. Prévention de la transmission mère-enfant..... | 23 |
| 2.1.5. Enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes scolaires de préparation à la vie active | 26 |
| 2.2. <i>Programmes de soins, traitement et soutien</i> | 27 |
| 2.2.1. Traitement du VIH | 27 |
| 2.2.1.1. Thérapie antirétrovirale | 27 |
| 2.2.1.2. Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH | |
| 2.2.1.3. Personnes encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale | 28 |
| 2.3. <i>Programmes d'atténuation de l'impact</i> | 30 |
| 2.3.1. Soutien destiné aux enfants affectés par le VIH et le sida..... | 30 |
| 3. Connaissances et comportements..... | 31 |
| 3.1. Scolarisation des orphelins | 32 |
| 3.2. Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH | 32 |
| 3.3. Connaissances des populations les plus à risque en matière de prévention du VIH.. | 34 |
| 3.4. Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans | 35 |
| 3.5. Rapports sexuels à haut risque..... | 35 |
| 3.6. Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels à haut risque..... | 36 |
| 3.7. Utilisation du préservatif par les professionnelles du sexe | 36 |
| V. Meilleures pratiques..... | 38 |
| VI. Principaux obstacles et mesures correctrices..... | 40 |
| VII. Soutien des partenaires au développement | 45 |
| VIII. Environnement de suivi et d'évaluation | 47 |

II. Aperçu de la situation

Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

En 2001, le Guinée-Bissau a adopté avec les autres membres des Nations Unies, la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida qui traduit un consensus mondial quant à un cadre de travail complet pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement spécifique au sida, à savoir stopper la propagation du VIH/sida et commencer à inverser le cours de l'épidémie d'ici 2015.

Le présent rapport a pour objet de fournir à l'ONUSIDA, et aux autres parties prenantes, les informations concernant les indicateurs de base destinés à évaluer les progrès de l'application de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida pour la période 2008-2009.

Le rapport a été élaboré dans le cadre du Plan National pour le suivi et l'évaluation de la riposte nationale et selon les trois principes directeurs des Nations Unies. La rédaction du rapport a été coordonnée et supervisée par une équipe spéciale désignée par le Ministre de la santé, vice-président du CSLS en lien avec l'unité de suivi et évaluation du Secrétariat National pour la Lutte contre le sida (SNLS), et le comité technique national pour le suivi et l'évaluation, qui est principalement composé de techniciens des agences multilatérales, bilatérales et non gouvernementales internationales, ainsi qu'avec l'appui d'un consultant international recruté par l'ONUSIDA et le PNUD. Les organisations de la société civile, les points focaux de différents ministères ont été conviés à s'exprimer en répondant au questionnaire ICPN et en participant à la session de validation du rapport.

Ce document reprend les éléments du rapport sur l'accès universel validé en décembre 2009¹, du rapport annuel d'activité 2009 du SNLS présenté aux partenaires de mise en œuvre en janvier 2010, des conclusions du Conseil National²³ en février 2010, ainsi que les remarques ayant été faites lors des différentes sessions de travail. Enfin, le rapport a été discuté lors du forum mensuel des partenaires le 25 mars 2010 à Bissau.

La situation actuelle de l'épidémie VIH au Guinée-Bissau

L'épidémie de VIH en Guinée-Bissau est généralisée, avec une contribution des groupes à risques à la dynamique de l'épidémie qui commencent à être mieux connue. D'après les projections SPECTRUM pour 2009, la prévalence du VIH 1 dans la population adulte était estimée à 2,63%. Plus de 20 000 personnes vivaient avec le VIH1 en Guinée-Bissau, dont 19 000 adultes et 1 600 enfants. La plupart d'entre elles n'étant pas au courant de leur séropositivité puisqu'à fin décembre, puisque 7 143 personnes séropositives étaient en suivi dans un des centres du pays.

L'épidémie se caractérise par la co-existence de deux virus VIH 1 et VIH2 ayant chacun un profil épidémiologique différent. Les premiers cas d'infection VIH détectés en 1985 et 1986 étaient tous des cas d'infection par le VIH 2, et la première étude menée en 1987 à la maternité de l'hôpital national, a mis en évidence un taux de prévalence VIH 2 le plus élevé au monde (8,3%), alors qu'aucun cas de VIH 1 n'avait encore été confirmé.

¹ Rapport sur l'accès universel à la prévention, traitement, soins VIH en Guinée-Bissau, janvier 2010.

² Relatório anual das actividades 2009, SNLS, Bissau, Janeiro 2010.

³ Relatório da Reunião do Conselho Nacional de Luta contra SIDA 01/2010, Bissau, Março 2010

Les enquêtes périodiques menées chez les femmes accouchant à la maternité de l'hôpital national, montrent une réduction progressive de la prévalence du VIH 2 pour atteindre 2,7% en 2004, alors que pendant la même période le taux de prévalence du VIH 1 croissait progressivement jusqu'en 1998, connaissait une augmentation importante entre 1998 et 1999, pour se stabiliser autour de 5% à partir de cette date. Cette tendance s'est confirmée sur ce même site avec une poursuite du déclin de la prévalence du VIH2 à 2,0 % en 2006, et 1,2% en 2008, tandis que celle du VIH1 augmentait à 5,0% en 2006 et 6,8% en 2008 (données hospitalières non publiées). Une étude de cohorte rurale à Caio (Guinée-Bissau), a montré que la prévalence du VIH-1 avait progressé de 0,5% en 1990 à 3,6% en 2007⁴.

Une étude transversale communautaire⁵ réalisée en 2006 à partir d'une cohorte en milieu urbain à Bissau, a comparé des données de cette même année avec celles de 1996. Elle a mis en évidence la même tendance avec une augmentation de prévalence pour le VIH-1 passant de 2,6% à 4,6% et une régression du VIH-2 de 7,4% à 4,4%. L'augmentation de prévalence du VIH-1 a été multipliée par deux pour les deux sexes, davantage chez les femmes (de 2,5% en 1996 à 5,3% en 2006) que chez les hommes (de 2,1% à 3,6%). Elle montrait par ailleurs que pendant la période 1996-2006 et par rapport à la décade précédente, l'incidence du VIH1 de 0,5 pour 100 personnes.années ne montrait pas d'augmentation significative, tandis que celle du VIH2 chiffrée à 0,24 pour 100 personnes.années était en nette régression.

La dernière étude sentinelle chez les femmes enceintes en 2009 indique une tendance contrastée en Guinée Bissau: alors qu'une relative stabilité des prévalences dans la capitale et dans le nord du pays semble se dessiner, on observe des séroprévalences du VIH plus élevée dans l'est et le sud du pays, avec une augmentation paraissant marquée dans la région de Gabu, où la prévalence du VIH1 a plus que doublé en 4 ans chez les femmes enceintes. Des recherches additionnelles doivent être menées pour vérifier ces hypothèses, et identifier les facteurs conditionnant une possible transmission accrue du virus dans ces zones.

L'étude sentinelle chez les professionnelles du sexe réalisée en 2009 dans 5 régions montre une tendance à la hausse de la prévalence dans ce groupe à risque de 27,1% en 2007 à 39 % en 2009, bien que les connaissances et les comportements se soient significativement améliorés. A signaler la différence d'écart entre Bissau et les régions avec une évolution de la prévalence en sens inversé : une tendance à la baisse observée dans ce groupe dans la capitale de 66,7% à 54,6%, et une tendance à la hausse dans les régions: de 17,8% en 2007, à 25,3% pour 2009.

Si les données disponibles sont encore insuffisantes pour caractériser avec précision la dynamique de l'épidémie dans le pays, elles confirment la situation d'épidémie généralisée et qui d'après la modélisation sur EPP montre des signes de stabilisation globale. Cependant, des tendances inverses mises en évidence dans les régions et une tendance à la hausse de la prévalence dans le groupe des professionnelles du sexe laisse à penser que des groupes de populations ou des facteurs favorisants particuliers contribuent à attiser la diffusion du virus dans la population générale de zones géographiques spécifiques. Ceci doit amener à la fois à diriger les efforts de recherche opérationnelle complémentaire ciblés et à une flexibilité suffisante dans la réponse nationale pour un redéploiement des programmes de lutte dans ces zones et les groupes de populations portant la dynamique épidémique du VIH/SIDA et des IST, ainsi qu'à une accélération dans la mise en œuvre des moyens nécessaires.

⁴ van Tienen C, van der Loeff MS, Zaman SM, et al. Two Distinct Epidemics: The Rise of HIV-1 and Decline of HIV-2 Infection Between 1990 and 2007 in Rural Guinea-Bissau. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009.

⁵ Da Silva ZJ, Oliveira I, Andersen A, Dias F, Rodrigues A, Holmgren B and al. Changes in prevalence and incidence of HIV-1, HIV-2 and dual infections in urban areas of Bissau, Guinea-Bissau: is HIV-2 disappearing? *AIDS* 2008, 22:1195-1202

La réponse au plan politique et programmatique

La réponse nationale à l'épidémie VIH a commencé dès la détection des premiers cas en 1986. Pendant les années 90 la réponse a été coordonnée par le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) du Ministère de la santé publique et a été guidé par des Plans à court et moyen terme (PMT I et PMT II). En 1998 les activités de lutte contre le sida étaient temporairement interrompues à cause du conflit politico-militaire.

En 2000, suite à un « Conférence national de réflexion sur le sida », la lutte a été redynamisée et un premier Plan stratégique (multisectoriel) de la lutte contre le sida (PEN I) a été élaboré en 2002, couvrant la période 2003-2005, et a culminé avec l'installation en 2004-2005 du Secrétariat national de la lutte contre le sida (SNLS), responsable pour la coordination technique de toutes les interventions de lutte contre l'épidémie dans le pays. Le SNLS est le bras opérationnel du Conseil National de Lutte contre le Sida, un organe multisectoriel présidé par le Premier Ministre ayant les Ministres de la Santé Publique et de l'Education comme vice-présidents.

En 2006, un nouveau Plan Stratégique a été élaboré pour la période 2007-2011, avec le concours d'un grand nombre d'acteur de la société civile. Ce plan a incorporé les leçons tirées de la mise en œuvre du plan précédent, et a pris en compte un plus grand nombre de réalités sectorielles et de groupes vulnérables et à risque vers lequel le pays voulait accentuer ses efforts de prévention.

En 2008, une réforme de l'organigramme et un renouvellement par concours international du Secrétariat technique de lutte contre le SIDA a été opérée sous la direction du Ministère de la Santé Publique afin de permettre une réponse nationale renforcée dans l'esprit des « 3 un » et une capacité de gestion de fonds accrue pour la lutte contre le SIDA grâce à une subvention de 44 millions de US\$ du Fonds Mondial. Lors de sa réforme interne en juillet 2009, le Ministère de la Santé a également redéfini les orientations et les tâches de la nouvellement nommée Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA (CSLS), et des mesures de renforcement en effectif et moyens ont été engagés.

Un plan spécifique PTME a été validé en juillet 2008. Un premier manuel de conseil et dépistage a été rédigé par le SNLS avec l'appui de l'université John Hopkins. Une première campagne de dépistage dans un lycée et deux universités de Bissau a été organisée par le SNLS avec l'appui du projet AWARE, qui a également appuyé un système de parrainage de sites de prise en charge VIH avec l'appui d'un expert sénégalais. Le protocole de prise en charge des PVVIH a également été révisé.

Grâce au concours d'organisations de la société civile et des agences internationales, des études de besoins des groupes à risques⁶⁷⁸ ont été menées, et des programmes spécifiques initiés notamment au bénéfice des professionnelles du sexe en 2009. Dans le même temps, les structures de soins et de prise en charge augmentaient nettement leur couverture sous l'impulsion des différents acteurs et de la CSLS et permettait que le nombre de PVVIH bénéficiant d'un traitement et du nombre de personnes en suivi soit multiplié par 3, de doubler le nombre de femmes enceintes ayant accès au dépistage en deux ans. Cette accélération nette n'a pas encore été accompagnée de tous les changements nécessaires au niveau institutionnel pour le financement, le système de suivi, et la supervision. Elle a aussi été possible grâce au dynamisme de la société civile et notamment des prestataires de soins privé non lucratif et des organismes de recherche appuyant des sites importants de prestations de soins.

⁶ Cartografia dos trabalhadores do sexo em Guiné-Bissau, relatório preliminar, ENDA, Bissau, 2009

⁷ Análise da situação dos adolescentes e jovens em matéria da saúde sexual reprodutiva, IST/VIH/SIDA, INEP & ENDA, Relatório de estudo (draft), Bissau, Outubro de 2009.

⁸ Análise da situação das crianças órfãs e vulneráveis na Guiné-Bissau. Elementos para uma estratégia nacional de protecção social para órfãos e crianças vulneráveis, Ministério da solidariedade social e luta contra a pobreza & SNLS, Bissau, Outubro 2008

Une attention particulière a été donnée à la centrale d'achat de médicaments par la modernisation de ses systèmes informatiques, et un appui technique sur le long terme, et un mandat qui a été étendu aux dépôts régionaux de médicaments par décret du Ministre de la Santé Publique en mai 2008. Afin de pouvoir résoudre le problème des ruptures de stock, un comité national de quantification a été créé en 2009 par le Ministre de la Santé Publique. Il comprend 13 membres et se réunit tous les mois sous la direction de la Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA. Il est chargé de prévoir les besoins nationaux en médicaments et consommables clés, d'analyser et de valider les calculs de consommation moyennes, et de lever les obstacles à un approvisionnement fluide des sites de prestations de services en médicaments et consommables en fonction de leur niveau d'activité.

Après la production d'un guide de suivi-évaluation VIH/SIDA en mai 2008, un plan national de suivi-évaluation a été validé en août 2009, et un comité national de suivi-évaluation s'est constitué avec l'appui des partenaires techniques (OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD, Coopération Française, Médecin du Monde). Ce comité a encadré et validé les travaux réalisés dans le cadre de l'accès universel pour le rapport de données de 2008 et le rapport spécial de 2009 à la demande de l'ONUSIDA.

Bien que votée par le parlement en mai 2007, la loi nationale sur le VIH n'a pas encore vu ses décrets d'application publiés. Cependant, à la suite de diverses analyses réalisées, une partie de la société civile souhaiterait voir revus certains points de la loi et permettre un débat public

Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l' UNGASS sous forme de tableau

| Indicateur | Année | Situation |
|--|--------------------|--|
| Engagement et actions au plan national | | |
| 1. Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida | 2009 | 2 704 260 894 FCFA |
| 2. Indice composite des politiques nationales | 2009 | Voir le questionnaire ICPN |
| Programmes nationaux | | |
| 3. Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH. | 2009 | (100%)⁹ |
| 4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux | 2009 | 47% |
| 5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant | 2009 | 23,6% |
| 6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH | 2009 | 9,9% |
| 7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat | 2008 CAP SR | (11,5)¹⁰ |
| 8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat | 2009 Enquête PS | 43,1% |
| 9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre | 2009 Enquête PS | (55,3%)¹¹ |
| 10. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 -17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge | 2006 MICS | 7,5% Garçons : 7,3% Filles : 7,7% |
| 11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire | 2009 | 0%¹² |

⁹ Toutes les unités de sang ont été testées selon des procédures normalisées attestées, utilisant les normes OMS, mais le système externe d'assurance de la qualité a été arrêté début 2003, selon les critères retenus, le nombre devrait être 0%.

¹⁰ L'indicateur représente le pourcentage des femmes et hommes de 15-49 ans ayant déjà subi un test VIH, sans spécifier s'ils ont reçu les résultats, ni la période, étude CAP-SR 2008.

¹¹ Se réfère uniquement à la question 2 de l'indicateur « Avez-vous reçu des préservatifs dans les 12 derniers mois » mais sans notion de période, la question « Savez-vous où aller pour faire un test VIH » n'ayant pas été posée.

¹² Le ministère d'éducation a rédigé une première version de politique sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA en 2009 et prévoit d'y intégrer l'approche 'préparation à la vie active', des initiatives pilotes seront débutées en 2010.

| Indicateur | Année | Situation |
|---|---------------------------------|--|
| Connaissances et comportements | | |
| 12. Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans | 2006 MICS | 0,97 Garçons : 0,99 Filles : 0,95 |
| 13. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus | 2008 CAP- SR | 13% |
| 14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus | 2009 Enquête PS | 31,4% |
| 15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans | 2008 CAP- SR | 21 % |
| 16. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents | 2008 CAP- SR | 23,6 % |
| 17. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel | 2008 CAP- SR | 62,7 % |
| 18. Pourcentage de professionnelles du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client | 2009 Enquête PS | 93,1% |
| Impact | | |
| 22. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH | Etude sentinelle CPN 2009 | 4,3 % (VIH1 et 2) |
| 23. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque (Professionnelles du sexe) | 2009 Enquête PS | 39,6% |
| 24. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale | 2009 | 83,6 % |
| 25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH | 2009 Spectrum | DND |

III. Aperçu de l'épidémie de SIDA

Depuis le premier cas de VIH rapporté en 1985, l'épidémie de VIH en Guinée-Bissau a progressé pour atteindre le seuil d'épidémie généralisée, sans pour autant qu'une enquête de prévalence en population adulte ait été réalisée. La description de l'épidémie a été effectuée principalement à partir d'enquête de cohorte et de dynamique croisée du VIH-1 et du VIH-2 dans le pays. Les difficultés rencontrées par le système de notification ne permettent pas de quantifier en valeur absolue le nombre de personnes diagnostiquées dans le système de santé. Dans ce contexte, les estimations des modèles de prévisions, en décalage avec les résultats des enquêtes sentinelles alimentent un flou et une incertitude sur le niveau réel de l'épidémie dans la population, qui s'il alimente le débat, ne vas toujours dans le sens d'une meilleure mobilisation dans la réponse.

Population adulte

Un système national de surveillance sentinelle parmi les femmes enceintes a été introduit en 1989. Dans 7 des 8 régions du pays un site urbain a été identifié en plus d'un site à la capitale Bissau. Les études successives devaient être réalisées tous les deux ans, la moitié des sites devant être investigués chaque année. Par défaut de financement, la deuxième étude n'a pu intégrer que 4 sites. Cette nouvelle enquête sentinelle chez les femmes enceintes réalisée en 2009 a inclus 3 907 femmes dans 20 sites différents urbains et ruraux, dont 11 nouveaux sites, pour la première fois dans toutes les régions¹³. Il n'y avait pas eu d'autres études réalisées depuis 2005, ni d'autre enquête mesurant la prévalence VIH parmi une population représentative dans la population adulte.

Les résultats de ces études sentinelles sont présentés dans le tableau 1 pour les données de l'infection pour les deux types de VIH (1 et/ou 2) et le tableau 2 seulement pour le VIH-1.

Tableau 2 : Prévalence VIH (1 ou 2) parmi les femmes enceintes des sites sentinelles, de 2001 à 2009

| Région | 2001 | 2002/ 2003 | 2005 | 2009* |
|--------------|------|---------------|------|-------|
| Bafatá | 9,1% | | 7% | 10,3% |
| Cacheu | 4,2% | | 7% | 4,4% |
| Gabú | 7,7% | | 5,1% | 9,6% |
| Tombali | 4,0% | | 4,5% | 6% |
| Bissau | | 7,3% | | 7,5% |
| Biombo | | 2,6% | | 3,5% |
| Oio | | 4,9% | | 2,7% |
| São Domingos | | | | 3% |
| Bijagos | | | | 3,9% |
| Bolama | | | | 3,2% |
| Quinara | | 4,3% | | 5,8% |

* résultats préliminaires

L'interprétation des données d'étude sentinelle chez les femmes enceintes doit être prudente en tant qu'approximation de la prévalence nationale adulte. Il existe en effet un biais de sélection en raison du fait

¹³ Etude sentinelle chez les femmes enceintes, résultats préliminaires, INASA, Bissau, 2009

que seules des femmes sont incluses, et de la moindre fertilité des femmes séropositives. De plus, les deux types de virus VIH ayant une épidémiologie différente (le VIH-2 étant davantage représentée dans les tranches d'âge supérieures et principalement chez les femmes), et évoluant de manière inverse, il peut être malaisé d'interpréter des variations portant sur les deux types de virus. Enfin, certaines régions ne disposent que de deux points de référence.

On observe des régions avec une tendance à la hausse comme Gabu, Tombali, Biombo et Quinara. Bissau, Cacheu et Bafata semblent relativement stables, tandis que dans l'Oio région où la prévalence est la plus basse, la tendance est à la baisse. On observe que les écarts entre les régions vont du simple au triple, ce qui justifie d'affiner l'analyse de l'épidémie au niveau régional, les deux régions de l'est du pays Bafata et Gabu montrant les niveaux de prévalence les plus élevés. L'écart entre les régions de Tombali et celles de Bafata et Gabu qui était de plus de 2 (odd ratio à 95% de respectivement 2,28 et 2,03), semble s'être réduit¹⁴.

Tableau 3 : Prévalence VIH-1 parmi les femmes enceintes, études sentinelles, de 2001 à 2009

| Région | 2001 | 2002/ 2003 | 2005 | 2009* |
|--------------|------|---------------|------|-------|
| Bafatá | 5,8% | | 6,0% | 8% |
| Cacheu | 2,2% | | 3,5% | 3,5% |
| Gabú | 3,9% | | 4,1% | 8,7% |
| Tombali | 2,5% | | 2,5% | 4,8% |
| Bissau | | 5,1% | | 5,7% |
| Biombo | | 1,6% | | 2,6% |
| Oio | | 2,5% | | 1,9% |
| São Domingos | | | | 2,5% |
| Bijagos | | | | 3,4% |
| Bolama | | | | 3,2% |
| Quinara | | 3,1% | | 4,5% |

*résultats préliminaires

Pour le VIH-1 seul, on observe que les régions de Gabu, Bafata, Tombali, Quinara et Bissau sont celles qui présentent les prévalences les plus importantes, et que pour les quatre premières une tendance à la hausse semble se dessiner dans les 4 dernières années, alors qu'une stabilisation relative est observée dans la capitale. Dans les îles de Bolama et Bijagos, on observe des niveaux non négligeables de prévalence pour le VIH1, au-delà de 3% sans référence antérieure.

L'analyse selon le facteur urbain/rural laisse à penser que le facteur de l'urbanisation semble conditionner davantage les écarts enregistrés entre régions, que les zones géographiques elles-mêmes. C'est dans les sites urbains de Gabu et Quinara, les deux régions à forte croissance observée pour la prévalence, où s'observent les prévalences urbaines les plus élevées (respectivement 11,9% et 7,9%) avec des ratios urbain/rural de 2 et 4,4. On peut faire l'hypothèse d'une dynamique épidémique persistante principalement dans ces deux villes secondaires de l'est et du sud dans des zones à fort développement économique et d'échange.

¹⁴ Resultados do estudo sentinela da prevalência de VIH e sífilis nas grávidas, MINSAP, PNLS, DHE, LNNSP, Bissau 2001

La situation de Bafata est particulière, puisque les sites ruraux ont des prévalences plus élevées que la ville elle-même (8,9% contre 6,3%). Les régions de Cacheu, et Sao Domingos montrent des niveaux de prévalence faibles, mais un écart urbain/rural également important (1,7 et 1,8). L'analyse ultérieure des odd ratios entre régions assortie du calcul des intervalles de confiance permettra de confirmer et d'affiner ces premières constatations et hypothèses.

Les données ont été analysées par tranche d'âge et permettent de renseigner le taux de prévalence chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans, et de fournir des estimations de l'indicateur 22 « Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH ». La prévalence chez les 15-24 ans est de 4,3 % pour les VIH-1et/ou2, et de 4,0 % pour le seul VIH-1. Les données pourront être comparées et utilisées pour estimer une tendance à partir des données par tranche d'âge dans les quatre sites de 2001. On sait que l'évolution de la prévalence dans cette tranche d'âge est une approximation des tendances récentes de l'incidence et des modifications récentes de comportements à risque. Cette comparaison pourra être faite lors de la prochaine enquête sentinelle sur la base des mêmes sites, les changements les plus récents devant être perceptibles dans la tranche d'âge des 15-19 ans.

Tableau 4 : distribution de la prévalence du VIH par tranche d'âges et type d'infection, femmes enceintes, 2009*

| Tranche d'âge | Total femmes enceintes | Prévalence du VIH | | |
|-------------------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | VIH-1 | VIH-2 | Total |
| 15 - 19 ans | 905 | 3,5% | 0,3% | 3,6% |
| 20 - 24 ans | 1234 | 4,4% | 1,0% | 4,8% |
| Total 15 - 24 ans | | 4,0% | 0,7% | 4,3 % |
| 25 - 29 ans | 940 | 5,7% | 2,1% | 7,2% |
| Plus de 30 ans | 813 | 5,3% | 3,0% | 8,0% |
| Prévalence totale (pondérée) | | 5,17 | 1,71 | 6,45% |
| Intervalle de confiance 95% | | [3,15 - 7,19] | [1,12 - 2,31] | [4,13 - 8,78] |

*résultats préliminaires

Les données indiquent que le VIH-1 est déjà présent chez 3,5% des 15-19 ans, avec un maximum dans la catégorie des 25-29 ans dans laquelle 5,7% des femmes sont infectées. La prévalence du VIH-2 tend à augmenter avec l'âge avec un maximum chez les plus de 30 ans.

La prévalence totale pondérée relativement au poids démographique de chaque région selon les résultats du dernier recensement de la population en 2009 est de 6,45% pour l'infection VIH-1 et/ou VIH-2, de 1,71 % pour le seul VIH-2, et de 5,17 % pour le seul VIH-1 chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans.

Ce résultat concorde avec ce qui est observé en 2009 pour le dépistage de routine dans le cadre de la PTME, ou de la sécurité transfusionnelle (respectivement 6,6% et 6,8%). La plus récente projection faite sur la base du modèle EPP donne une estimation de 2,63% pour la population des 15-49 ans (modèle actualisé prenant en compte les gains de la thérapie antirétroviral) après l'intégration des données de cette dernière étude sentinelle¹⁵. Il faut signaler que le modèle ne prend pas en compte le VIH-2 dans ses estimations. Si l'on prend en compte la limite basse de l'intervalle de confiance calculé pour la prévalence du VIH-1, et la surestimation par rapport aux études populationnelles de la prévalence observée chez les femmes enceintes de l'étude sentinelle, l'estimation du modèle n'est pas incohérente avec la prévalence pondérée obtenue.

¹⁵ Une première modification du modèle en 2007 avait réduit les estimations de prévalence à 1,9% en 2006, 1,8% en 2007, et 2,8% en 2008.

Cependant le niveau d'incertitude quant au niveau réel de la prévalence dans la population adulte reste élevé, et que seule une étude spécifique, qui n'a pas encore été menée, pourrait réduire. Cette incertitude affecte et perturbe la planification de la réponse, fragilise la prise de conscience de la réalité de l'épidémie au niveau de pays, puisqu'elle est utilisée comme base de calcul des dénominateurs pour des besoins en traitement antirétroviral et en prévention de la transmission verticale. Ceci confirme l'importance de disposer d'une estimation fiable de la prévalence du VIH au niveau national. Une étude populationnelle de séro-prévalence est prévue en 2010.

Groupes à risque

Les patients tuberculeux représentent un groupe particulier, qui est en partie commun à celui des personnes séropositives pour le VIH. Une étude communautaire a mis en évidence en 2002 une prévalence du VIH de 38,8% parmi les patients tuberculeux¹⁶, tandis qu'une étude de cohorte prospective a trouvé en 2009 une prévalence de 36,4% de VIH parmi ce même groupe, 25,7% pour le VIH-1 et 10,7% pour le VIH-2¹⁷.

Tableau 5 : cas de tuberculose attendus, notifiés et dépistés pour le VIH en Guinée-Bissau, 2007-2009

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Nouveaux cas attendus de tuberculose | 3 914 | 4 046 | 4 257 |
| Nouveaux cas de tuberculose notifiés | 1 963 | 2 100 | 2 188 |
| Dépistés pour le VIH | 681 (34,7%) | 540 (25,7%) | 664 (30,3%) |
| Séropositifs VIH | 276 | 250 | 268 |
| Pourcentage VIH + | 40,5% | 46,3% | 40,4% |

Le tableau précédent résume le potentiel de détection dans le groupe des tuberculeux : environ la moitié des tuberculeux sont diagnostiqués, et parmi eux seuls 30 % environ bénéficient d'un test de dépistage pour le VIH.

L'épidémiologie du VIH chez les professionnelles du sexe (PS) est mieux connue en Guinée-Bissau depuis la première enquête sentinelle de 2007. En 2009, cette étude a été reconduite par l'agence de recherche locale (Projecto de Saúde Bandim) sur le modèle de 2007. Elle avait comme objectif de mesurer certains indicateurs de connaissances, attitudes, et comportements relatifs au VIH/sida, ainsi que la prévalence du VIH et de certaines IST¹⁸. 175 PS ont été interrogées, dont 83 à la capitale et 92 dans quatre régions. L'infection VIH a été mesurée parmi 165 participantes (77 à Bissau et 87 dans les

¹⁶ Seng R, Gustafson P, Gomes VF, et al. Community study of the relative impact of HIV-1 and HIV-2 on intrathoracic tuberculosis. *Aids* 2002;**16**(7):1059-66.

¹⁷ Paulo Rabna, Inés Oliveira, Agostinho N'dumba, Dlama Nggida Rasmussen, Frauke Rudolf. Prevalence of tuberculosis infection (TB) among HIV infected patients attending antiretroviral treatment centers in Bissau, Guinea-Bissau". (Raw data, 2010)

¹⁸ Etude sentinelle chez les professionnelles du sexe, Projet Saude de Bandim, Bissau, 2009, rapport préliminaire

régions). Le taux de refus de participer a été particulièrement élevé à Gabu. Les résultats sont présentés dans le tableau 6. On note un taux de prévalence globale d'infection par un des deux types de VIH de 39,02 % : 22,6% d'infection par le VIH 1, 1,8% par le VIH 2, et 14,6% pour l'infection concomitante par les deux virus. Si la différence de taux parmi les PS de la capitale (54,6% d'infection par un des deux types de VIH) et celles des régions (25,3%) reste importante avec un ratio de 1 pour 2, elle se réduit de manière significative par rapport à la différence enregistrée en 2007 où le ratio était de 1 à 4. (66,7% et 16,9 %).

L'indicateur 23 « Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque » est donc estimé à 39,6 %, si on prend en compte les deux types d'infection, et à 22,6 %, si on compte seulement l'infection VIH 1.

Tableau 6 : Prévalence VIH parmi les professionnelles du sexe en 2009, par tranche d'âge et par lieu (enquête 2009 – PSB)

| Tranche d'âge | 2007 | | | 2009 | | |
|----------------|--------------|--------------|---------------|--------------|-------------|---------------|
| | VIH-1 | VIH-2 | VIH-1 et/ou 2 | VIH-1 | VIH-2 | VIH-1 et/ou 2 |
| < 25 ans | 6,1% | 4,1% | 10,2% | 12,7% | 0 % | 22,2% |
| >= 25 ans | 24,1% | 17,7% | 32,6% | 28,7% | 3% | 49,5% |
| Lieu | VIH-1 | VIH-2 | VIH-1 et/ou 2 | VIH-1 | VIH-2 | VIH-1 et/ou 2 |
| Bissau | DND* | DND | 65,7% | 32,5% | 2,6% | 54,6% |
| Autres régions | DND | DND | 16,9% | 13,8% | 1,2% | 25,7% |
| Total | 19,5% | 14,2% | 26,8% | 22,6% | 1,8% | 39,6 % |

*Données non disponibles

En deux ans, on observe une augmentation de plus de 13 % de la prévalence globale, cette augmentation étant plus marquée dans la catégorie des plus de 25 ans (+17%) que les moins de 25 ans (+12%). Cette augmentation est observée dans les régions (+ 9%) mais à l'inverse l'étude met en évidence une baisse de 9% de la prévalence observée pour les deux virus à Bissau. On observe que la présence du VIH2 seul s'effrite fortement dans toutes les catégories. La plupart des femmes infectées par le VIH2 le sont par le VIH 1 également (24 sur 27).

Tableau 7 : Prévalence VIH parmi les professionnelles du sexe en 2009, par sites (enquête 2009 – PSB)

| Sites | Positives (VIH1 et/ou VIH2) | Total échantillon | Prévalence |
|--------------|-----------------------------|-------------------|---------------|
| Bissau | 42 | 77 | 54,6 % |
| Buba | 2 | 18 | 11,1 % |
| Canchungo | 12 | 38 | 31,6% |
| Gabu | 7 | 26 | 26,9% |
| São Domingos | 1 | 5 | 20,0% |
| TOTAL | 64 | 164 | 39,6 % |

Enfin, d'autres enquêtes sont en cours :

- une enquête de séro-prévalence dans la population des conducteurs et des marins réalisée par INASA sur financement du SNLS
- une enquête sur le groupe des hommes sexuellement actifs avec des hommes a été initiée sur le modèle utilisé précédemment au Sénégal au début de 2010 avec l'aide du CDC d'Atlanta et l'organisation ENDA Tiers Monde sur financement du PNUD/SNLS

Ces enquêtes permettront de mieux connaître la situation épidémiologique au sein de différents groupes à risque.

IV. Riposte nationale de l'épidémie de SIDA

1. L'Engagement et les actions au plan national

1.1. Fonds alloués à la lutte contre le sida

La Guinée-Bissau a bénéficié d'un appui de l'ONUSIDA en 2009 pour réaliser une mesure des dépenses en faveur de la lutte contre le HIV/SIDA selon la méthodologie REDES/MEGAS/NASA. Les données de 2008 ont été recueillies et analysées en décembre, et le SNLS a poursuivi pour 2009 le recueil des informations en mars 2010. Le tableau 8 résume les données disponibles lors de la rédaction du rapport. Les données de 2009 sont préliminaires et devront être validées (données hospitalières à intégrer). Le rapport de 2008 a été modifié rétrospectivement pour inclure la contribution du Portugal. Le degré d'exhaustivité est élevé. Les résultats indiquent que la lutte contre le sida en Guinée-Bissau est financée en grande partie par la communauté internationale (81% en 2008). Des ressources gouvernementales sont dirigées vers la lutte contre l'épidémie à travers l'utilisation des infrastructures et ressources humaines de l'état (représentant 7%), mais la grande majorité de l'équipement, médicaments, réactifs, et autres matériaux sont financés par l'aide internationale. Les fonds privés représentent 12% de la dépense en 2008.

Tableau 8a : Dépenses pour la lutte contre le sida par source, 2008 et 2009

| Source | 2008 | | 2009** | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | x1000 CFA | US\$* | x1000 CFA | US\$* |
| Banque Mondiale | 379 574 | 860 245 | 29 252 | 62 088 |
| Fonds Mondial | 176 757 | 400 593 | 1 136 645 | 2 215 433 |
| PAM | 128 572 | 291 389 | 3 859 | 8 191 |
| FNUAP | 125 471 | 284 361 | 2 500 | 5 306 |
| UNICEF | 51 955 | 117 749 | 371 910 | 789 385 |
| Autres fonds multilatéraux (OMS, ACNUR) | 12 901 | 29 239 | 65 602 | 139 241 |
| Commission Européenne | 43 568 | 98 741 | 0 | 0 |
| Gouvernement Brésilien | 148 209 | 335 893 | 537 083 | 1 139 967 |
| Gouvernement Italie | 101 186 | 229 322 | 0 | 0 |
| Gouvernement de Suède | 35 353 | 80 124 | 32 760 | 69 534 |
| Gouvernement du Portugal | 61 227 | 138 761 | 126 867 | 269 279 |
| Gouvernement des Etats-Unis | 41 475 | 93 997 | 0 | 0 |
| Croix Rouge et Croissant Rouge | 39 454 | 89 417 | 54 040 | 114 701 |
| Plan International | 84 219 | 190 871 | | 0 |
| Autres ONG Internationales et fonds privés | 63 725 | 144 425 | 11 565 | 24 549 |
| Gouvernement | 117 689 | 266 724 | 112 108 | 237 951 |
| Dépenses des ménages | 210 792 | 477 727 | 220 065 | 467 091 |
| Total | 1 822 134 | 4 129 577 | 2 704 260 | 5 542 714 |

* Taux de change en 2008 : 1 USD = 441,24 CFA ; en 2009 : 1 USD = 471,14 CFA

**Données du rapport préliminaire

Les dépenses pour la lutte contre le VIH/SIDA ont augmenté de 48,4% entre 2008 et 2009. Cette période a vu la fin des financements de la Banque Mondiale à travers le projet MAP, et la multiplication par 6 des financements par le Fonds Mondial, qui a attribué une subvention de 44 millions de US\$ à la fin de 2008 dans le cadre du 7^{ème} tour. En raison des pré conditions drastiques imposées par le Fonds Mondial, incluant la réforme du SNLS, et de nombreux autres points, la subvention n'a pu réellement commencer à être dépensée qu'en fin 2009, et le plein effet de ce nouveau bailleur ne s'est pas encore réalisé. Les autres financeurs importants dans cette période ont été le Gouvernement Brésilien (20% en 2009), à travers la fourniture en médicaments ARV génériques, et la population elle-même dont la contribution reste significative (8% en 2009). Enfin, l'UNICEF a multiplié par 6 ses engagements entre 2008 et 2009. Les dépenses des agences des Nations Unies (UNICEF, FNUAP, PAM, PNUD, ONUSIDA et OMS), certains pays comme l'Italie, la Suède, les Etats-Unis le Portugal, quelques agences de coopération bilatérale et les organisations non gouvernementales internationales qui reçoivent directement de sources extérieures au pays apparaissent également comme des sources significatives.

Bien que la contribution du gouvernement ait été évaluée à 7%, celui-ci possède un pouvoir dans l'allocation de 30% des ressources, puis vient le SNLS comme structure de coordination nationale, les ONG, et les ménages qui décident de 12% de la dépense en 2008.

Tableau 8b : Dépenses pour la lutte contre le sida par catégories, 2008 et 2009

| Catégories | 2008 | | 2009 | |
|--|------------------|-------------|------------------|-------------|
| | x1000 CFA | % | x1000 CFA | % |
| Prévention | 738 228 | 41% | 678 651 | 25% |
| Soins et traitement | 465 278 | 26% | 724 818 | 27% |
| Orphelins et enfants vulnérables | 22 873 | 1% | 51 281 | 2% |
| Renforcement de la gestion | 416 464 | 23% | 918 476 | 34% |
| Incitations pour les ressources humaines | 7 416 | 0% | 14 269 | 1% |
| Protection sociale et services sociaux | 0 | 0% | 2 833 | 0% |
| Environnement propice et développement communautaire | 85 163 | 5% | 240 637 | 9% |
| Recherche | 86 709 | 5% | 73 291 | 3% |
| Total | 1 822 134 | 100% | 2 704 260 | 100% |

La structure des dépenses pour 2008 montre que les actions de prévention ont reçu la plus grande part des fonds en 2008, mais qu'elle diminue en volume et en proportion en 2009 (de 41 % à 25 %). Les actions de soins et traitements restent stables en proportion (27%) mais augmentent fortement en volume. Le renforcement de la gestion et de la coordination, associés aux efforts de renforcement de capacités double de volume et passe de 24% à 34%. Les actions en faveur des enfants et orphelins ne progressent que faiblement, alors que les dépenses de recherche baissent en volume et en proportion entre 2008 et 2009.

En 2008, les dépenses pour les ARV représentent 12,7% de la dépense nationale, la dépense médiane par PVVIH étant de 273 US\$, et la dépense moyenne par habitant de 2,61 US\$. Enfin, celle-ci a représenté 0,53% du PIB national pour la même année.

1.2. Politique gouvernementale concernant la lutte contre le VIH et le sida

Le conseil national de Lutte contre le Sida en tant qu'organe multisectoriel est présidé par le premier Ministre du pays. Il est chargé d'approuver les plans de travail, effectuer le suivi du plan stratégique et faire le bilan annuel du parcours de son secrétariat technique. La période 2008-2009 a été marquée par de nombreux événements n'ayant pas facilité le fonctionnement de la structure. Un changement de gouvernement en mars 2008, une élection législative en novembre 2008, et un nouveau gouvernement nommé, les événements de mars 2009 qui ont vu la disparition du chef de l'état et du chef d'état major des armées, et des élections présidentielles en juin 2009. Cette succession d'événements politiques n'ont pas favorisé l'implication gouvernementale ni l'engagement de personnalités dans la lutte contre le VIH/SIDA

Le pays a procédé au deuxième semestre 2008 sous la tutelle du Ministère de la Santé à la réforme et à la restructuration de son Secrétariat National de Lutte contre le Sida à l'occasion de la négociation de la subvention du Fonds mondial du 7^{ième} tour. Une commission ad hoc de réforme du SNLS a été créée en mai 2008 et a achevé son travail en juin 2009. Elle a procédé à la refonte de l'organigramme du SNLS, au recrutement international de 6 experts internationaux (dont 2 bissau-guinéens), au pilotage du processus de négociation de la subvention avec le Fonds Mondial. La nouvelle équipe a pris ses fonctions le 6 janvier 2009.

Sous l'égide du MINSAP, un institut national de santé (INASA) a été créé, comprenant notamment un département dévolu au système d'information sanitaire (Centre d'Epidémiologie et de Santé Communautaire). Il est notamment responsable de la surveillance épidémiologique, et de la recherche en santé pour le pays. L'ancien Projet Santé de Bandim a été intégrée dans cette nouvelle structure qui dispose de capacités de réalisation d'enquêtes et d'investigation renouvelées. De même, est envisagé la création d'un institut national du sang, une politique nationale de sang et de ses dérivés ayant été formulée en 2007.

Le pays a pris en compte l'engagement pour l'accès universel qui a fait l'objet d'un recueil de données spécifique en 2009 suivant le formulaire OMS/UNICEF/ONUSIDA, et d'un rapport spécifique à la fin de la même année, décrivant en plus des tendances des indicateurs, les forces et faiblesse de la réponse nationale.

Une revue du plan stratégique 2007-2011 qui devait avoir lieu 2009, a été prévue au début de 2010. Ce plan participatif vise à renforcer la prévention et l'accès au dépistage, améliorer la qualité du traitement et des soins, développer les connaissances épidémiologiques dans les groupes à risques, accroître les capacités de prise de décisions programmatiques éclairée et finalement renforcer les capacités institutionnelles en matière de planification, gestion et coordination.

Le secteur santé a rédigé son nouveau plan stratégique pour 2008-2017 dans lequel le VIH a été clairement intégré, notamment par l'inclusion dans le paquet de soins à différents niveaux du système des soins et services pour le VIH. De même, le plan national de développement des ressources humaines prévoit une attention spécifique aux questions de biosécurité, et à la charge de travail supplémentaire occasionnée par le VIH dans le système de santé. Enfin des mécanismes visant à développer le partenariat sont prévus afin de maximiser la coordination et la des partenaires. Il faut ajouter que après avoir revu la grille de salaire des fonctionnaires de la santé, le MINSAP a introduit des primes d'isolement afin de favoriser , De même, des incitations à l'atteinte des objectifs en matière de VIH sont envisagées, les modalités restant à déterminer. L'attention est portée sur une meilleure implication des directions régionales de santé dans la réponse, ceci afin que les interventions VIH soient mieux appropriées et intégrées dans les plans annuels régionaux.

Les programmes de prévention du VIH sur le lieu de travail qui ont commencé au niveau des ministères, restent encore très limités sauf pour les ministères de l'intérieur et de la défense. Ceux-ci ont mis en place depuis plusieurs années des sites de dépistage et d'accès au traitement spécifiques, et mènent des actions ciblées sur leurs bénéficiaires. Le dépistage n'y est pas obligatoire, et les personnes concernées peuvent bénéficier d'un meilleur accès aux soins.

Le secteur de l'éducation a rédigé une version préliminaire de son plan sectoriel de lutte contre le SIDA¹⁹ en mai 2009. Il prévoit de créer un contexte pour la réduction de la vulnérabilité au VIH/SIDA, faciliter l'accès aux soins et traitement spécifiques pour les acteurs du secteur, créer une ambiance de travail non discriminatoire aux porteurs du virus, et inciter à la pratique dépistage.

Le Ministère de la Culture, de la Jeunesse et des Sports a mis en place un plan d'action 2008-2010 pour la jeunesse dont une des composantes prévoit l'introduction de notions sur le VIH/SIDA dans les curricula de formation professionnelle, la mise en place d'une stratégie d'amélioration de l'accès aux services de santé reproductive et la communication pour le changement de comportement.

Le Ministère de la femme, de la famille, de la cohésion sociale et de la lutte contre pauvreté a rédigé une stratégie nationale de protection de l'enfance²⁰ en octobre 2008 dont les axes stratégiques sont de créer un environnement réglementaire pour le respect du droit des enfants, d'améliorer l'accès aux services de base et d'appui à la demande, d'augmenter les revenus des familles vulnérables, de renforcer les systèmes de protection de base et celle des enfants en particulier. Un plan d'action a été élaboré.

La Guinée-Bissau a ratifié le protocole optionnel à la convention sur l'élimination de toute forme de discrimination contre les femmes en août 2009²¹. Une politique nationale sur le genre est en cours d'élaboration. Dans le cadre de la convention sur les droits de l'enfant, un programme national d'enregistrement des naissances et lutte contre les trafics d'enfants a été mis place.

La loi 5/2007 sur la prévention, traitement et contrôle du VIH/SIDA votée en mai 2007 prévoit un certain nombre de mesures qui rencontrent des difficultés pour leur mise en place. Il persiste un climat de discrimination à l'encontre des PVVIH, et un non-dit autour de la maladie qui porte préjudice à un travail de sensibilisation efficace et productif. Bien que des acteurs clés de la protection des droits des personnes soient présents et mobilisés, les mécanismes d'application des dispositions prévues par la loi font encore défaut.

¹⁹ Politique de lutte contre le sida dans le secteur de l'éducation, Ministère de l'éducation, Bissau, 2008

²⁰ Stratégie nationale de protection sociale de l'enfance, Ministère de la femme, de la famille, de la cohésion sociale et de la lutte contre la pauvreté, Bissau.

²¹ Rapport de la 44^{ième} session de la Convention for Eradication of all Discrimination Against Women (CEDAW), Août 2009, United Nations.

2. Programmes nationaux

2.1. Programmes de prévention

2.1.1. Sécurité transfusionnelle

Il existe en Guinée-Bissau un service de transfusion sanguine situé à l'hôpital national et 6 banques du sang en périphérie en 2009, soit un total de 7 services de transfusion de sang. Toutes les unités de sang sont systématiquement testées pour le VIH selon un protocole national standardisé. Entre le dernier trimestre 2008 et le troisième trimestre 2009, le service national de transfusion a connu une rupture dans l'approvisionnement des tests VIH de la filière habituelle via la centrale d'achat nationale, mais grâce à l'appui de plusieurs partenaires, (CTA de l'hôpital National, UNICEF, hôpital de Cumura), le dépistage du VIH dans le cadre de transfusion sanguine n'a pas été interrompu. Toutes les unités recueillies et transfusées ont été testées. L'activité de transfusion a beaucoup progressé en passant de 2 660 dons de sang recueillis et testés en 2007, à 4 894 en 2009. Plus de 80% des dons proviennent des familles de personnes nécessitant une transfusion en urgence, et les donations volontaires restent réduites.

Cependant, le service national de transfusion de sang n'a pas remis en place de système d'assurance externe de la qualité du dépistage du VIH pendant la période. Le service effectue l'assurance de la qualité au près des services périphériques, mais n'est pas contrôlé lui-même par un service de laboratoire externe. Il faut signaler la présence d'un technicien formé aux techniques de contrôle de qualité dans l'équipe du service national. Jusqu'à 2003, le service participait à un système d'assurance externe par un laboratoire en Italie dans le contexte d'un appui par la Coopération Italienne. Depuis, le service a un accord avec des services de laboratoire en Portugal pour l'assurance de la qualité du test sanguin, mais non pour le test VIH.

2.1.2. Dépistage du VIH

Le dépistage volontaire du VIH existe depuis 2001, et le nombre de services qui offrent ce service a graduellement augmenté de 33 en 2007, à 44 en 2008 et 62 en 2009. Le nombre de personnes testées pendant la période 2008-2009 est présenté dans le tableau 8. Ce nombre n'inclue pas les femmes enceintes qui sont testées dans le cadre de la PTME.

Tableau 9 : Nombre de personnes conseillées et volontairement testées pour le VIH en 2008 et 2009

| Sexe | 2008 | | | | 2009 | | | |
|----------------------|-----------------------|-------------------|--------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------|--------------------------|---------------------|
| | Personnes conseillées | Personnes testées | Personnes séro-positives | % testées positives | Personnes conseillées | Personnes testées | Personnes séro-positives | % testées positives |
| Hommes | 6 613 | 5 188 | 1 143 | 22,0% | 5 436 | 4 272 | 1 048 | 24,5% |
| Femmes | 9 720 | 8 409 | 2 254 | 26,8% | 7 663 | 6 071 | 1 982 | 32,6% |
| Tranche d'âge | | | | | | | | |
| < 15 ans | 576 | 542 | 140 | 25,8% | 724 | 703 | 147 | 20,9% |
| 15-24 ans | 4 736 | 3 985 | 475 | 11,9% | 3 770 | 2 727 | 403 | 14,8% |
| >= 25 ans | 11 021 | 9 070 | 2 782 | 30,7% | 8 605 | 6 913 | 2 480 | 35,9% |
| Total | 16 333 | 13 132 | 3 397 | 22,4% | 13 099 | 10 343 | 3 030 | 29,3% |

L'amélioration du nombre de personnes testées en 2008 par rapport à 2007, ne s'est pas poursuivie en 2009 où seulement 10 343 personnes ont été testées, une baisse de près de 24% entre 2008 et 2009. Cette baisse se fait principalement au dépend des femmes (-28%) et de la catégorie des 15-24 ans (-32%). En revanche, la catégorie des moins de 15 ans enregistre une hausse de 26 % des conseils et de 30% des personnes testées. Les ruptures de stock en test au début de l'année 2009 expliquent en partie cette baisse.

Avec la baisse d'activité de dépistage, s'accroît le pourcentage de tests positifs passant de 22,4% à 29,3%. Ces chiffres très élevés (qui correspondent en partie à une activité répétée de test chez les mêmes personnes), confirment que les personnes sont principalement dépistées dans un contexte diagnostique, et que la part du dépistage « volontaire » chez des personnes souhaitant connaître leur statut sérologique tend encore à baisser.

Le nombre de test positifs enregistrés se réduit entre 2008 et 2009 en passant de 3 397 à 3 030. Le système de notification ne permet pas encore de valider ces chiffres qui comprennent des personnes dépistées plusieurs fois.

Le système d'information permet de discriminer les données concernant le dépistage dans deux sous-groupes que sont les patients tuberculeux et les patients consultant pour une IST (activité incluse dans celle rapportée plus haut) :

Tableau 10 : Pourcentage de tests positifs pour le VIH dans deux sous-groupes spécifiques, en 2008 et 2009.

| Dépistage dans des sous-groupes | 2008 | | 2009 | |
|---------------------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| | Personnes testées | % testées positives | Personnes testées | % testées positives |
| Patients tuberculeux | 540 | 46,3% | 664 | 40,4% |
| Personnes consultant pour IST | 411 | 28,2% | 102 | 21,6% |

La baisse d'activité concerne également les stratégies de dépistage appliquées à ces deux groupes.

En 2008, on a demandé aux personnes interrogées dans le cadre de l'enquête CAP-SR si elles avaient déjà effectué le test. L'indicateur mesuré par l'enquête CAP-SR ne correspond pas avec l'indicateur 7 « Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat », puisque cet indicateur spécifie une période, alors que l'indicateur CAP-SR ne spécifie pas de période et demande seulement si la personne a déjà effectué un test, et pas si elle a obtenu le résultat.

Tableau 11 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans ayant déjà effectué le test de dépistage VIH, en 2008

| Tranche d'âge | 15-19 ans | 20-24 ans | 25-49 ans | TOTAL |
|---------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Femmes | 6,6% | 13,9% | 11,8% | 11,1% |
| Hommes | 8,8% | 13,5% | 13,9% | 11,8% |
| TOTAL | 7,8% | 13,7% | 12,8% | 11,5% |

Seulement 11,1 % des femmes et 11,8 % des hommes interrogés ont déclaré avoir subi un test comme indiqué dans le tableau 6. Mais ces chiffres apparemment similaires cachent de grandes disparités entre les sexes et entre les régions.

La pratique d'un test antérieur passe de 5,3% (Gabu) à 23,8% (Secteur de Bissau) soit d'un facteur 4,5 chez les hommes, et de 7,7% (Tombali) à 19,8% (Secteur de Bissau) soit un facteur 2,6 chez les femmes. Compte-tenu des opportunités supérieures de dépistage lors de la grossesse, il est étonnant que les pourcentages observés chez les femmes ne soient pas globalement plus élevées que chez les hommes. En fait, dans deux régions Bafata et Bijagos, les hommes sont 1,5 à 2 fois plus nombreux à avoir réalisé le test, alors que dans deux autres (Gabu et Oio), c'est aux femmes d'être les plus nombreuses.

Pour les femmes de 15-49 ans, les résultats à la question du MICS 2006 formulée de manière analogue peuvent être comparés : le pourcentage de femmes interrogées qui avait déjà réalisé un test VIH en 2006 est de 6 %, et de 11,1% en 2008 dans l'étude CAP, laissant penser à une amélioration dans l'accès au dépistage dans cette période.

La progression observée dans les enquêtes apparaît en décalage avec l'évolution des services, en nette baisse. La question posée ne permet pas de repérer les personnes ayant réalisé le test dans les 12 derniers mois, et donc de mesurer l'activité de dépistage récente. L'activité reste distribuée inégalement témoigne d'un accès et d'une utilisation réduite des services, situation encore accentuée lors de période de rupture de stock en test comme au début de l'année 2009. Les résultats restent très en deçà des objectifs du plan stratégique national. Le dépistage volontaire est encore très limité, et le succès de la campagne dans les universités menées en avril 2008 (2 899 tests réalisés en 5 jours), témoigne d'une demande existante en dépistage volontaire pour une large part non satisfaite. Des stratégies spécifiques doivent être mise en place pour inverser cette tendance de contraction de l'activité sur le dépistage diagnostique dans les seules structures de soin.

2.1.3. Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque

Il existe en Guinée-Bissau quatre organisations qui mettent en place des programmes de prévention avec les professionnelles du sexe : ENDA Tiers Monde, le Projet Santé de Bandim, l'AGMF et « *Collectividade Nobreza* ». Ces programmes incluent des activités d'information sur les IST/VIH/sida, de communication pour le changement du comportement, principalement utilisant l'approche d'éducation par les pairs, la promotion et la distribution des préservatifs, et depuis 2008 des services de soins pour les IST et de conseil.

L'organisation ENDA Tiers Monde a réalisé une cartographie des PS en Guinée-Bissau et a mis en place depuis 2008 des services spécifiques ce groupe sous forme d'une unité de consultation mobile, et un programme dans 3 régions. L'AGMF, est l'agence qui assure également la commercialisation sociale du préservatif dans le pays. Elle a des activités avec les PS dans la capitale du pays, et dans quatre villes régionales (Cachungo, Bafata, Gabú et Bissora). *Collectividade Nobreza* est une organisation à base communautaire qui effectue des activités avec les PS dans une ville régionale (Gabú). Enfin, l'agence de recherche locale (Projecto de Saúde de Bandim) désormais intégrée au nouvel institut national de santé (INASA) a mis en place des services pour les TS à la suite de l'enquête comportementale de 2007. Toutes ces organisations donnent accès à des conseils, condoms, certaines au traitement des IST, mais pas au dépistage, les personnes utilisant le service étant renvoyées vers les structures offrant déjà le service.

L'enquête menée en 2009 parmi les PS n'ayant posé qu'une des deux questions prévues sur l'accès aux services VIH/sida (à savoir si elles avaient reçu des préservatifs), il n'est donc pas possible de calculer entièrement l'indicateur 9 « Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre ». Le tableau suivant présente uniquement les résultats de la deuxième question, mais sans mention de période :

Tableau 12 : Pourcentage de professionnelles du sexe ayant reçu des préservatifs en 2009

| Tranche d'âge | Ont reçu des préservatifs |
|---------------|---------------------------|
| < 25 ans | 38,1 % |
| >= 25 ans | 65,4 % |
| Total | 55,3% |

Au total, plus de la moitié des PS interrogées déclarent avoir reçu des préservatifs, et les plus de 25 ans semblent avoir été davantage bénéficiaires de ce service.

2.1.4. Prévention de la transmission mère-enfant

L'offre de services de PTME s'est beaucoup développée dans les deux dernières années. Elle est désormais présente dans toutes les régions du pays : de 13 centres en 2007, elle est passée à 23 en 2008 et 53 à la fin 2009. Les centres ayant des femmes enceintes bénéficiant de thérapie antirétrovirale préventive sont passés d'une formation 2007, à 5 en 2008 et 28 à la fin de 2009. Enfin, 15 centres avaient des enfants nés de mères séropositives sous traitement ARV en fin 2009. Cette couverture s'est considérablement élargie à partir du dernier trimestre 2009.

Le nombre total de femmes qui se sont présentées aux formations sanitaires pour la première consultation prénatale, le nombre qui s'est présenté dans une structure offrant les services de prévention et le nombre de femmes conseillées et testées sont présentés dans le tableau 13.

Depuis 2007, le nombre de femmes enceintes ayant accès au dépistage VIH a considérablement augmenté passant de 8 235 en 2008 (+20 %) à 13 864 en 2009 (+ 68%), ceci étant du à l'extension des services de PTME à davantage de centres ce qui a permis d'augmenter la couverture dans l'accès au service de respectivement 33% et 51%. Au total, sur la période le nombre de femmes enceintes dépistées dans les CPN a plus que doublé (+101%), proportionnellement à l'amélioration de la couverture des services. Ce gain principalement été réalisé au dernier trimestre 2009 avec près de 45% des dépistages réalisés dans l'année.

Tableau 13 : Nombre et pourcentage de femmes enceintes qui ont été testées pour le VIH

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Nombre total de femmes enceintes qui se présentent aux CPN dans le pays | 42.127 | 40.986 | 42.998 |
| Nombre de femmes enceintes qui se présentent aux CPN avec dépistage | 9.930 | 13.206 | 19.982 |
| Nombre de femmes enceintes conseillées et testées | 6.886 | 8.235 | 13.864 |
| Pourcentages testés | 16,3% | 20,1% | 32,2% |

L'activité résumée cache une grande disparité entre les sites, puisqu'en 2009, 6 centres représentaient 50 % de l'activité (dont un hôpital qui comptait pour 25%), mais les signes d'une décentralisation de l'offre des services étaient perceptibles. L'enjeu est désormais que les services offerts s'intègrent encore davantage aux prestations de consultations prénatales pour être disponibles pour la majorité des femmes venant en consultation prénatale et profitant des progrès enregistrés dans l'utilisation des CPN par les futures mères.

En Guinée-Bissau, le système de suivi de routine du programme PTME s'est amélioré dans les deux dernières années. Cependant, d'une part, le nombre de femmes bénéficiaires n'inclut pas les femmes qui, suite au résultat CD4, ont tout de suite débuté la thérapie antirétrovirale. Le système ne permet pas encore d'enregistrer les différents régimes utilisés pour le traitement.

De plus, si certaines femmes peuvent débiter le schéma préventif dans un centre de santé en y étant enregistré comme telles, elles peuvent ensuite accoucher à la maison ou bien dans un autre centre où elles peuvent continuer le schéma débuté ou non. L'enregistrement des types de schémas préventifs par centre en est ainsi rendu plus difficile.

Le nombre estimé de femmes enceintes infectées a été calculé en utilisant le programme de SPECTRUM. Les estimations de 2008 ont été utilisées également en 2009²².

Le tableau 14 présente les résultats de l'indicateur 5 qui estime le « pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant ».

²² La comparaison avec la période précédente n'est pas possible, car une autre méthode avait été utilisée en prenant la moyenne des taux de prévalence parmi les femmes enceintes selon les résultats de la dernière étude sentinelle, soit 4,5%. L'avantage de cette méthode était de prendre en compte l'infection par les deux types de VIH, 1 et 2. Ceci est important dans le contexte de la Guinée-Bissau, un pays où l'infection par le VIH 2, bien qu'en régression reste présente de manière significative.

Tableau 14 : Nombre et pourcentage estimés de femmes enceintes séropositives (VIH 1 ou VIH 2) qui reçoivent une thérapie prophylactique ARV

| | 2008 | 2009 |
|--|--------------|--------------|
| Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux | 305 | 383 |
| Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH | 1 600 | 1 600 |
| Pourcentage qui a reçu des antirétroviraux | 19,1% | 23,9% |

Des difficultés d'ordre logistique (distribution réduite des ARV) ont résulté en une baisse du nombre de femmes bénéficiant d'antirétroviraux en 2008 par rapport à 2007 (349), mais en 2009, elles ont pu être surmontées et grâce à la couverture accrue, le nombre de femmes enceintes bénéficiaires a nettement progressé surtout au dernier trimestre 2009 (+ 25% par rapport à 2008) avec 383 femmes sous traitement, soit un peu moins d'une femme sur quatre.

On peut observer que les gains en terme d'accès de couverture et de dépistage ne se sont traduits que partiellement en terme d'accès au traitement : si les progrès pour le dépistage s'étaient appliqués au traitement dans la même proportion, et toutes choses étant égales par ailleurs, c'est près de 700 femmes enceintes contaminées qui auraient du bénéficier des ARV en 2009.

Le tableau suivant donne la répartition des traitements entre les 34 sites ayant mis des femmes enceintes sous thérapie antirétrovirale en 2009

Tableau 15 : Répartition par schéma thérapeutique des traitements de prévention de la transmission verticale, 2008 et 2009

| Type de schéma thérapeutique | 2008 | 2009 |
|--|------------|------------|
| Monothérapie | 6 | |
| Bithérapie | | |
| Trithérapie | 61 | 162 |
| Femmes sous ARV avant la grossesse | | |
| Autres | 238 | 221 |
| Total des femmes enceintes ayant reçu des antirétroviraux | 305 | 383 |

Au moment de la rédaction du rapport, seules les informations pour un site (Ceu et Terra) étaient disponibles. Mais ce site représentait 42% de l'activité de PTME. La ligne « autres » correspond au reste des sites pour lesquels cette information n'a pas encore été collectée. Il est possible de dire qu'en 2009, au moins 42% des femmes ayant bénéficié d'un traitement préventif étaient sous trithérapie.

Le nombre de femmes sous TARV, ayant été enceintes et ayant continué leur traitement n'est pas connu. Mais si l'on fait l'hypothèse d'une fertilité réduite de moitié chez les femmes séropositives, et en prenant en compte le nombre de femmes sous traitement en 2009 (1 924), leur nombre en valeur absolue serait de l'ordre de la moitié de celle ayant reçu les schémas habituels de PTME, ce qui augmenterait la couverture de manière significative.

La dernière version de SPECTRUM a été utilisée pour calculer l'indicateur 25 « Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH », mais tous les paramètres nécessaires n'ont pas encore été rassemblés.

Tableau 16 : pourcentage estimé de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH en 2009

| | 2009 |
|---|-------------|
| Nombre de nourrissons infectés par le VIH | DND |
| Femmes enceintes séropositives | DND |
| Total | DND |

2.1.5. Enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes scolaires de préparation à la vie active

Le Ministère de l'Éducation s'est engagé clairement en rédigeant un projet de politique sectorielle de lutte contre le SIDA 2009-2012 en mai 2009. L'enseignement relatif au VIH dans les programmes scolaire avait déjà été l'objet d'une révision des curricula scolaires à partir de la troisième classe de primaire jusqu'au niveau secondaire. L'éducation sur le VIH/SIDA par la méthode « pédagogie par objectifs » est déjà appliquée dans les écoles et un total de 150 professeurs a été formé. Il est prévu de poursuivre l'intégration de contenu spécifique au VIH/IST pour les deux dernières années de l'école secondaire et les formations professionnelles.

Cependant, le document actuel ne mentionne pas l'utilisation des méthodes spécifiques des programmes de « préparation à la vie active », et il prévoit d'intégrer les contenus relatifs au VIH/IST dans 5 disciplines existantes. L'approche préparation à la vie active est une méthode d'enseignement qui s'appuie sur des exercices interactifs afin de favoriser chez les jeunes l'adoption de comportements positifs vis-à-vis des difficultés de la vie quotidienne, et appliqué à l'enseignement sur le VIH la réduction du risque d'être infecté par le VIH.

Le ministère utilise déjà une approche d'enseignement « par compétences », comparable à celle de la « préparation à la vie active ». Avec l'appui du FNUAP en 2006, 13 personnes avaient été formées dans ce sens. Actuellement la réflexion sur les curricula scolaires se poursuit pour inclure l'enseignement relatif au VIH utilisant cette nouvelle approche. Pour le moment il n'y a encore aucune école qui applique l'approche, mais des actions pilotes avec l'appui de INDE sont prévues en 2010.

2.2. Programmes de soins, traitement et soutien

2.2.1. Traitement du VIH

2.2.1.1. Thérapie antirétrovirale

La thérapie antirétrovirale (TARV) des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) a été initiée en Guinée-Bissau en juin 2005. Depuis 2007, le nombre de formations sanitaires qui offrent le TARV a graduellement augmenté de 11 en 2007, à 21 en 2008 et 26 en 2009. Cette amélioration de l'offre s'est accompagnée d'une forte augmentation du nombre de PVVIH bénéficiant d'un traitement TARV passant de 890 à la fin de 2007, à 1 832 en 2008 et 2 644 à la fin 2009.

Le tableau 17 présente le nombre de personnes qui était en traitement à la fin de 2008 et de 2009, ainsi que l'estimation du nombre de personnes infectées par le VIH parvenues à un stade avancé nécessitant un traitement antirétroviral. Ce nombre a été estimé en utilisant la dernière version du modèle de projections SPECTRUM pour 2009, la valeur de 2008 donnée par la version précédente du modèle ayant été conservée. Le modèle a estimé le nombre de PVHIV en besoin de traitement à 5 600 en 2008 et à 5 885 en 2009. Cependant ces estimations ne prennent pas en compte l'infection par le VIH 2 qui représente cependant une charge de morbidité significative dans la file active de l'hôpital national, 17,7% de personnes sous TARV étaient uniquement infectées par le VIH 2²³ en juillet 2009 et près de 25% des femmes séropositives dans la dernière étude sentinelle le sont par le seul VIH2.

Tableau 17 : Nombre et pourcentage de personnes parvenues à un stade avancé de l'infection par le VIH (VIH 1 ou 2) qui reçoit une thérapie ARV

| | Déc. 2008 | Déc. 2009 |
|---|--------------|--------------|
| Nombre de personnes recevant une TARV | 1.832 | 2.764 |
| Nombre estimatif de PVVIH | 23.007 | 23.755 |
| Nombre estimatif de personnes ayant besoin d'une TARV | 5.600 | 5.885 |
| Pourcentage recevant TARV | 32,7% | 47,0% |

Le système d'information clinique sur les PVVIH a rencontré des difficultés pour suivre l'augmentation du nombre de personnes incluses, et il n'est pas actuellement possible de vérifier si des personnes sont enregistrées dans plusieurs centres. Mais des mesures correctives sont prises afin de pouvoir centraliser toute l'information clinique provenant des différents sites de prise en charge, et notamment une meilleure gestion des sorties de cohortes et un contrôle plus facile sur la qualité des indicateurs de suivi produit par le système d'information actuel. Le nombre personnes ayant accès au traitement a fortement augmenté en passant de 890 à 1 832 à fin 2008 (+ 51,4 %) et à 2 764 à fin 2009 (+ 50,9 %).

Le tableau 18 présente les estimations des pourcentages de personnes en traitement par tranche d'âge et par sexe à la fin de 2009. Le pourcentage de femmes traitées est supérieur, ce qui est probablement

²³ Rapport bimensuel, N°9, "West African Retrovirus and AIDS Cohort study", juillet 2009,

du au fait que beaucoup de femmes sont détectées dans le cadre de la PTME. En 2009, le dépistage en PTME ayant dépassé pour la première fois le volume de dépistage par d'autres stratégies.

Tableau 18 : Pourcentage de personnes parvenues à un stade avancé de l'infection par le VIH (VIH 1 ou 2) qui reçoit une thérapie ARV, par sexe et tranche d'âge, en 2009

| Tranche d'âge | Hommes | Femmes | Total |
|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 0-14 ans | 7,6% | 8,2% | 7,9 % |
| ≥ 15 ans | 46,6% | 71,1% | 60,3 % |
| Total | 34,5% | 55,7% | 47 % |

La couverture globale des besoins pour le traitement est estimée à près de 47%, mais elle est inférieure à 8% chez les enfants. Bien que la version du modèle SPECTRUM ait évolué, les dénominateurs permettent de comparer la situation avec celle de 2007. La progression dans l'accès au traitement a surtout bénéficié aux femmes adultes (31,2% en 2007 soit + 24%), et dans une moindre mesure pour les hommes (23,8% en 2007 soit +11%). L'accès au traitement des enfants n'a pas progressé et reste très faible, les gains ayant été uniquement réalisés chez les adultes. Le nombre de centres déclarant avoir des enfants sous ARV pédiatriques a cependant augmenté sur la période (de 1 en 2007 à 16 en fin 2009), et le dépistage virologique précoce des nouveau-nés utilisant la méthode du Dry Blood Test devrait être mis à disposition en 2010.

Même si le nombre de structures a nettement augmenté, la croissance du nombre de patients s'est principalement faite dans un rayon de 15km autour de Bissau où 84% des patients sont pris en charge. Deux sites hospitaliers appuyés par des fonds privés représentent à eux seuls 60% de l'activité, et 6 centres de moyennes importances 30%. L'accueil des patients doit être davantage attractif dans les centres périphériques et en milieu rural, ainsi qu'au sein même de la capitale où les capacités de suivi de l'hôpital national semblent avoir atteint leurs limites. Les objectifs du plan national pour le traitement en 2009 ont été dépassés, mais la décentralisation de la prise en charge et l'amélioration de l'accès aux ARV pour les enfants représentent une priorité.

2.2.1.2. Personnes encore en traitement après 12 mois de thérapie antirétrovirale

L'information des différents sites de traitement n'étant pas centralisée, le nombre de patients atteignant un an révolu de traitement antirétroviral n'est pas aisément calculé en Guinée-Bissau. A partir des informations de la base de données nationales en voie de constitution, une analyse a été faite pour les patients ayant débuté la thérapie ARV dans l'année 2008 en s'assurant que tous les décès, perdus de vue et abandons avaient été réintégrés au dénominateur. Cette analyse a été faite pour 9 formations sanitaires représentant 45% (584) du nombre de patients étant mis sous traitement d'après le système de routine (1 303). Il n'a pas été possible d'utiliser les données de l'hôpital de Cumura (547 patients) dans ce calcul, une partie de l'information sur les sorties de suivi étant non encore informatisée. Les résultats sont présentés dans le tableau 19

Tableau 19 : Pourcentage de personnes infectées par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début

| % en traitement après 12 mois (2009) | Ont initié le traitement en 2008 | Encore en traitement après 12 mois | % en traitement après 12 mois |
|---|---|---|--------------------------------------|
| Hommes | 208 | 168 | 80,8 % |
| Femmes | 370 | 315 | 85,1 % |
| Total | 578 | 483 | 83,6 % |
| Moins de 15 ans | 26 | 17 | 65,4% |
| Plus de 15 ans | 552 | 466 | 84,4% |

Le résultat pour l'indicateur 24 « Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci » est de 83,6 %.

Les autres patients avaient soit abandonné le traitement (1,7 %), soit était décédé (9,7%), ou perdus de vue (5 %). La survie en traitement est meilleure chez les femmes (85,1%) que chez les hommes (80,8%). Elle est cependant très inférieure chez les moins de 15 ans (65,4%) par rapport aux adultes (84,4%). Non seulement, l'accès au traitement pour les enfants n'a pas progressé depuis 2007, mais la survie sous traitement des enfants est très inférieure à celle des adultes.

Pour les deux formations dont l'information avait été utilisée en 2007 pour cet indicateur, le pourcentage passe de 61,7% en 2007 à 84% en 2009.

Il semble que la qualité en terme de survie sous traitement se soit significativement améliorée depuis 2007. Il est souhaitable de confirmer cette tendance en intégrant l'information de l'ensemble des patients sous traitement, en particulier celle de l'hôpital de Cumura, où de nombreux patients en fin de vie sont accueillis en raison de la qualité des soins palliatifs qui y sont dispensés.

L'effet exact de la mise en place des nouvelles recommandations de l'OMS d'indication de traitement antirétroviral à partir d'un seuil réduit de CD4 à 350/mm³ n'a pas encore été estimé. Mais cette variable devra être prise en compte dans les projections de croissance de la cohorte de malades et pour la quantification des ARV.

2.2.2. Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH

L'offre de services pour les soins VIH et tuberculose n'est pour l'instant pas coordonnée, mais en 2009, 16 des 26 centres VIH disposaient aussi de services de dépistage de la tuberculose, un système de référence étant organisée dans les autres. Même si les files de patients sont gérées séparément des mécanismes de référence mutuelle ont été mis en place.

Le pays a institué une politique de dépistage VIH des personnes avec tuberculose confirmée: tous les nouveaux cas de tuberculose notifiés sont référés pour dépistage VIH. L'information les concernant est collectée en routine dans le SIS-VIH depuis 2008 et sont disponibles dans les rapports du PNLT depuis 2007. Respectivement, 25 % et 30% des cas de tuberculose confirmés ont été testés en 2008 et 2009.

Bien que le dépistage de la tuberculose soit recommandé chez les PVVIH nécessitant une thérapie antirétrovirale, les informations concernant le nombre de personnes dépistées ne sont pas disponibles au niveau national, et seul l'hôpital national met en place cette mesure.

L'information sur le nombre de patients co-infectés bénéficiant des deux traitements figure dans les formulaires de rapport du programme de lutte contre la tuberculose, mais le système d'information VIH ne permet pas encore de repérer toute l'information sur les patients bénéficiant des deux traitements. Il n'existe pas encore de mécanismes de comparaison de données entre les deux systèmes.

L'estimation du nombre de personnes ayant besoin des deux traitements a été réalisées à partir du nombre de cas attendus de tuberculose en 2008 et 2009 (soit 4 046 et 4 257), et de la séroprévalence pour le VIH observée dans ce groupe de personnes, respectivement 46,3 % et 40,4%.

Tableau 20 : Pourcentage de cas de tuberculose lié au VIH ayant reçu les deux traitements

| | 2008 | 2009 |
|--|--------------|--------------|
| Personnes avec les deux traitements | 156 | 171 |
| Personnes nécessitant les deux traitements | 1 873 | 1 719 |
| Total | 8,3 % | 9,9 % |

D'après ces estimations, à peine 10 % des besoins estimés seraient actuellement couverts.

2.3. Programmes d'atténuation de l'impact

2.3.1. Soutien destiné aux enfants affectés par le VIH et le sida

D'après l'enquête MICS 2006, 11,3% des enfants de 0-17ans sont orphelins de père ou de mère (110 000 enfants) et 1,8% orphelins des deux parents. Il est estimé que 10% des orphelins le sont en raison du VIH/SIDA, soit 11 000 enfants.

Le soutien aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) en Guinée-Bissau a fait l'objet d'une étude de besoins²⁴ en octobre 2008, détaillant les composantes de la vulnérabilité des enfants, sur lesquelles influent le VIH. Le VIH apparaît pour les familles comme un facteur de vulnérabilité aigu dans un contexte de vulnérabilité structurelle, les enfants étant particulièrement exposés.

²⁴ Voir référence 6

Le soutien aux OCV est encore principalement assuré par les familles élargies qui recueillent et prennent soins des enfants lors du décès ou de la maladie de parents, et par le secteur non gouvernemental. La Caritas a un programme national d'appui nutritionnel aux OEV dans leurs familles, et des associations gèrent des orphelinats ou des programmes d'appui en institution (SOS-Village, Casa Emanuel), ou en milieu ouvert (Ceu & Terra).

D'après les données de routine, au dernier trimestre 2009 les quatre organisations citées déclaraient apporter un soutien à 1 380 orphelins, et à 883 enfants malnutris. Les institutions accueillant des enfants ont atteints leur capacité d'accueil, et les stratégies d'appui et de maintien au sein des familles ne se développent que très lentement.

La couverture par les programmes de soutien destiné aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) est encore réduite au Guinée-Bissau, comme l'avait montré les résultats de l'enquête en grappe à indicateurs multiples (MICS) en 2006. Dans cette enquête, les chefs de famille déclaraient que seulement 7,5% des enfants orphelins ou vulnérables (de 0 à 17 ans) avaient reçu une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge. Il n'a pas été procédé depuis à d'autres enquêtes depuis, et c'est pourquoi ce même chiffre a été conservé pour l'indicateur 10.

Des ressources substantielles sont disponibles dans le cadre de la subvention GFTAM 7^{ième} tour, et seront mises en œuvre au courant de l'année 2010.

3. Connaissances et comportements

Les programmes de changement de comportement menés en Guinée-Bissau pendant la période 2008-2009, ont consisté principalement en des interventions d'information, éducation et communication menées par quelques ministères auprès de leur personnel, par des agences non gouvernementales et associations communautaires. Les principales voies de communications utilisées sont les radios, les discussions de groupes et la diffusion de messages éducatifs imprimés (affiches, dépliants), ainsi que la stratégie d'éducation par les pairs pour certains groupes. Le marketing social du préservatif est assuré par une agence locale, l'AGMS. Un grand nombre de partenaire sont impliqués

Les résultats de deux enquêtes menées pendant la période 2008-2009 ont été utilisées: une enquête Connaissances Attitudes Pratiques en matière de santé reproductive en population générale adulte (CAP-SR de 2008) sur plus de 4000 répondants dans tout le pays, et une enquête parmi les professionnelles du sexe en 2009, menée par le PSB auprès de 174 prostituées de sexe féminin dans 7 régions. Ces enquêtes ont mesuré certains indicateurs sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) relatives au VIH/sida. Pour l'enquête CAP-SR, les données ont été reprises pour correspondre au groupe d'âge requis (tranche d'âge étendue à 60 ans dans l'échantillon initial pour les hommes).

3.1. Scolarisation des orphelins

Il n'y a pas eu de nouvelle enquête MICS depuis 2006, la nouvelle enquête étant prévue en 2010. Les résultats présentés sont ceux du rapport précédent, le ratio du taux de scolarisation parmi les enfants orphelins et non orphelins, tel qu'exigé pour le calcul de l'indicateur 12 « Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans ». Ce ratio compare le taux de scolarisation des enfants de 10-14 ans qui ont perdu leurs deux parents avec le taux de scolarisation des enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux. Les résultats sont présentés dans le tableau 21. Le taux de scolarisation des enfants orphelins était presque égal à celui du taux des enfants non orphelins. Un résultat à première vue surprenant, surtout parce qu'il existe actuellement peu d'interventions de soutien pour la scolarisation des enfants orphelins ou vulnérables en Guinée-Bissau (voire chapitre 2.3.1). L'explication la plus raisonnable est qu'apparemment le soutien assuré par les familles et les communautés aux orphelins réussit encore à leur garantir l'accès à l'éducation. On note que l'écart fille/garçon pour les taux de scolarisation est près du double en cas de perte des deux parents.

Tableau 21 : Ratio du taux de scolarisation parmi les enfants orphelins et non orphelins âgés 10-14 ans, en 2006

| Sexe | Enfants orphelins | Enfants non-orphelins | Ratio |
|--------------|-------------------|-----------------------|-------------|
| Masculin | 71,9% | 72,8% | 0,99 |
| Feminin | 66,1% | 69,6% | 0,95 |
| Total | 69,3% | 71,3% | 0,97 |

3.2. Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

Les connaissances des jeunes relatives au VIH/sida ont été mesurées par une enquête CAP Santé Reproductive en 2008 pour les deux sexes afin de pouvoir documenter l'indicateur 13 « Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus » exigé pour le rapport UNGASS.

Les résultats sont présentés dans le tableau 22. Les connaissances relatives aux modes de transmission du VIH et aux moyens de prévention parmi les 15-24 ans apparaissent encore assez réduites au Guinée-Bissau. Seuls 13% des personnes interrogées peuvent correctement répondre à toutes les questions (identifient correctement les 3 méthodes de prévention et récusent les 2 idées fausses).

Tableau 22 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus, par tranche d'âge

| Connaissances correctes | 15-19 ans | 20-24 ans | Hommes | Femmes | 15-24 ans |
|--|------------------|------------------|---------------|---------------|------------------|
| Rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté | 76,3% | 81,4% | 82,3% | 75,3% | 78,8% |
| L'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport | 76,7% | 83,5% | 88,9% | 71,4% | 80% |
| Une personne paraissant en bonne santé peut être séropositive | 51,1% | 58,1% | 60,1% | 48,9% | 54,5% |
| Une piqûre de moustique ne peut pas transmettre le VIH | 22,5% | 27,2% | 27,5% | 22,1% | 24,8% |
| On ne peut pas contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive | 40,5% | 48,9% | 50,3% | 38,8% | 44,6% |
| Connaissance exhaustive | 10,4% | 15,7% | 12,6% | 13,2% | 13 % |

Les connaissances paraissent même en régression chez les femmes de 15-24 ans si on les compare aux résultats du MICS 2006, à 13,2% pour 17,7% comme rapporté sur la période précédente. Si pourtant les connaissances augmentent entre 5 et 17 points sur quatre questions entre 2006 et 2008, les réponses sur la contamination éventuelle par piqure de moustique sont nettement moins bonnes en 2008 qu'en 2006, ce qui explique la dégradation du score global. Cependant il faut noter que l'étude CAP n'a pas pondéré les résultats par région, résultant dans une surreprésentation des régions rurales où les connaissances sont plus réduites.

Il existe un effet âge avec de meilleures connaissances chez les 20-24 ans que chez les 15-19 ans (+ 5,3%), et ce pour toutes les questions (de 5 à 8% de gain chez les 20-24ans). On constate que bien que les hommes aient de meilleurs scores que les femmes à toutes les réponses, au total celles-ci obtiennent un score légèrement meilleur. Ceci peut indiquer un manque de cohérence dans les connaissances : ainsi sur les 27% des hommes qui répondent correctement à la question sur la contamination par le moustique a priori la plus discriminante, plus de la moitié ont au moins une réponse fautive par ailleurs (ce phénomène existant aussi chez les femmes quoique de manière plus atténuée). Ceci pourrait laisser penser que les connaissances ne sont pas acquises de manière organisées mais disjointes, comme n'ayant aucun lien entre-elles, puisque le fait de répondre juste à la question la moins maîtrisée ne prédispose pas à un sans-faute sur les autres points.

Les connaissances sur le mode de transmission sexuel et le moyen de l'éviter sont bonnes (même si les femmes sont 17% de moins que les hommes à savoir qu'un préservatif protège de l'infection), mais la notion de personne contaminée asymptomatique n'est connue que par un peu plus de la moitié des répondants, les hommes ayant de bien meilleures connaissances en ce domaine que les femmes (écart de 12%). La question de la contamination par le moustique est celle où il existe le moins d'écart entre les deux sexes et entre les tranches d'âge, avec un niveau de connaissance préoccupant (moins de 25%). Enfin, moins de la moitié des répondants s'accordent sur le fait de ne pouvoir être contaminé en mangeant avec une personne séropositive.

Ces résultats sont préoccupants dans le sens où les connaissances apparaissent très faibles en dehors du message sur la contamination sexuelle, la croyance en des rumeurs encore très forte, et le contexte pour entretenir la stigmatisation envers les personnes séropositives favorable. Il y a urgence pour à la fois compenser ce manque de connaissance tout en travaillant aux changements de comportement.

3.3. Connaissances des populations les plus à risque en matière de prévention du VIH

L'enquête parmi les professionnelles du sexe menée à la fin de 2009 a posé la totalité des questions nécessaires à la construction de l'indicateur 14 « Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus ».

Tableau 23 : Pourcentage de professionnelles du sexe qui identifient correctement les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus, par tranche d'âge

| Connaissances correctes | Moins de 25 ans | Plus de 25 ans | Total |
|--|-----------------|----------------|---------------|
| Rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté | 68,7% | 68,2% | 68,4 % |
| L'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport | 95,3% | 93,5% | 94,2 % |
| Une personne paraissant en bonne santé peut être séropositive | 76,5% | 65,1% | 69,4 % |
| Une piqûre de moustique ne peut pas transmettre le VIH | 65,6% | 68,2% | 67,2 % |
| On ne peut pas contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive | 87,5% | 88,2% | 87,9 % |
| Connaissance exhaustive | 31,4% | 32,8% | 31,4 % |

Globalement avec 31,4% de personnes répondant juste aux 5 questions, les connaissances apparaissent 2 à 3 fois supérieures qu'en population générale (en comparant la catégorie des moins de 25 ans avec les femmes du tableau 11), à l'exception de la première question qui laisse à penser que les personnes interrogées ont davantage foi dans le préservatif qu'en la fidélité pour partenaire pour éviter la contamination. On observe que les connaissances sont homogènes pour les deux tranches d'âge à l'exception de la question sur l'infection asymptomatique où les moins de 25 ans répondent mieux (+ 11%) que les plus âgées.

Par rapport à 2007, les connaissances ont bien progressé sur la connaissance qu'une personne paraissant en bonne santé puisse être séropositive, puisqu'elles étaient 41,3% des moins de 25 ans et 48,2% des plus âgées à répondre correctement, pour 76,5% et 65,1 % en 2009. Le pourcentage qui savait qu'on peut éviter le VIH/sida par l'utilisation systématique du préservatif était de 70% pour 94% en 2009. Ces éléments laissent à penser que les programmes de prévention mis en place depuis 2007 ont produit des effets, en particulier chez les plus jeunes.

3.4. Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

L'enquête CAP-SR 2008 a demandé aux personnes interrogées leur âge lors de leur premier rapport sexuel. L'âge médian était de 16 ans et l'âge modal de 15 ans pour les deux sexes.

Tableau 24 : pourcentage parmi les 15-24 ans du premier rapport sexuel avant 15 ans

| | 15-19 ans | 20-24 ans | Total |
|--------------|---------------|--------------|------------|
| Hommes | 31,9 % | 18,7 % | 26% |
| Femmes | 15,8 % | 11,7 % | 15,8 % |
| TOTAL | 25,4 % | 15,4% | 21% |

On observe que 21 % des personnes interrogées déclarent avoir eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans. Ce pourcentage est de 10 points supérieur chez les 15-19 ans à celui observé chez les 15-24 ans. On constate que cet écart est expliqué principalement chez les garçons avec +13% dans la tranche d'âge de 15-19ans par rapport aux plus âgés, pour seulement + 7% chez les filles. Au sein d'une même tranche d'âge, l'écart garçon-fille tend à s'accroître chez les plus jeunes.

Les résultats du MICS 2006 chez les filles de 15-19 ans donnaient des résultats analogues (21,8% pour 19% dans la CAP-SR). Ces résultats indiquent une plus grande précocité de l'activité sexuelle dans les deux sexes et principalement chez les jeunes hommes. Les résultats de l'enquête MICS 2010 permettront de confirmer cette tendance.

3.5. Rapports sexuels à haut risque

On a demandé aux participants de l'enquête CAP-SR s'ils avaient eu des relations sexuelles occasionnelles (plus d'un partenaire sexuel) au cours des 12 derniers mois. Les résultats sont présentés dans le tableau 24.

Tableau 25 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois en 2008

| Plus d'un partenaire | 15-19 ans | 20-24 ans | 25-49 ans | TOTAL |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Femmes | 9,3% | 12,8% | 9,2% | 12,8 % |
| Hommes | 30,8% | 40,6% | 41,1% | 36,7 % |
| TOTAL | 20,1% | 26,4% | 24,3% | 23,6 % |

Au total, 23,6 % des répondants déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois. On note que les hommes sont près de quatre fois plus nombreux que les femmes à le déclarer. Cet écart se retrouve dans toutes les tranches d'âge. Il peut être dû à la pratique répandue de la polygamie dans le pays.

3.6. Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels à haut risque

L'enquête CAP-SR 2008 a posé deux questions utilisables pour mesurer l'indicateur 17 « Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ». L'une portait sur l'utilisation habituelle du préservatif dans ce type de relations, et l'autre sur l'utilisation du préservatif lors de la dernière relation sexuelle sans en préciser le type. La réponse « oui » a été construite avec ceux ayant répondu « toujours » à la première question, et « oui » à la deuxième.

Tableau 26 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans à avoir utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire sans être marié à lui ou co-habitant en 2008

| Utilisation du condom, relation occasionnelle | 15-19 ans | 20-24 ans | 25-49 ans | TOTAL |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Femmes | 57,1% | 45,7% | 65,5% | 55,4% |
| Hommes | 65,1% | 61,6% | 65,1% | 63,9% |
| TOTAL | 63,4% | 59,1% | 65,1% | 62,7% |

Au total, 62,7% ont répondu avoir utilisé un condom dans cette situation, les hommes étant plus nombreux que les femmes, sauf dans la catégorie des 25-49 ans où les pourcentages sont égaux. On observe une moindre utilisation du condom dans la catégorie des 20-24 ans chez les femmes.

Chez les femmes de 15-24 ans, le pourcentage est de 50,1%, alors que dans l'enquête MICS 2006, ce pourcentage était de moins de 40% pour la même tranche d'âge.

3.7. Utilisation du préservatif par les professionnelles du sexe

L'enquête menée parmi les PS à la fin de 2009 a mesuré l'utilisation du préservatif avec leurs clients et a posé la question si lors du dernier contact avec un client elles avaient utilisé le préservatif. Un total de 174 PS ont répondu à la question, dont 162 (93,1%) affirmait qu'elles avaient utilisé un préservatif. Cette valeur correspond avec l'indicateur 18 « Pourcentage de professionnelles du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client ».

Tableau 27 : Utilisation du préservatif parmi les professionnelles du sexe en 2007 et 2009

| Tranche d'âge | 2007 | 2009 |
|---------------|--------------|--------------|
| < 25 ans | 55,6% | 90,6% |
| >= 25 ans | 62,4% | 94,5% |
| Total | 60,2% | 93,1% |

Par rapport à 2007, ceci correspond à un net progrès puisque cet indicateur avait été mesuré à 60 %. L'amélioration des connaissances a été suivie d'un changement de comportement pour ce qui concerne l'utilisation du condom. Les activités de prévention orientées vers ce groupe cible semblent s'être montrées efficaces.

V. Meilleures pratiques

- Direction politique

Le nouveau Président de la République porte une attention particulière à la question du VIH-SIDA. L'implication du gouvernement à travers le Ministre de la Santé pour la réforme de la structure de coordination nationale a été une étape importante pour améliorer la capacité de la réponse. La nomination d'une commission ad hoc, la conduite d'un concours international pour le recrutement d'experts, le processus transparent et les modalités de mise en place ont permis l'obtention de la subvention du Fonds Mondial du 7^{ième} tour pour la lutte contre le VIH, et d'augmenter les fonds disponibles pour la lutte contre le VIH et le renforcement du système de santé.

- Environnement politique propice

L'implication de la société civile et notamment l'émergence de nouvelles associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA et la mise en place d'un réseau d'ONG avec des antennes décentralisées, est un signal de l'engagement des personnes vivant avec le virus. Leur implication plus concrète sur les sites de prise en charge et de traitements doit être encouragée.

L'implication progressive des secteurs autres que la santé, avec l'identification des personnes focales et les ébauches de stratégies sectorielles spécifiques doit être poursuivi afin d'encadrer les activités menées dans une vision sur le plus long terme. Après les initiatives du Ministère de l'Education, du Ministère de la Femme, de la Famille, de la Cohésion sociale et de lutte contre la pauvreté, les Ministères de l'Agriculture et des transports envisagent de faire de même.

- Intensification des programmes efficaces de prévention

La formation sur la PTME d'un nombre accru de prestataires de soins organisée en aout 2009 a permis d'accélérer l'accès à la prévention de la transmission verticale aux femmes enceintes dans de nombreux nouveaux centres de santé, et l'amélioration de la couverture a entraîné une amélioration de l'utilisation du service.

La mise en place de programmes de prévention spécifiques pour les TS à l'image des actions menées par ENDA Tiers Monde, et le projet Saude Bandim associés à d'autres partenaires dans quatre villes du pays ont permis d'améliorer l'accès aux soins à une population à risque, en adaptant une offre spécifique, avec des résultats significatifs.

Le développement des unités mobiles pour le dépistage intégrés et l'information sanitaire. Elles ont été testées dans la région de Bafata par Médecins du Monde

L'ouverture de centres multifonctionnels pour jeunes (FNUAP, AGUIBEF) permet d'intégrer les services liés au VIH et traitement des IST au sein d'une approche de santé reproductive adaptée au groupe d'âge des 15-24 ans. Trois centres de ce type existent dans le pays dont un ouvert en juillet 2009 à Bissau.

La formation des volontaires communautaires sur les méthodes pour le changement de comportement devrait permettre si elle est développée de ne plus seulement se concentrer sur la transmission des connaissances, mais aussi sur les facteurs sous-tendant les comportements à risque.

L'organisation d'un partenariat entre plusieurs acteurs organisé par l'ONG PLAN International dans la région de Bafata devrait permettre si elle est répliquée de dégager des synergies entre des acteurs avec des compétences et avantages comparatifs différents.

La stratégie de dépistage des enfants et des mères à partir des consultations pour enfants malnutris menées par la Caritas permet de détecter une proportion importante d'enfants séropositifs et mériterait d'être développée.

- **Intensification des programmes de soins, de traitement et/ou de soutien**

Pendant la période 2008-2009 l'accès aux services de la prise en charge des personnes infectées a substantiellement amélioré par l'expansion des services TARV, et la multiplication par 3,5 du nombre de personnes sous traitement. Il semble que cette réussite ait surtout été permise par deux facteurs. Le premier est l'importance de l'accueil des personnes par les soignants, et leur engagement et disponibilité auprès des PVVIH. Le deuxième est l'existence de financements disponibles pour soutenir directement l'activité et le fonctionnement des CTA.

Les deux centres qui ont accompagné cette croissance ont ainsi pu bénéficier de fonds privés (caritatives, et recherche) alors que les nouveaux financements du GFATM n'étaient pas encore disponibles. De plus, la capacité de l'UNICEF à dégager avec flexibilité des fonds pour des dépenses non prévus comme les transport d'ARV du Brésil ont également permis de lever des blocages qui auraient contribué au ralentissement des prestations de services pour les PVVIH.

Le système de parrainage de sites en début d'activité pour les services VIH par la CSLS avec l'appui du programme AWARE a permis de donner confiance à des médecins récemment formés et faciliter la mise en place des services pour les patients. Les dernières supervisions ont montré que certains soignants n'ont pas démarré l'activité, car ils auraient souhaité être accompagnés au début.

VI. Principaux obstacles et mesures correctrices

a) Progrès réalisés en relation aux obstacles énoncés dans le dernier rapport

| <i>Obstacles majeurs</i> | <i>Mesures correctives</i> |
|---|---|
| L'insuffisance d'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans les autres programmes de santé tant au niveau central qu'aux niveaux déconcentré et décentralisé ; | La réforme et le renforcement de la CSLS est en cours (avec le recrutement de trois personnes supplémentaires) |
| Le développement de projets pilotes de couverture géographique limitée sans passage à l'échelle après la phase de projets, et sans la prise en compte d'éléments de pérennisation à la fin du financement extérieur ; | Le renforcement des capacités de gestion des partenariats par la coordination nationale devrait permettre de mieux anticiper et articuler les séquences de projets dans une programmation sur le moyen terme et d'y allouer les fonds nécessaires après évaluation positive |
| Absence d'implication effective des secteurs clés de développement (ministères publiques) et du secteur privé malgré la mise en place des points focaux dans ces secteurs ; | Les ministères de la défense et de l'intérieur restent actifs, le Ministère de l'éducation a rédigé une politique sectorielle VIH, des plans sectoriels sont envisagés dans le secteur de l'agriculture et des transports. |
| L'absence d'action durable et d'envergure envers les groupes cibles prioritaires au niveau desquels la propagation de l'infection est en hausse (femmes, professionnelles du sexe, jeunes, etc.) ; | Des programmes en faveur des professionnelles du sexe se sont développés depuis deux ans, et les programmes pour le personnel en uniforme continuent à être menés par les ministères de tutelle |
| L'absence de données actualisées sur la situation épidémiologique et sur les comportements face au VIH/SIDA; | Trois enquêtes dans des groupes à risques et une enquête sentinelle chez les femmes enceintes ont été menées en 2009 |
| Le plan national de suivi et évaluation demeure en retard ; | Le plan a été adopté et validé en aout 2009, sa mise en œuvre doit se poursuivre |
| La mise à l'échelle des activités reste toujours timide ; | L'année 2009 a vu des progrès significatifs en terme d'accès au traitement et pour le développement de la prévention de la transmission verticale. Le dépistage reste encore très en deçà des objectifs, ainsi que les interventions visant au changement de comportements |
| La manque de ressources humaines qualifiées à tous les niveaux, autant pour l'exécution de certaines activités et services, que pour la gestion des programmes. | Le recrutement d'une nouvelle équipe a été effectué à l'occasion de la subvention du Fonds Mondial sous le leadership du secrétaire national |
| L'intégration de la PTME dans les services prénataux possède un plan dont les engagements sont faibles et en attente des fonds de la 7 ^{ème} série du GFATM | Le nombre de sites de PTME est passé de 13 en 2007 à 53 à la fin 2009, grâce à l'appui des partenaires comme l'UNICEF, et le relais de financement sur fonds de la 7 ^{ème} série est prévu |

b) Obstacles ayant entravé la riposte nationale en 2008-2009

Obstacles de nature technique

- La couverture et l'efficacité des programmes de prévention restent insuffisants. Bien que dans la plupart des régions il existe des interventions pour la réduction du risque, ces interventions ne couvrent pas encore toutes les populations qui en ont besoin, et sont insuffisamment coordonnées avec les structures de prises en charge. Les populations des villages éloignées ne sont exposés que très partiellement aux messages. Le dépistage volontaire n'est pas perçu comme faisant partie d'une stratégie de réduction de risque au niveau individuel.

- La majorité de ces interventions sont menées par des organisations de la société civile, dont les stratégies de communication, la cohésion des messages, et le ciblage sur des comportements clés doivent être renforcés. De trop nombreuses activités ne sont pas directement rattachées à un objectif opérationnel et comportemental précis. L'éducation sur la réduction de la stigmatisation est encore presque inexistante.

- La PTME a rencontré des difficultés pour se décentraliser de la capitale, mais a connu des progrès sensibles au deuxième semestre 2009 pour le dépistage. Cependant l'accès aux antirétroviraux est réduit, à des problèmes logistiques et de ruptures de stock, mais aussi au fait que seul 39% des femmes accouchent dans une structure de santé. Ainsi, les schémas de traitement durant l'accouchement ne peuvent bénéficier aux femmes accouchant à la maison.

- Des ruptures de stock en ARV, qui obligent les soignants à changer de régime thérapeutique sans raison clinique, et ce avec parfois des risques d'effets secondaires importants sur les patients²⁵. Les incertitudes liées aux difficultés de gestion d'information clinique dans un contexte de croissance forte empêchent une prévision fiable dans la quantification des besoins en ARV, ce qui résulte à nouveau en de nouvelles ruptures de stock. Le coût de transport non prévu de la donation en ARV du Brésil a contribué à la pénurie d'ARV.

- La faible disponibilité des examens de laboratoire, obligeant les patients à réaliser les examens en différents endroits, et les soignants à suivre les patients sans paramètres biologiques. Les difficultés de contrôle des flux de tests ont affecté l'accès au dépistage en raison des ruptures de stock à différents niveaux.

- Les programmes de soins et soutien restent limités en grande partie à la capitale, et manquent de moyens opérationnels pour se coordonner avec les centres de soins. Les associations de PVIH sont encore insuffisamment associées aux équipes soignantes. Bien qu'une étude des besoins et une stratégie nationale des OCV ait été établies en juillet 2009, le soutien aux OEV reste insuffisant, et dépendant d'organisations caritatives.

²⁵ Oliveira I, Jensen-FAngel S, da Silva D, and all, Epidemic Stevens-Johnson syndrome in HIV patients in Guinea-Bissau : a side effect of the drug-supply policy ? *AIDS* 2010, **24**:783-787

Obstacles d'ordre systémique :

- La réforme de la coordination nationale a réduit les capacités de réponse et de coordination pendant la période de mise en place de la nouvelle équipe
- La fin du financement du projet MAP de la Banque Mondiale et les pré conditions à la mise en place de la subvention du Fonds Mondial ont occasionné des retards dans le financement des actions des partenaires de mise en œuvre
- L'absence d'une stratégie nationale de communication pour le changement de comportement
- Les difficultés de dialogue institutionnel entre le SNLS et le Ministère de la Santé, et le retard dans le renforcement et la mise en place des systèmes nécessaires au niveau de ce Ministère pour l'utilisation des fonds disponibles.
- L'absence de connaissance du niveau de prévalence exacte du VIH dans le pays, et la complexité supplémentaire représentée par la présence de l'infection par les deux types de VIH, produit un certain flou dans la perception et la réalité de l'épidémie qui a des effets négatifs sur la mobilisation nationale pour la lutte contre l'épidémie.
- Les ressources humaines insuffisantes dans les institutions (Ministères de la santé, éducation, de la pauvreté et cohésion sociale), et du personnel de santé, ainsi que la difficulté de ce dernier à intégrer les activités VIH au sein des paquets de soins.

Obstacles liés au contexte :

- Le climat d'instabilité et de violence politique entre novembre 2008 et juin 2009 a perturbé la bonne marche des services, et les capacités de résolution de problèmes déjà prévalent en situation normale
- Le manque de capacité d'organisations de la société civile qui implique une phase de renforcement organisationnel et de formation avant une utilisation efficiente et transparente des fonds relativement aux objectifs du plan stratégique. Mais aussi la complexité du processus pour l'accès aux ressources du GFTAM.
- La discrimination envers les personnes séropositives comme les femmes infectées qui sont parfois expulsées du domicile familial lors leur statut sérologique est connu. Ou la pratique de *herança* (lévirat) usage selon lequel les femmes veuves et leurs enfants deviennent femmes et enfants d'un frère du mari défunt, risquant l'expulsion sans leurs biens en cas de refus. Ce contexte ne facilite pas l'expansion des services de PTME auprès des femmes enceintes.
- La mobilité importante et non prévisible de la population, et notamment une mobilité importante des patients entre les sites, voire même une recherche de prise en charge au Sénégal voisin pour des raisons de confidentialité.
- Le contexte législatif et réglementaire peu favorable à la protection du droit des personnes

c) Mesures correctives concrètes en vue d'atteindre les objectifs UNGASS convenus.

- Améliorer l'accès au dépistage volontaire et augmenter sa couverture dans les groupes cibles déjà concerné (tuberculeux, patients avec IST, PS), à travers des stratégies intégrées de dépistage (autres pathologies), mobiles et de qualité. Faciliter l'ouverture de davantage de centres d'information et de conseils multiservices
- Faciliter de manière plus globale la prise en charge des personnes aux points d'entrée des services
- Mettre en place le système de contrôle de qualité externe de la banque de sang le plus rapidement possible, y compris dans les antennes régionales
- Poursuivre le développement conjoint de la prise en charge et des services intégrés TB/VIH et développer le dépistage de la TB chez les patients VIH, avec des outils communs de gestion des données cliniques.
- Améliorer le pilotage de la réponse en fonction des connaissances épidémiologiques et allouer les ressources de manière volontariste dans ce sens, notamment d'un point de vue géographique et pour certains groupes cibles.
- Renforcer le réseau et la stratégie de soutiens aux OCV, et aux personnes vulnérables, et aux PVVIH ne pouvant quitter leur domicile, avec les associations de malades pour améliorer l'adhérence au traitement, faciliter l'appui alimentaire, et les soins palliatifs en y associant les soignants
- Inclure les enseignements sur VIH dans une méthodologie de préparation à la vie active dans la politique sectorielle et dans le plan d'actions du secteur de l'éducation à partir des initiatives pilotes
- Mettre en place une stratégie de communication pour le changement de comportement nationale avec des messages ciblés et appropriés, à partir des études socio comportementales existantes dans le pays pour les différents groupes de population.
- Poursuivre l'intégration du paquet de services PTME et traitement des IST au sein de la prise en charge prénatale, et notamment lors de la première CPN pour améliorer l'accès aux ARV pour les femmes dépistées en PTME, et le dépistage précoce et l'accès au traitement pour les enfants
- Assurer un approvisionnement en ARV et tests réguliers dans une approche pragmatique y compris en mettant en place des solutions innovantes et réactives : mise en place d'un système d'approvisionnement d'urgence, monitoring téléphonique des stocks, et prévisions prenant en compte la croissance, politique drastique d'approvisionnement en fonction de l'activité réelle documenté par des rapports fournis régulièrement.
- Assurer un environnement de partenariat fructueux entre acteurs et partenaires aux spécificités et à la plus value reconnues pour les différents versants de la réponse, ainsi qu'une meilleure fluidité et efficacité dans les financements orientés vers les points de prestations de services, de soins, et de soutien.
- Mobiliser les directions régionales pour l'intégration des interventions VIH au sein de la planification régionale
- Améliorer les mécanismes réglementaires pour la protection des personnes vulnérables.

- Mise en place d'un système d'incitation à une prise en charge efficace, humaine et de qualité des PVVIH, en fonction d'objectifs précis et facilement mesurables.
- Développer des programmes de préventions dans tous les groupes à risques sur la base des expériences déjà menées par des acteurs.
- Mieux connaître la charge de morbidité hospitalière du VIH, pour mieux l'organiser et la financer, et améliorer la qualité des soins apportés aux PVVIH lors d'épisodes aigus.

VII. Soutien des partenaires au développement

Le pays est largement dépendant du soutien international pour le financement de la lutte contre le VIH/sida (81% des ressources), le gouvernement Bissau-guinéen étant limité dans ces ressources.

a) Soutien le plus important reçu des partenaires de développement en vue de réaliser les objectifs de l'UNGASS :

Pendant la période 2008-2009, la réponse nationale a principalement été financée par deux programmes multilatéraux, le programme MAP de la Banque mondiale et le Fond mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (4^{ème} série et 7^{ème} série). Le pays reçoit un soutien important des autres agences multilatérales, notamment l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP, le PNUD, et l'ONUSIDA, en particulier pour l'amélioration au système de suivi/évaluation. L'UNICEF a permis le financement du transport des ARV du Brésil en 2009. L'ONUSIDA qui a mis à disposition du pays pour la première fois un coordinateur résident, mais pour une durée d'un an seulement. Le système des Nations Unies a signé un accord avec le SNLS pour la gestion des fonds portant sur un programme d'action unique. L'OOAS a fourni un appui opérationnel au Ministère de la santé et permit l'achat d'équipement de laboratoire. La coopération « Laços Sul Sul » intègre l'appui du Brésil pour la donation d'ARV.

Des ONG internationales comme Plan International, Actionaid, ADPP et la Croix Rouge/Croissant Rouge ont contribué à la mise en place de programmes dans des régions, et d'actions au niveau communautaire (réseau de volontaire), en lien avec la société civile locale. D'autres ont permis la mise en place de programmes spécifiques pour certains groupes à risques. Les organisations caritatives jouent un rôle important comme la Caritas avec un appui aux structures de santé et d'un réseau de services communautaire, et la communauté San Egidio pour le soutien à un hôpital à Bissau. La Caritas et le projet Santé de Bandim (projet de recherche) ont soutenu durant l'année 2009 l'expansion des services de suivi aux PVVIH dans les deux plus grosses structures du pays. La flexibilité des sources de financement permet d'amortir les périodes de transition entre des financements multilatéraux à la planification peu flexible. Ceci est particulièrement important lors du passage à l'échelle où les goulets d'étranglement ne peuvent toujours être prévisibles ni planifiés.

L'appui bilatéral dans la lutte contre le SIDA en Guinée-Bissau est plus réduit mais diversifié. La coopération brésilienne par la fourniture d'ARV, la coopération suédoise à travers la recherche et l'appui au laboratoire national, la coopération américaine à travers le projet AWARE, la Coopération Française par l'appui à un hôpital régional, ont fourni un soutien financier pendant la période du rapport.

b) Actions que les partenaires doivent engager:

Les partenaires doivent :

- o poursuivre leur engagement tandis qu'une meilleure coordination et une meilleure visibilité des besoins doit être assurée par le SNLS. Pour faire face aux défis du passage à l'échelle et avec l'objectif d'atteindre les cibles de l'accès universel et des OMD, chaque partenaire doit pouvoir trouver sa place en fonction de ses spécificités.

- il est important que parmi les partenaires, certaines organisations conservent une certaine flexibilité dans l'allocation des ressources afin de pouvoir faire face à une contrainte non prévue et qui peut ralentir la mise en place des stratégies.
- Il est important également que les partenaires prennent la mesure du temps nécessaire pour que les interventions de renforcement du système de santé portent leur fruit, et acceptent de réserver une partie des financements à cet effet avec des mécanismes de mise en œuvre différents.
- Réussir l'intégration des actions de lutte contre le VIH dans le système de santé implique d'éviter toute stratégie verticalisante qui risque de n'apporter que des gains sur le court terme.
- Continuer à encourager et accompagner le gouvernement dans ses efforts de réforme visant à préserver le droit des personnes, et notamment le respect de la liberté dans l'accès aux soins et au dépistage en évitant les risques d'une approche par trop hygiéniste.
- garder dans leurs préoccupations celle de la qualité des interventions, non seulement en tant que respect des normes établies, mais aussi dans une approche plus globale associant l'acceptabilité des interventions et le contexte dans lequel elles sont mises en place.

VIII. Environnement de suivi et d'évaluation

a) Aperçu du système de suivi-évaluation

Au sein du SNLS réformé en 2008, les ressources humaines allouées au suivi-évaluation ont été significativement augmentée. Une équipe de 4 personnes a été mise en place (1 directeur, 2 adjoint chargé du suivi des activités, et 1 spécialiste en gestion de données). Le suivi et l'évaluation de la réponse nationale est appuyé par les partenaires à travers un comité national qui se réunit tous les mois et qui est composé de personnes techniques des agences multilatérales, des ONG internationales, des principaux partenaires gouvernementaux et de la société civile bissau-guinéenne.

Un plan national de suivi-évaluation a été validé en août 2009, basé sur la stratégie nationale. Il a pris en compte les éléments du guide de suivi-évaluation rédigé en mai 2008, et pour les indicateurs des différents partenaires. Si quelques indicateurs pour l'accès universel et d'UNGASS ne peuvent être encore complètement documentés, les progrès réalisés sont très significatifs, et le pays sera en mesure à court terme de rendre compte à court terme de la réponse selon les critères requis au niveau international.

Au niveau des programmes, le S&E des programmes VIH/sida est intégré dans le plan du système d'information de la santé (SIS) du Ministère de la santé publique auquel est associé étroitement le nouvel institut national de santé (INASA) et des systèmes et outils ont été élaborés pour le recueil de données des programmes TARV, PTME et les services de conseil et dépistage volontaire.

En ce qui concerne la mesure d'indicateurs par des enquêtes d'envergure nationale, trois importantes enquêtes ont été menées en 2009 : une enquête sur les PS, sur les conducteurs et dans le groupe des marins. Une enquête sentinelle a été réalisée chez les femmes enceintes. L'INASA a été sollicité pour toutes ces études.

b) Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système de suivi-évaluation complet

- problèmes logistiques pour la fourniture régulière des supports d'information fiches et formulaires
- absence de processus de contrôle de qualité des informations et de stratégie pour l'utilisation de l'information recueillie
- absence de gestion centralisée de données au niveau individuel pour l'accès aux soins (TARV, PTME) en lien avec la CSLS
- nombre d'indicateurs élevés du plan de suivi-évaluation
- insuffisance de soutien fourni aux partenaires de mise en œuvre y compris dans la rédaction des projets et pour les paramètres de suivi
- manque de moyens informatiques pour la gestion et intégration de l'information pour un meilleur suivi des activités des partenaires, et l'analyse de leur contribution aux objectifs nationaux
- opérationnalisation annuelle non réalisée pour tous les objectifs, compliquant la rédaction des plans opérationnels et la planification des actions

c) Mesures correctives

La rédaction d'une programmation annuelle intégrant l'ensemble des activités et traduite sous la forme d'un plan opérationnel a été améliorée (incluant un plan spécifique pour les activités de suivi et notamment de supervision et de suivi de qualité sur le terrain), intégrant la mise en œuvre des composantes clé de la stratégie nationale et les financements disponibles.

Ce qui est envisagé :

- La fourniture par INASA des supports de données sur papier spécifique à l'activité VIH comme l'institut le fait désormais pour l'ensemble des supports distribués pour le reste du SIS
- l'acquisition d'un logiciel spécialisé dans le suivi et l'évaluation qui permettra d'améliorer la capacité de gestion et de suivi de l'information recueilli, facilitera la création de rapports réguliers, et la rétroinformation aux partenaires de mise en œuvre.
- la mise en place progressive d'une base de données nationale de bénéficiaires de services VIH sous la responsabilité de la CSLS du MINSAP avec l'appui du SNLS et de INASA. Elle devrait permettre de relancer l'exploitation des données de notification des cas, d'assurer la confidentialité, et donner une justification pour les exercices de quantifications (ARV, tests
- une meilleure utilisation des capacités de l'équipe existante et la formation des cadres
- un renforcement de l'équipe de la coordination nationale afin de mieux appuyer les partenaires de la société civile pour la rédaction de projet et budgets, et leur suivi.

Compte tenu de la demande des partenaires et des enjeux pour le pilotage de la réponse nationale, un appui technique en planification et suivi sera probablement encore nécessaire sur le moyen terme. De même, un appui dans le domaine de la contractualisation (partenaires, gouvernement, secteur privé) pour faciliter l'utilisation de ressources clairement liées à des résultats serait judicieux.