

Rapport d'Activité sur la Riposte Guinée-Bissau 2012

02/04/2012

Secrétariat National de Lutte contre le SIDA

Mintou

SOMMAIRE

Introduction

- I. **Aperçu de la Situation**Pages de 7 a 11
 - a. Description du Processus d'élaboration
 - b. Situation actuelle de l'Epidémie
 - c. Riposte sur le plan politique et programmatique
 - d. Récapitulatif des Indicateurs

- II. **Aperçu de l'épidémie de Sida**.....Pages de 12 a 15
 - II- 1 Prévalence du Vih
 - II- 2 Situation des IST
 - II- 3 Données sur les populations les plus exposés

- III. **Riposte nationale a l'épidémie du Sida**Pages de 16 a 31
 - III-1 Acteurs de mise en œuvre
 - III-2 Résultats de la riposte managériale
 - III-3 Résultats de la riposte programmatique
 - III-4 Synthèse des résultats

- IV. **Principaux obstacles et mesures correctrices**Page 33
 - a. Progrès éventuels
 - b. Obstacles
 - c. Mesures correctrices

- V. **Soutien des partenaires de développement**Page 37

- VI. **Suivi-Evaluation**.....Page 39

Annexes

Annexe 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi de la mise en œuvre de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida ;

Annexe 2 : Engagements nationaux et moyens d'action.

ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ABC – Agência Brasileira de Cooperação	MANGO – Management Accounting for NGO
ACTION AID – ONG Acção Ajuda	MINSA – Ministério da Saúde
ADPP – Associação para o Desenvolvimento do Povo para o Povo	MSM – Man made Sex with Man
AGMS – Associação Guineense de Marketing Social	MTN – Operadora de Rede Móvel de Telecomunicações
AMAE – Associação das Mulheres de Actividade Económica	NASA – Medição de Gastos em SIDA (o mesmo que MEGAS)
ANP- Assembleia Nacional Popular	NGO – Organização não Governamental
ARV - Anti-retrovirais	NU – Nações Unidas
ASAP – Estratégia e Planos de Acção para SIDA (Gabinete técnico da ONUSIDA sediado no BM)	OCV – Órfãos e Crianças Vulneráveis
BAO – Banco da África Ocidental	OEVs - Idem
BCC/VIH – Comunicação para Mudança de Comportamento em matéria de VIH	OMS – Organização Mundial da Saúde
CAP – Conhecimento, Atitude e Prática	ONG- Organizações Não Governamentais
CCM – Comissão de Coordenação Multisectorial	OOAS – Organização Oeste Africana da Saúde
CDV- Centro de Despistagem Voluntária	OVCs – Órfãos e Crianças Vulneráveis, mesmo que OCV
CECOME – Central de Compra de Medicamentos	PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
CGSI – Confederação Geral dos Sindicatos Independentes	PCGA -
CIDA/ Alternag – Centro de Informação, Despistagem e Aconselhamento da ONG Alternag	PCR – Técnica de Diagnóstico Laboratorial do VIH nas Crianças
CNLS – Conselho Nacional de luta contra Sida	PEN II- Plano Estratégico Nacional de Luta contra Sida (segundo)
CPN – Consulta Pré – Natal	PETROMAR – Empresa de Combustíveis e Lubrificantes
CSLS – Célula Sectorial de Luta contra Sida	PMTCT – Prevenção da Transmissão Mãe - Filho
CSW – Comercial Sex Workers	PNDS – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
DAF – Departamento Administrativo e financeiro	PNUD – Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento
DENARP – Documento da Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza	PTME – Prévention de la Transmissible Mère - Enfant
DRS – Direcção Regional da Saúde	PTMF - Prevenção de Transmissão da Mãe para Filho
DST – Doenças sexualmente Transmissíveis	PTV – Prevenção da Transmissão Vertical (o mesmo que PTMF)
Ecobank – Banco Pan Africano	PUDR – Relatório Trimestral do SNLS no Formato do Fundo Mundial
EDS – Enquête Démographique et Sanitaire	PVVIH- Pessoas vivendo com o VIH/Sida
EFR -	PVVS – Pessoas vivendo com o VIH/SIDA (o mesmo que PVVIH)
ELISA – Tipo de Teste do VIH	RENAP+GB – Rede Nacional dos Seropositivos da Guiné-Bissau
ENDA – ONG ENDA	SAB – Sector Autónomo de Bissau
FM – Fundo Mundial	SERMEF – Empresa de Manutenção (de geradores)
FNJP – Fórum Nacional de Juventude e População	SINAMAR – Sindicato Nacional de Marinheiros
FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População	SINJOTECS – Sindicato Nacional de Jornalistas e Técnicos da Comunicação Social
GFATM – Global Fund for the Fight against Aids, Tuberculose and Malaria	SNLS- Secretariado Nacional de luta contra Sida
HSH – Homens que fazem Sexo com Homens	SNU – Sistema das Nações Unidas
HSS -	SOS – Aldeia de Crianças SOS
IEC – Informação, Educação e Comunicação	TARV – Tratamento Anti-retrovirais
INASA – Instituto Nacional de Saúde Pública	TDR – Termos de Referência
INEC – Instituto Nacional de Estatística e Censo	TECPRO – Programa de Introdução, Tratamento e Análise de Dados
IO – Infecções Oportunistas	TOR – Termos de Referência (o mesmo que TDR)
IPL – Instituto Politécnico de Leiria	UNFPA – Fundo das Nações Unidas para a População
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis	UNICEF – Fundo da Nações Unidas para a Infância
LFA – Local Fund Agent	
M&A – Monitoramento e Avaliação	

UNOSIDA – Programa Comum das Nações Unidas sobre o VIH/Sida

USAID – Agência Americana para o Desenvolvimento internacional

VCT– Voluntary Counsil and Testing

VIH – Vírus de Imunodeficiência Adquirida

VPP – Voluntary Poleed Procurement

Introduction

La Réunion de haut niveau sur le sida de 2011 a marqué un tournant dans la riposte mondiale au sida. Comme le Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies, Ban Ki-Moon, l'a déclaré dans son rapport à l'Assemblée générale de l'ONU, « Nous devons prendre des décisions audacieuses qui transformeront radicalement la riposte au sida et nous aiderons à parvenir à un résultat de zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida. ». Les États membres de l'ONU ont unanimement approuvé la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 ainsi que ses nouveaux objectifs—d'ici 2015 : *réduire de moitié la transmission du VIH par voie sexuelle et chez les consommateurs de drogues injectables, accroître l'accès à la thérapie antirétrovirale pour que 15 millions de personnes reçoivent un traitement, réduire de moitié la mortalité due à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, et éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants.*

En s'appuyant sur le succès remporté par dix années de rapports d'activité sur les objectifs qui avaient été définis lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2001 « UNGASS », la nouvelle Déclaration politique a chargé l'ONUSIDA d'aider les pays à réaliser des rapports sur les nouveaux engagements et les nouveaux objectifs. Cette Déclaration prévoit également que le Secrétaire général continue à fournir des rapports réguliers à l'Assemblée générale sur l'avancement de la réalisation des engagements pris dans la nouvelle Déclaration.

L'ONUSIDA demande aux États membres de l'ONU de continuer à établir des rapports d'activité sur la riposte au sida dans leur pays. En 2010, 182 États membres sur les 192 que compte l'ONU ont établi un rapport sur les progrès qu'ils avaient réalisés. Les rapports nationaux reçus par l'ONUSIDA, au nom du Secrétaire Général, ont été utilisés pour établir régulièrement des rapports d'activité sur les progrès réalisés, comme la Déclaration politique l'a prévu.

Dix ans après la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), qui a fait date, les progrès ayant été réalisés ont été examinés à l'occasion de la Réunion de Haut Niveau de l'Assemblée Générale de l'ONU de 2011. Ils ont adopté une nouvelle Déclaration politique sur le VIH/sida qui inclut de nouveaux engagements et de nouveaux buts audacieux.

La Déclaration de 2011 s'appuie sur les deux déclarations politiques précédentes : la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006. Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2001, les États membres avaient adopté à l'unanimité une Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Cette déclaration reflétait le consensus mondial sur un cadre complet pour réaliser le sixième Objectif du Millénaire pour le développement : stopper et commencer à renverser l'épidémie du sida d'ici 2015. Elle a reconnu la nécessité d'une action multisectorielle sur plusieurs fronts, et elle s'est penchée sur les ripostes mondiale, régionale et nationale visant à prévenir les nouvelles infections à VIH, à étendre l'accès aux soins sanitaires et à amenuiser l'impact de l'épidémie. La Déclaration politique de 2006 a reconnu l'urgence du besoin de parvenir à un accès universel aux services de traitement, de prévention, de soins et d'accompagnement liés au VIH.

Alors que ces trois Déclarations ont été adoptées uniquement par les gouvernements, leur vision va bien au-delà du secteur gouvernemental pour aller jusqu'à l'industrie privée et aux groupes de travail, aux organisations basées sur la foi, aux organisations non gouvernementales et aux autres entités de la société civile, notamment les organisations représentant des personnes qui vivent avec le VIH.

Selon la Déclaration politique de 2011, on devrait évaluer une riposte au VIH réussie sur la réalisation de buts concrets assortis d'une échéance. Elle demande un suivi attentif des progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements et requiert que le Secrétaire-Général de l'ONU publie des rapports annuels. Ces rapports sont conçus pour identifier les difficultés et les contraintes, et recommandent d'agir pour accélérer la réalisation des buts.

Principaux buts de la Déclaration politique de 2011

La nouvelle Déclaration politique sur le VIH, unanimement adoptée en juin 2011 par les États Membres de l'ONU, établit de nouveaux buts audacieux.

En effet, les États membres se sont engagés à :

1. Réduire de moitié la transmission du VIH par voie sexuelle d'ici 2015 ;
2. Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables d'ici 2015 ;
3. Garantir qu'aucun enfant ne naisse avec le VIH d'ici 2015 ;
4. Accroître l'accès à la thérapie antirétrovirale pour que 15 millions de personnes reçoivent un traitement salvateur d'ici 2015 ; et
5. Réduire de 50 % la mortalité due à la tuberculose (TB) chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2015 ;
6. Comblent définitivement le manque de ressources mondiales pour la lutte contre le sida et travailler pour accroître les financements de 22 milliards de dollars à 24 milliards de dollars d'ici 2015 et reconnaître que les investissements dans la riposte au sida est une responsabilité partagée.

- La Déclaration politique énonce clairement l'urgence du besoin d'accroître l'accès aux services liés au VIH pour les personnes les plus exposées au risque d'infection, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les professionnels du sexe.
- La Déclaration politique s'engage à éliminer l'inégalité des genres, les abus et la violence basés sur le genre, ainsi qu'à autonomiser les femmes et les filles. Cela doit être réalisé sans délai.

A l'instar des autres pays signataires, la Guinée Bissau s'est également engagé à produire un Rapport national d'activité sur la riposte au sida. A cet effet, le présent rapport donne une évaluation des progrès réalisés dans la riposte nationale pendant la période *comprise entre janvier 2010 et décembre 2011* par rapport aux buts mondiaux ayant été établis dans la déclaration politique sur le VIH en 2011 ainsi que les OMD;

Présentation de la Guinée Bissau

La Guinée-Bissau l'un des deux pays lusophone de l'Afrique de l'Ouest, avec 36.125km² de superficie, est limité au Nord par le Sénégal, au Sud et à l'Est par la Guinée-Conakry et à l'Ouest par l'océan Atlantique. Il est composé de 8 régions reparties en 36 secteurs et un secteur autonome qui est la capitale Bissau. Sa population est estimée à 1.449.230¹ dont le tiers à la capitale Bissau. Les jeunes de moins de 25 ans représentent 64,3% et les femmes 51% de la population.

La population est caractérisée par une grande diversité ethnique, variant généralement entre dix et trente groupes différents. Cependant, cinq groupes ethniques représentent plus de 85 % de la population totale (Fula-25,4 %, Balantes-24,6 %, Mandinga- 13,7 %, Manjacos -9,3 % et Pepel -9.0%) et la religion est dominée par l'animisme (plus de 50%), suivi de l'islam puis du christianisme. La précarité socio-économique actuelle, produit des conflits politico-militaires qui caractérisent le pays depuis son indépendance en 1974, crée un environnement favorable à la transmission du VIH.

Selon le rapport d'indice du développement humain 2011², la Guinée-Bissau est classée 176^{ème} des 187 pays dans le monde, avec un PIB par habitant de US\$ 973, Revenu national Brut (RNB) par habitant de US\$ 994, une espérance de vie à la naissance de 48.1 ans, le niveau de l'éducation avec à la base un taux brut de scolarisation de 64.6%. Le pays connaît une relative stabilité politique et institutionnelle après une longue période de conflit qui avait conduit à une détérioration des conditions de vie de la population.

1 INE.RGPH,2009

2 <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GNB.html>

Malgré les efforts fournis par le Gouvernement et les partenaires au développement pour améliorer l'état de santé des populations, des faiblesses, insuffisances et goulots d'étranglements affectent l'offre de soins avec pour conséquence la baisse de la qualité des soins sur le VIH, le Paludisme, la TB et les autres affections. Il s'agit de :

- Inaccessibilité géographique avec des centres de santé à plus de 60 mn à pied pour 50.8% , est le proche est à plus de 60 minutes à pieds à pour 50.8%. (ILAP 2010).40% de la population en milieu rural sont situés à plus de 5 km d'un centre de santé de type C et 34% des USC ne sont pas fonctionnels ;
 - la *dégradation des infrastructures* et le sous équipement des structures : environ 82% des infrastructures sanitaires du pays sont dans un état de dégradation avancé et sous équipées ;
 - système logistique défaillant (beaucoup de ruptures en médicament, intrant) ;
 - Système d'Information Sanitaire affaibli ;
 - Coordination insuffisante au niveau du secteur ? ;Personnel du système démotivé.

La contribution des femmes guinéennes dans les activités économiques, dans certains progrès sociaux et dans l'équilibre de la famille, est très importante. Elles représentent 51,5% de la population et malgré le rôle majeur qu'elles jouent dans le secteur économique informel (urbain et rural), dans l'éducation des enfants, le suivi de l'ensemble des membres de la famille et dans l'ensemble des secteurs du développement, la femme bissau-guinéenne est confrontée à des obstacles tel que l'accès à un emploi, à des sources de revenus associé à la problématique de la discrimination liée au système social : en toute circonstance, la femme est obligée de se soumettre à l'homme. Elle dispose de très peu de choix et de pouvoir de décision, même quand il s'agit de sa propre personne. Cette inégalité explique la différence dans l'accès aux soins, à l'éducation et aux structures socio-économiques.

VII. Aperçu de la Situation (Summary)

e. Description du Processus d'élaboration

L'option prise par le Secrétariat National de Lutte contre le VIH de la République de la Guinée Bissau est l'utilisation de cet exercice de reportage comme outil pertinent devant fournir de facto un rapport biennuel sur l'épidémie et la riposte au niveau national. Ce rapport de situation servira d'outil de sensibilisation, de Plaidoyer, d'information, d'orientations sur les décisions programmatiques, sur les efforts de mobilisation des ressources, de suivi et d'évaluation. Le processus d'élaboration de ce rapport servira aussi de catalyseur pour le renforcement de la gouvernance de la riposte nationale en analysant avec toutes les parties prenantes un ensemble d'indicateurs et d'informations stratégiques, permettant ainsi de mobiliser tous les efforts nécessaires à ce processus d'importance capitale afin d'identifier les points forts de la riposte, mais aussi les obstacles et les mesures correctrices concrètes.

A cet effet, suite à l'atelier d'orientation sur le processus d'élaboration de ce rapport GARP tenu à Dakar du 15 au 17 Février 2012, une réunion présidée par le Secrétaire National de Lutte contre le sida a été tenue avec les différents points focaux ou représentants d'acteurs, afin de partager les objectifs et le processus d'élaboration du rapport.

Après le fort plaidoyer du Secrétaire National du SNLS sur l'intérêt capital porté à ce processus participatif; une équipe multisectorielle et multidisciplinaire, comprenant des représentants du gouvernement, de la société civile, des groupes vulnérables et des partenaires techniques et financiers ainsi que des membres du Groupe de Suivi-Evaluation a été mise en place autour de la direction de Suivi-Evaluation du SNLS.

Cette équipe a été essentielle dans le cadre de coordination et de suivi pour l'opérationnalisation du processus.

Durant tout le processus, des échanges, des entretiens individuels, des focus group ont été menés avec différentes parties prenantes.

Une revue documentaire exhaustive a été une étape cruciale vu les documents stratégiques existants (plan stratégique avec une revue analytique de la riposte ces 3 dernières années, plan de suivi-évaluation, plan d'Assistance technique, les rapports d'études ou d'enquêtes.

Lors de la phase de validation, un nombre d'acteurs plus élargi a participé à cette réunion de validation, et des commentaires issus d'analyse plus pointue par les acteurs opérationnels ont été faits avec des suggestions très pertinentes.

f. Situation actuelle de l'Epidémie

Malgré la mise en œuvre de ces différents plans, l'analyse de la situation faite en 2011 montre que l'épidémie du VIH en Guinée-Bissau est du type généralisée caractérisée par la circulation concomitante des deux virus avec une prévalence nationale estimée à 3,3% et une tendance à la féminisation de l'épidémie et à la substitution du VIH-2 par le VIH-1. Dans les groupes à risque, tels que les TS, les HSH, la prévalence dépasse les 10%. Les populations suivantes sont considérées comme plus exposées au risque: Les jeunes de la tranche d'âge de 15 à 24 ans, les hommes et femmes en uniforme, les prisonniers, les populations mobiles tels que, les camionneurs, les pêcheurs et les marins.

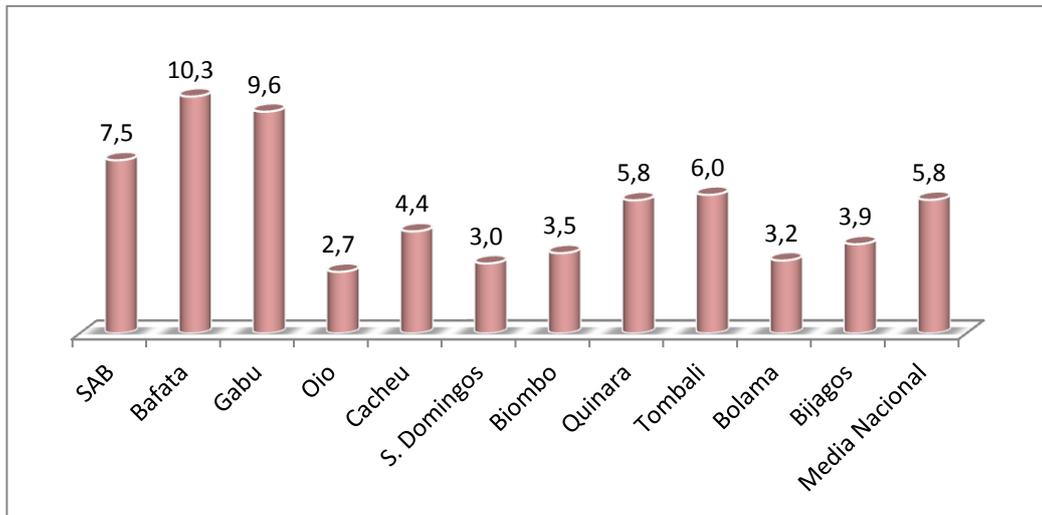
La transmission hétérosexuelle est le principal moyen de transmission du VIH, ainsi que la transmission verticale où le taux de TME à 6 semaines après la naissance est estimé à 14% et la TME y compris l'allaitement à 29% (SPECTRUM, en 2010).

➤ *Sur le plan épidémiologique*

Nous notons qu'il y a une augmentation de l'incidence du VIH -1 entre 1996-2006 (0.5) par rapport à la période 1977-1996 (0.34) notamment chez les femmes (0.64 contre 0.25); et diminution du VIH-2. En 2010, l'épidémie est généralisée avec une prévalence de 3.3%

dans la population générale, 5.3% pour les 15-49 ans (F : 6.9% / H : 2.4%); et 6% dans la population de 15 ans et plus.

La Distribution de la prévalence chez les femmes enceintes en % estimée par l'étude *Sentinel* 2009



Les régions les plus affectées sont Bafata 10,3%, Gabu 9,6% et SAB 7,5%. On observe une stabilité de la prévalence chez les femmes enceintes (5.8% en 2008 et 2009). Les femmes et les jeunes de 15-24 ans sont les plus infectés (72% et 36% des nouveaux cas respectivement en 2009). Egalement, la prévalence est plus élevée que la moyenne nationale dans plusieurs groupes dont les femmes de 15-24 ans (4.2%), les non scolarisés (7,3%), les vendeuses (8%) ; les routiers (9.3%) ; les personnes en uniforme (14.6%). les HSH (Bissau 25%), les cas d'IST (20-25%) les PS (39% en 2009) et les cas de coïnfection TB/VIH (42% 2011). Il existe une haute prévalence des IST parmi les HSH (hépatites B, 40%).

➤ *Sur le plan comportemental*

Il a été constaté qu'il y a une augmentation de la proportion de jeunes ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (21% en 2008 et 31% en 2010), peu de connaissances sur le VIH (12% en 2010) et un taux d'utilisation encore faible du préservatif (63.4% entre 15-19 ans et 59.1% entre 20-24 ans).

La politique de sexe protégé privilégie la fidélité et met l'accent sur l'utilisation de préservatif dans les rapports sexuels occasionnels comme méthode la plus sûre pour la prévention des IST/VIH... Cette politique confirme les informations fournies par des études montrant que l'infection par le VIH augmente dans les groupes à risque, tels TS, MSM et camionneurs. Par ailleurs, elle met à l'évidence l'existence de partenaires multiples dans la société guinéenne, ainsi que la résistance à l'utilisation des préservatifs dans les cas de sexe commercial, entraînant tant les TS, les MSM, ce qui montre la primauté d'attitudes sexuelles à haut risque (Rapport SNLS, 2010).

g. Riposte sur le plan politique et programmatique

➤ Riposte politique

L'engagement par les hautes autorités de la Guinée Bissau a été précoce; en effet la lutte contre le VIH a été placée parmi les priorités du gouvernement depuis la déclaration des premiers cas en 1987.

La réponse nationale à l'épidémie VIH a commencé tout de suite après la détection des premiers cas en 1986. A l'instar de tous les pays subsahariens, la lutte a été coordonnée dans les années 90 par le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) au sein du Ministère de la Santé et elle a été guidé par des Plans à court terme. Cependant il est à noter que la riposte a été interrompue temporairement par le conflit politico- militaire de 1998 à 1999. En 2000, suite à une Conférence Nationale de réflexion sur le Sida, la lutte a été redynamisée et ainsi un plan stratégique multisectoriel de lutte contre le sida couvrant la période 2003-2005 a été finalisé.

En 2004, le Conseil National de Lutte contre le Sida ainsi que son bras exécutif dénommé Secrétariat National de Lutte contre le SIDA ont été mis en place pour assurer l'orientation, la coordination et la supervision de la réponse nationale à l'épidémie du sida.

La présidence du CNLS est assurée par le ***Premier Ministre et avec comme vice président le Ministre de la Santé qui objective la volonté du haut leadership de la riposte en Guinée Bissau.***

Malgré ces efforts fournis et les résultats encourageants, la riposte face à l'épidémie connaît des difficultés entravant ainsi la mise en œuvre efficace des interventions à savoir : (i) l'inexistence de structure intermédiaire de coordination de la lutte contre le Sida défavorisant la coordination de la réponse au niveau décentralisée, (ii) la rareté des réunions du Forum National de Coordination de la Lutte contre le Sida.

- ✓ ***Un des défis majeurs de l'engagement politique reste inéluctablement la célérité dans la mise en œuvre du processus de pérennisation de la riposte par le Gouvernement de la République de Guinée Bissau.***

➤ Riposte programmatique

L'objectif de la riposte programmatique a été d'améliorer la bonne gouvernance de la réponse afin de garantir l'offre de services adéquats de façon équitable dans un environnement favorable à travers un cadre stratégique ,PEN II 2007 – 2011.

La mise en œuvre s'est faite à travers ce cadre stratégique PEN II et avec l'exécution des plans d'action sectoriels du secteur public, mais aussi avec la mise en œuvre des sous projets menés par les acteurs de la société civile .

Par contre pour ce qui concerne le respect des droits humains ainsi que les aspects de réduction de la discrimination et stigmatisation, les services ont été insuffisants par rapport aux besoins.

L'opérationnalisation de la riposte en Guinée Bissau, s'est fait dans une approche multisectorielle et multidisciplinaire avec différents types d'acteurs de discipline diverse mais avec une valeur ajoutée non négligeable. Le degré d'implication diffère d'un acteur à un autre par rapport aux services offerts, au degré de capacité mais aussi la valeur ajoutée de chaque acteur selon ses compétences avérées.

Pour ce qui concerne la performance de la riposte programmatique, beaucoup d'efforts ont été consentis à travers ;

- (i) *des stratégies de management tel que* / la coordination, le suivi- évaluation, la gestion administrative – financière, le renforcement de capacités humaines et institutionnelles, mais aussi le partenariat efficace avec le SNU, ainsi que d'autres partenaires de la coopération bilatérale en Guinée Bissau (Ambassades du Portugal, Espagne, Brésil) ;
- (ii) mais aussi *des stratégies d'offre de services* aussi bien préventifs, que curatifs_: volet de la prévention (CCC, promotion du préservatif, sécurité sanguine, dépistage volontaire, mais aussi de prévention de la transmission sanguine) ; volet de la prise en charge globale (TARV et IO, accompagnement psycho-social, appui des personnes infectées et /ou affectées.

Pour ce qui concerne les services préventifs: le nombre de sites de CDV est passé de 2 à 81 pendant la même période permettant ainsi une couverture de toutes les régions sanitaires avec plus de 2 sites de CDV par région sanitaire; le nombre de sites de PTME est passé de 4 en 2002 à 76 sites en 2011. 61% des femmes enceintes estimées ont bénéficié de dépistage VIH à travers des services de PTME en 2011.

Par rapport aux services de prise en charge globale des PVVIH, leur intégration dans les formations médicales est passée de 4 en 2005 à 37 en 2011 avec au moins 1 site par région.

Malgré les efforts fournis par le Gouvernement et les partenaires au développement pour améliorer l'état de santé des populations, des faiblesses, insuffisances et goulots d'étranglements affectent l'offre de soins avec pour conséquence la baisse de la qualité des soins.

- ✓ **Cependant, des défis persistent dans la riposte programmatique, a savoir : l'accessibilité des services de soins de manière équitable, la qualité des services offerts (diminution de 30% du taux des perdus de vue), le focus sur le ciblage des interventions CCC, la disponibilité des préservatifs, le plateau technique de référence disponible au niveau national (suivi biologique).**

h. Récapitulatif des Indicateurs

Indicateurs clés pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida en Guinée-Bissau

Objectifs		Indicateurs	Sources des données			
			Enquête MICS-3 Mai - Juin 2006	Enquête CAP-2010 Juin – Juillet 2010	Enquête MICS-4 Mar – Juillet 2010	
Groupe Cible						
Objectif 1. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle	Population générale	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	17.7%	12%	14.9%	
		Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	21.8%	31%	27.6%	
		Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	6%	35%	4.7%	
		Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	38.8%	67%	41.5%	
		Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	6%	95%	19.9%	
		Pourcentage de Jeunes âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH	Enquête Sintinela Juin – Décembre 2009		Base des données PTMF Jan – Dec 2011	
	Professionnel(le)s du sexe		Enquête "Estudo Vigilância Sentinela nas PS"		4.3%	4.8%
			54.4%			
		Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	96%			
		Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	93.7%			
		Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	93.7%			
			Base des Données CSLS			
Objectif 3. D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida		30.4%				
	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	2.41%				
	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	24.78%				
	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	52.2%				
Objectif 4. D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	62%				
	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	78.4%				
Objectif 7. Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	Enquête MICS-4 Mar – Juillet 2010				
	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	40.2%				
		78.4%				

VIII. Aperçu de l'épidémie de Sida

II-1 Prévalence du VIH

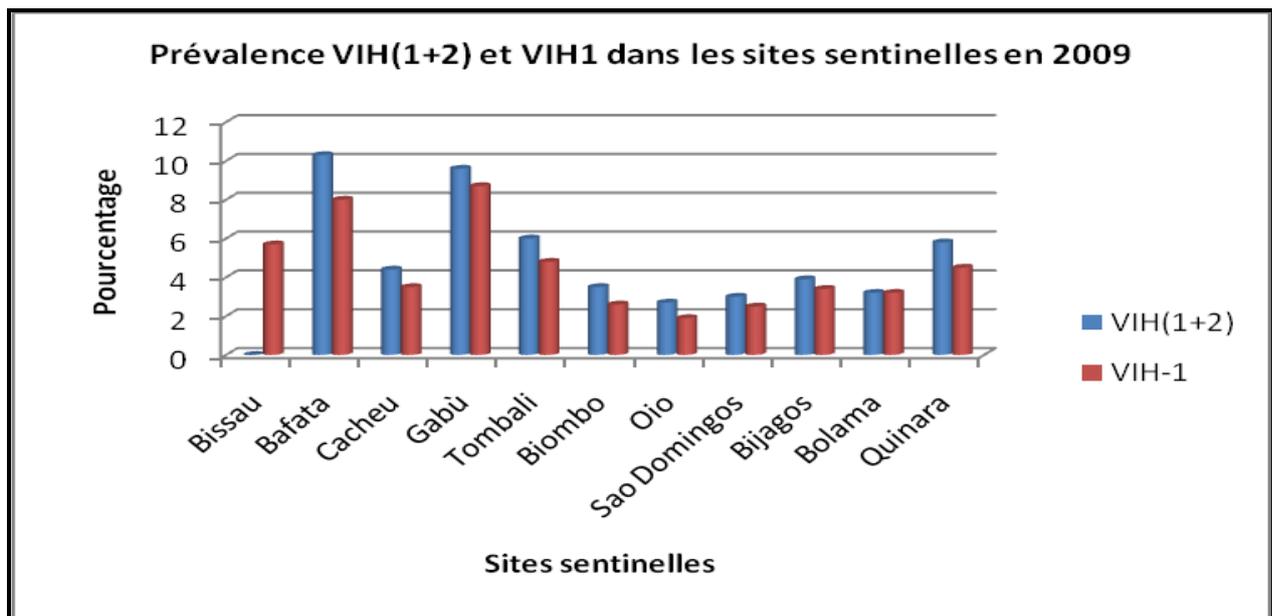
L'épidémie du VIH en Guinée-Bissau caractérisée par la circulation concomitante des deux virus est du type généralisée avec une prévalence nationale estimée à 3,3% répartie à 1.8% pour le VIH-1, à 0.9% pour le VIH-2 et à 0.7% pour la double infection (VIH-1+VIH-2). (INASA, 2011).

La répartition selon le sexe montre une prédominance féminine avec la tranche 15-24 ans la plus touchée ; par ailleurs les jeunes filles de 15-24 ans soient 3 fois plus infectées par le VIH dans cette tranche d'âge : 4.2% vs 1.4% (INASA 2010).

Dans les groupes à risque, la prévalence dépasse les 10%, dont 39% chez les TS au niveau national et 54,6% au niveau de Bissau I (ENDA, 2011). 25% chez les MSM (ENDA, 2009) et 9% chez les routiers (Rapport d'Etude de Vigilance Sentinelle de VIH/IST chez les Routiers, INASA, 2010). Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est estimé à 14% à 6 semaines (*Données Spectrum 2010*).

La figure ci – dessous donne la répartition de la prévalence du VIH (1+2) et VIH-1 dans les sites sentinelles des régions du pays en 2009.

Figure 1 : Prévalence du VIH(1+2) et VIH1 dans les sites sentinelles en 2009



Source : Rapport SNLS 2010

Actuellement il y a plus de 24000 personnes vivants avec le VIH en Guinée-Bissau dont 12.000 femmes ; le nombre d'enfants (0-14 ans) atteints les 2100 (*ONUSIDA rapport 2010*).

Le VIH constitue la 4^{ème} cause de décès chez les adultes et la 5^{ème} chez les adolescents (PNDS-II). Selon ONUSIDA la mortalité attribuée aux VIH est estimée à 1200 personnes/an en 2009.

a) L'évolution de la prévalence

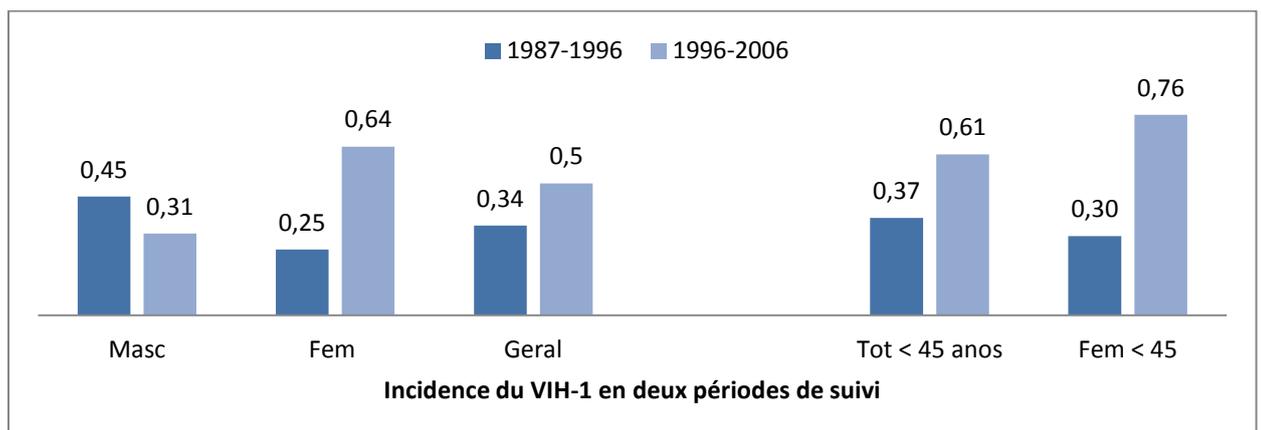
Depuis le diagnostic des premiers cas du VIH-2 en 1987 et du VIH-1 en 1989, le suivi dans le site sentinelle de HNSM a permis de constater la substitution du VIH-2 par le VIH-1. Les données montrent que chez les femmes enceintes, le VIH-1 a augmenté de 0.1% en 1988 à 3.6% en 2000 pour atteindre 5.7% en 2010, tandis que le VIH-2 a baissé de 8.9% en 1987 à 3% en 2000 pour atteindre 1.3% en 2010. Par contre, la double infection s'est maintenue toujours basse et en 2010, elle était à 0.3% (Masson 2007). Cette circulation concomitante de deux virus avec la substitution du VIH-2 par le VIH-1 a été confirmée par l'étude effectuée par le projet Santé de Bandim (Poulsen, 1989 ; Larsen, 1998 ; Da Silva, 2008).

b) L'incidence du VIH

Dans la capitale Bissau, l'incidence du VIH-1 a augmenté dans la période de 1996-2006 contrairement à la période de 1987 à 1996 (0,50 contre 0,34 pour 100 personne-année) surtout chez les femmes (0,64 contre 0,25) alors que chez les hommes la tendance est à la baisse (0,31 contre 0,45). Les femmes âgées de 15-24 ans (0,57) et 25-34 ans (0,79) ont été ceux qui ont eu le plus grand risque d'infection (PSB, Da Silva- 2008).

L'incidence du VIH-2 a baissé dans la 2^{ème} période (0,24 vs 0,53 pour 100 personne-année), aussi bien chez les hommes (0,12 vs 0,31), que les femmes (0,34 vs 0,71).

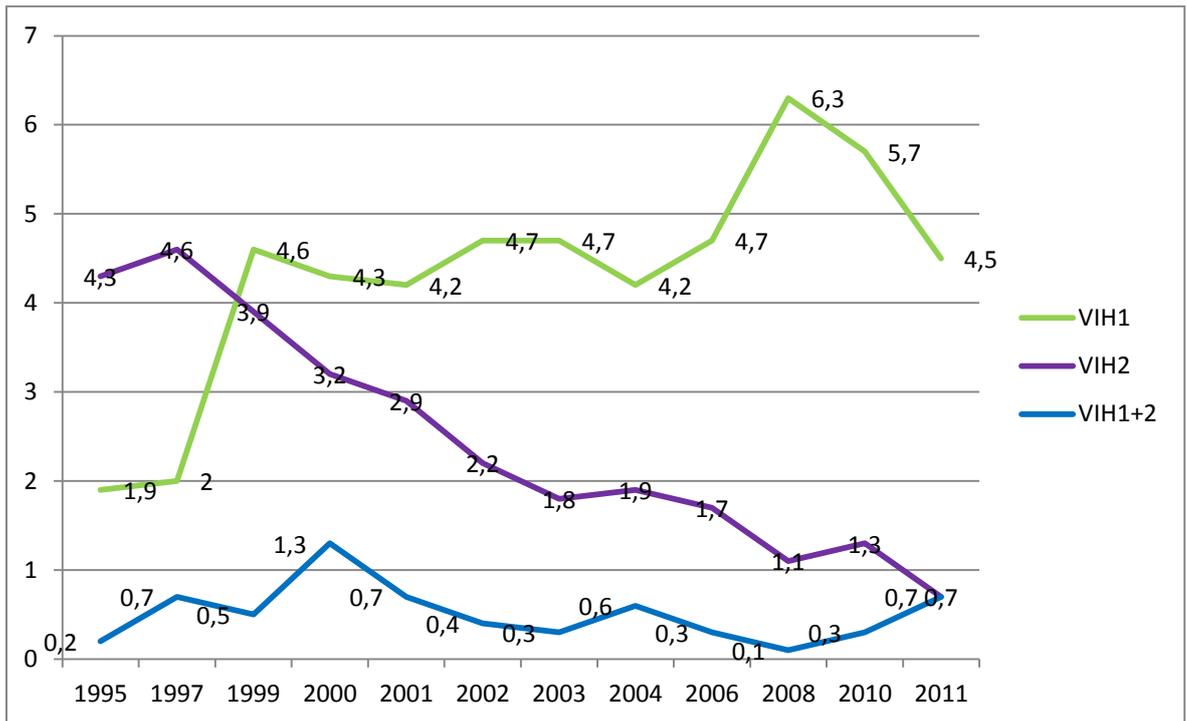
Dans le secteur rural de Caió, région de Cacheu l'incidence du VIH-1 a été de 0.4 pour 100 pers-année et il n'a pas eu une différence par sexe. Pour le VIH-2, l'incidence est de 0.18 (van Tienen, 2010).



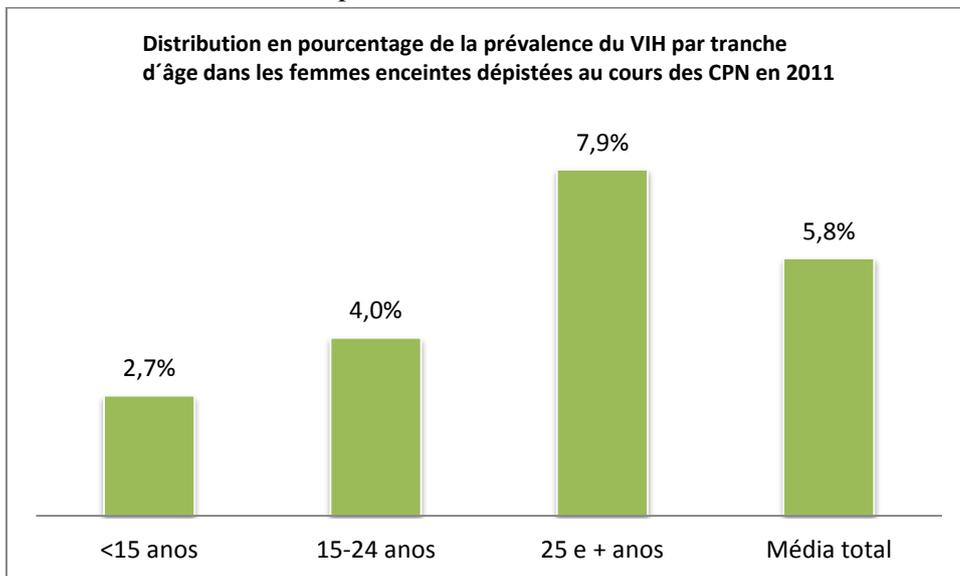
c) La séroprévalence dans les sites sentinelles

L'évaluation de l'infection dans la maternité de l'Hôpital National Simão Mendes (HNSM), 1^{er} site sentinelle a montré des tendances semblables à celles observées dans l'étude nationale, avec une augmentation de la prévalence de VIH-1 surtout pendant la guerre de 1998 et une baisse de VIH-2. Ainsi, le VIH-1 parmi les femmes en consultation prénatale a augmenté de 0.1% en 1988 à 3.6% en 2000, en atteignant 5,7% en 2010. Le VIH-2 a diminué de 8.3% en 1987 à environ 3% en 2000, pour atteindre 1,3% en 2010. La double infection s'est maintenue toujours basse et en 2010 cette prévalence était à 0.3% (Manson, 2007).

Figure 2 :Prévalence du VIH chez les femmes enceintes à Bissau, 1995 à 2001



Au niveau des sites sentinelles des régions malgré des disparités régionales, la tendance est la même qu'à la capitale (Rapport UNGASS 2010), sauf dans la région de Oio où on constate une réduction de la prévalence du VIH-1.



d) Modes de transmission

Aucune étude d'identification des modes de transmission n'a été faite en Guinée-Bissau.

- **Transmission sexuelle :** la transmission hétérosexuelle est le principal moyen de transmission du VIH dans un contexte de multi partenariat hétérosexuel (polygamie, le lévirat, le sororat et la polyandrie déguisée). Il n'y a pas assez de données concernant les rapports homosexuels même si 2% des hommes entre 15-49 ans ont déclaré avoir eu des rapports avec les sujets de même sexe (CAP 2010).
- **Transmission verticale :** le taux de TME à 6 semaines après la naissance est à 14% et la TME y compris l'allaitement à 29% (*SPECTRUM, en 2011*)

- Transmission par AES :
 - Transmission par transfusion sanguine : la transfusion sanguine constitue un facteur de risque car la prévalence chez les transfusés est à 9,4% et chez les donneurs à 6.6% (SNLS, 2010).
 - Transmission par injections et objets tranchants : il n'existe aucune étude évaluant le taux de transmission par AES en milieu sanitaire, même si des kits de PPE sont disponibles. Il en est de même pour certaines pratiques traditionnelles qui pourraient constituer des risques de transmission par voie sanguine du VIH tels que les tatouages, les manicures et les pédicures dans les salons de coiffure faits avec du matériel non stérilisé.

II- 2 Situation sur les IST

En Guinée-Bissau il existe peu d'informations relatives aux problèmes d'infections sexuellement transmissibles.

Les IST sont responsables de 5% de consultations dans les centres de santé, soit en moyenne 11.000 personnes consultées/an (CAP 2010/SIS 2006).

Chez les femmes suivies à Bissau pour des problèmes urogénitaux, la prévalence du VIH-1 a été de 9.5%. Dans les groupes spécifiques, la prévalence des IST est de 39% chez les PS avec 19.6% pour la syphilis. Les chauffeurs et leurs assistants ont une prévalence de 3.8% pour la syphilis.

Dans la répartition par région, Cacheu reste la plus touchée avec une prévalence des ISTs à 20.9% suivi de Gabú à 15.4%, Bissau à 7.8% et Quinara à 5.6%.

II-3 Données sur les populations les plus exposées

a) Les Professionnelles du sexe

Une augmentation de la prévalence du VIH est à noter dans cette cible; en effet elle était de 26% (2007) et de 39% (2009).

Ces données proviennent d' une étude sérologique et comportementale réalisée auprès des PS des villes de Bissau, de Bafatá, de Cantchungo, de Gabú, de Mansoa et Buba (Rapport d'Etude de Vigilance Sentinelle de VIH/IST chez les PS, PSB/INASA 2007, 2009-2010).

A Bissau, la prévalence n'a pas varié de manière significative (55% contre 67% ; $p=0.22$), mais l'augmentation a été enregistrée à Cantchungo (30% contre 21%) et à Gabú (27% contre 14%). Un fait préoccupant est que 68% des PS avait moins de 35 ans et 41% étaient mariées. D'autre part, bien que seulement 8% (2% à Bissau, 12% à Cantchungo, 23% à Gabú et 6% à Quinara) ait déclaré ne pas avoir utilisé le préservatif avec le dernier client, 25% n'avait aucun préservatif disponible à l'occasion de l'interview, ce qui signifie que la pratique de rapports sexuels sans protection doit être fréquente dans ce groupe avec de hauts indices d'infection (Rapport d'Etude de Vigilance Sentinelle de VIH/IST chez les PS, PSB/INASA, 2007, 2009-2010).

b) Les hommes en tenue

Entre 1992 à 1995, la prévalence totale a été de 9.5% dont 1% pour le VIH-1, 8.4% pour le VIH-2 et 0.1% pour double infection.

En 2005, (étude de prévalence militaire) la prévalence totale était de 14.7% avec 7.7% pour le VIH-1, 5.1% pour le VIH-2 et 1.9% double profil.

En 2010, le taux de séropositivité parmi les hommes en tenue testés volontairement était de 14.6% avec VIH-1 à 9.3%, VIH-2 à 2.7% et double profil à 1.6% (Rapport dépistage volontaire Hôpital Principal Militaire).

c) Les routiers

Il n'existe pas beaucoup d'informations sur le VIH dans ce groupe. En 2010 la prévalence dans ce groupe a été de 5.5% pour le VIH-1, de 2.4 pour le VIH-2 et de 1.4% pour la double infection (Rapport d'Etude de Vigilance Sentinelle de VIH/IST chez les Routiers, INASA, 2010). La capitale Bissau a enregistré la plus haute prévalence globale du VIH (5.3%) et aussi de l'infection au VIH-1 (3.5%), suivi de la Région de Gabú avec 3.8% pour les deux types de virus et 1.9% pour le VIH-1. La prévalence de VIH-1 est plus élevée chez les 25-34 ans et 35-44 ans, tandis que la prévalence de VIH-2 est plus élevée chez les plus de 45 ans.

d) Les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)

Il y a très peu d'informations concernant ce groupe. En 2010, 2% des jeunes ont déclaré avoir eu des rapports homosexuels (CAP 2010).

La seule information disponible les concernant émane d'une étude menée par ENDA en 2010, mais l'échantillonnage n'était pas important (50 enquêtés) mais il ressort de cette étude la précocité des rapports homosexuels (58% avant l'âge de 15 ans) et la faible utilisation du préservatif.

Par ailleurs, même si la connaissance du VIH est suffisante, la plupart des HSH méconnaissent l'existence d'autres infections sexuellement transmissibles telle que la Syphilis et l'hépatite B.

e) Les usagers de drogues

Aucune étude n'a été encore réalisée afin de cerner le problème de l'utilisation des drogues et sa liaison de VIH/ISTs. Toutefois, dans un centre d'encadrement des jeunes drogués quelques cas d'IST ont été enregistrés et orientés vers les services de santé (interviews avec informateurs clés).

II-4 Les populations vulnérables

a) Les jeunes

Lors d'une campagne de dépistage à Bissau chez les moins de 24 ans la prévalence de VIH à été de 1.46% et les jeunes filles ont été 3.5 fois plus infectées que les jeunes garçons (SNLS Juin 2010). Dans la même année, une étude de prévalence faite en population générale a montré une prévalence nationale de 2,9% dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans dont 1,4% chez les garçons et 4,2% chez les filles (INASA 2010).

b) Les sujets transfusés

Des études ont montré une forte corrélation entre antécédent de transfusion sanguine et sérologie VIH+ car la prévalence chez les transfusés est 3 fois plus élevée que la moyenne nationale, c'est-à-dire 9,4% contre 3,3%, $p < 0,05$ (SNLS, 2010).

IX. Riposte nationale à l'épidémie du Sida

III-1 Acteurs de Mise en œuvre

Dans sa mise en œuvre, le PEN – II s'est fondé sur un cadre institutionnel intégrant des organes et structures de coordination politique et stratégique, des structures opérationnelles et des organes de concertation et de suivi.

a) CNLS

Le Conseil National de Lutte contre le VIH/sida (CNLS), créé en 2004 est l'organe d'orientation et de coordination de la réponse nationale à l'épidémie du sida au plus haut niveau. Il est présidé par le 1^{er} Ministre. Depuis la restructuration de SNLS en 2009, le CNLS s'est réuni trois fois, ce qui est préjudiciable à la supervision et à l'avancée des programmes. En plus, la décentralisation des structures de coordination n'est pas effective. Les comités sectoriels de lutte contre le sida sont inexistantes.

Par conséquent, le cadre actuel du CNLS n'a pas permis d'orienter et de coordonner les interventions au niveau provincial et régional, car actuellement il n'existe pas de structure intermédiaire de coordination de la lutte contre le Sida.

- Un des défis majeurs, c'est d'assurer un leadership fort afin de mobiliser davantage un financement propre de la lutte contre le VIH en inscrivant une ligne budgétaire du VIH dans le budget national.

b) SNLS

Les structures du Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le sida (SNLS) ont été mise en place pour mettre en œuvre le Plan stratégique dans le cadre du renforcement de la multisectorialité grâce à l'appui des fonds IDA de la banque mondiale lors de la mise en œuvre des projets multisectoriels de lutte contre le VIH . Avec la fin de ce projet, toutes les structures décentralisées ont été fermées par manque des ressources de fonctionnement ; la prise en charge du personnel recruté comme consultant n'étant plus assurée.

Cependant, il est à noter certaines faiblesses :

- (i) les interventions au niveau décentralisées sont assez faiblement harmonisées ;
- (ii) disparition des structures intermédiaires régionales et locales de lutte contre le Sida avec l'arrêt des financements du Projet MAP et
- (iii) pas de processus de pérennisation pour la continuité de la fonctionnalité de ces structures.

c) Secteur Santé

Le rôle du système de santé dans la lutte contre le sida reste capital et central malgré le caractère multisectoriel des interventions. Cependant, le mécanisme mis en place dans ce secteur pour coordonner la lutte contre le sida reste encore très aléatoire :

- Inadéquation entre l'organisation structurelles et l'importance des besoins sanitaires du sida ;
- Absence des données stratégiques fiables pour une prise des décisions ;
- Manque d'un cadre de concertation avec tous les partenaires santé y compris les communautaires intervenants dans la lutte contre le sida.

Vu le rôle essentiel de la réponse sectorielle, il a été noté que le nombre de ressources composant cette cellule est très limitée permettant une exécution de services de qualité ; il en est de même pour le service de la santé reproductive dont le statut et l'organisation mérite d'être revu, vu son rôle national par rapport à la planification familiale, PTME, prise en charge des IST, l'intégration impérative des services SR et du VIH.

Le mécanisme de concertation et de coordination au sein du secteur santé pour la réponse au VIH n'est pas défini, les différents services travaillent de façon dispersée.

Par ailleurs, il n'y a pas de transfert de compétences adéquates au niveau des ressources humaines du niveau décentralisé.

d) Société Civile

L'un des piliers de la lutte contre le VIH est le nombre important d'ONG intervenant dans le domaine de la prévention ; ce qui permet d'atteindre une couverture nationale dans un contexte de manque de ressources. En effet, dans la lutte contre l'épidémie du VIH en Guinée – Bissau, les ONG jouent un rôle déterminant dans presque tous les domaines d'action : prévention, accès au TARV, soutien... Certaines stratégies ont même démarré par les ONGs avant d'être prises en compte par les services de l'Etat. C'est le cas de la PTME que l'association « Céu e Terra » a commencé en 2002.

Près de 96 ONGs interviennent dans la réponse au sida à travers le pays même si plus de la moitié se retrouve dans la capitale ; certaines ne s'occupent que de la lutte contre le VIH/sida alors que pour d'autres, le sida n'est qu'une des composantes de leurs interventions. Les interventions des ONGs touchent plusieurs cibles, à savoir la population générale, les groupes cibles spécifiques tel que les jeunes, les professionnels de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, etc. Leurs actions ont permis de toucher un grand nombre de personnes dans toutes les régions du pays.

Cependant, on constate certaines insuffisances dans leur réponse telles que l'absence d'un plan annuel d'action et d'organe de coordination des interventions des ONGs à tous les niveaux, l'insuffisance de ressources propres avec une forte dépendance aux fonds extérieurs surtout internationaux, retardant ainsi la mise en œuvre des activités et mettant en péril leur pérennité.

Malgré leur disponibilité, leur bonne volonté ainsi que tous les efforts fournis par ces différents acteurs, certaines faiblesses persistent :

- (i) le manque d'expertise des acteurs de la société civile malgré leur bonne volonté,
- (ii) l'absence de focus sur les groupes cibles les plus à risque et les plus vulnérables, la non harmonisation des outils d'IEC, certains messages pas toujours traduits en langue locale,
- (iii) le faible engagement des leaders communautaires,
- (iv) la rupture fréquente de stock des préservatifs empêchant la distribution de préservatifs lors des activités de CCC
- (v) le manque des ressources financières et de coordination des interventions.

➤ Recommandations :

- *Renforcer les capacités des acteurs de la société civile afin d'assurer une participation qualitative dans les processus de planification/revue, d'offres de services, de suivi-évaluation, d'animation des cadres de concertation.*
- *Appuyer les acteurs PVVIH, groupes à haut risque dans les aspects organisationnels d'une bonne dynamique communautaire.*

e) Structures sectorielles Non Santé

Hormis le secteur de la santé, des cellules et points focaux ont été implantés dans plusieurs Ministères et Institutions publiques pour organiser la lutte contre le sida. A ce jour, 4 plans sectoriels ont été élaborés, notamment Education, Transport, Agriculture, Défense et Santé.

Malgré certains efforts de la réponse sectorielle non santé certaines faiblesses ont été identifiées:

- (i) rôle et responsabilités pas clairement définies par rapport à leurs domaines de compétences et avantages comparatives,
- (ii) pas de financement propre pour la mise en œuvre de leurs plans sectoriels, absence d'un cadre de concertation intra-sectorielle de tous les partenaires et acteurs sous le leadership d'un Ministère leader.

(iii) Pas de ressources financières pour la mise en œuvre de leurs plans déjà élaborés.

➤ **Recommandations :**

- Renforcer les capacités des acteurs du secteur public
- Pérenniser la lutte dans leur secteur en inscrivant une ligne budgétaire pour financer les activités de lutte contre le VIH, au moins dans les secteurs clés ;

f) Secteur privé

La coordination de la réponse nationale dans le milieu du travail est organisée au niveau du Comité Tripartite Gouvernement – Patronat – Syndicat créé en 2007 par arrêté du Ministre de l'Administration Publique et Travail. Mais ce comité n'est pas opérationnel.

Le secteur privé intervient peu dans la lutte contre le VIH et son action se limite au domaine de la prévention ; ainsi seules 10 structures représentées par des structures bancaires, hôtels, chambre de commerce et entreprises. Elles interviennent essentiellement dans les stratégies de prévention : sensibilisation, la promotion et la distribution des préservatifs ainsi que la promotion du dépistage du VIH auprès de leurs employés, mais ils participent également aux campagnes de masse et mobilisation communautaire à travers le financement de production d'outils tels que T-shirts... Elles s'impliquent aussi dans la célébration de la Journée Mondiale de lutte contre le SIDA en mobilisant les employés, dans les activités de soutien et accompagnement en faisant des visites aux centres de santé et structures de prise en charge des OEV avec distribution des dons (produits alimentaires, tentes imprégnées entre autres). Le niveau d'appropriation du secteur santé reste encore faible.

➤ **Recommandations :**

- Plaidoyer au niveau du secteur sur les impacts du VIH ;
- Enrôler le milieu syndical,
- Impliquer les comités de sécurité des entreprises ;
- Financer des sous projets du secteur privé.

g) Niveau communautaire

Les activités au niveau local ou communautaire doivent être intégrées dans les organes et structures existants. Bien qu'il existe de mécanismes de coordination territoriale et sanitaire à ce niveau périphérique, les activités de lutte contre le sida ne sont pas formellement intégrées. Pourtant, plusieurs ONG partenaires du SNLS mènent des activités sans un mécanisme de coordination et d'harmonisation.

Concernant les PVVIH, ils sont organisés en réseau national avec une bonne représentativité mais ils rencontrent beaucoup de problèmes organisationnels, de capacités, de pauvreté, de stigmatisation, ect.

En outre, il faudra noter l'arrêt de travail des activistes au niveau de terrain par faute de financement.

➤ **Recommandations :**

- Améliorer la dynamique communautaire ;
- Renforcer les compétences des acteurs ;
- Insertion dans le milieu de travail des PVVIH, reprise de travail des activités (relais PVVIH) ;
- Organiser les PS et les MSM en réseau.

III-2 Résultats de la riposte managériale

a) **Leadership national** : il s'est traduit par l'engagement des autorités du pays notamment par l'implication personnel du Président de la République, la présidence du CNLS par le 1er Ministre, l'adoption par l'Assemblée Nationale Populaire de la Loi n° 5/2007 de 10 Septembre sur le droit à la Prévention, aux soins et Traitement ainsi qu'au Contrôle du VIH/sida, la révision en 2004 par arrêtés du 1er Ministre du CNLS et du SNLS. Cependant, le leadership national ne s'est pas encore traduit en termes de mobilisation des ressources locales dans le cadre du budget de l'Etat.

b) **La multisectorielité** : bien que le caractère multisectoriel de la lutte contre le VIH est bien effective avec une forte implication de la société civile dans toutes les instances de coordination, de concertation et de comités techniques ; il est à noter, par ailleurs que certaines d'interventions sont exclusivement exécutées par les acteurs de la société civile. Cependant, l'effectivité de l'implication du secteur privé ainsi que le mécanisme de coordination et d'harmonisation des interventions des différents partenaires sectoriels restent encore des grands défis à relever.

c) **Le partenariat**

La mise en œuvre du PEN – II a bénéficié de l'assistance de plusieurs partenaires tant internationaux que nationaux : (i) partenaires internationaux : le Fonds Mondial sida, tuberculose et paludisme en tant que principal intervenant, les agences du Système des Nations Unies, les partenaires de Coopération bilatérales tels que le Brésil, Espagne, Portugal et les partenaires sous régionaux (OOAS), (ii) partenaires nationaux : il s'agit surtout de partenaires de mise en œuvre tels les ONG, l'Assemblée Nationale, les personnes ressources (avocats, leaders d'opinion).

Les principaux partenaires techniques présents en Guinée – Bissau sont regroupés dans les cadres suivants :

- Le Groupe Thématique des Nations Unies qui apporte des appuis techniques, financiers et en intrants en tant que membres de l'ONUSIDA ;
- Le Comité de Coordination Multisectorielle (CCM) comme mécanisme de mobilisation des ressources du Fonds Mondial sida, tuberculose et paludisme ;
 - Le Forum National de coordination de la lutte contre le sida (FNCLS) : il a été conçu dans le PEN II comme un organe de concertation, adaptation et définition des priorités, de planification et suivi de l'exécution des activités de lutte contre le VIH/sida. C'est un espace où tous les partenaires techniques se retrouvent pour débattre toutes les questions relatives au VIH/sida et la direction que doit prendre la lutte contre le VIH/sida.

La réponse nationale n'a pas réussi à faire fonctionner cet organe (Forum) pour deux raisons: (i) son statut est mal défini car on ne sait pas s'il s'agit d'organe consultatif, de concertation ou délibératif dont les décisions détermineraient la réponse ; (ii) certaines de ses attributs se subrogent à ceux du CNLS ainsi que ceux du CCM (Instance de Coordination du FM) qui supervisent la mise en œuvre des subventions du Fond Mondial.

d) **Financement et Mobilisations de ressources**

Le financement de la lutte contre le sida a été fortement tributaire des ressources mobilisées à l'extérieur du pays. L'allocation des ressources nationales n'est pas encore perçue comme une priorité dans les choix du Gouvernement engendrant de ce fait l'épineux problème de la pérennisation du financement de la lutte au niveau de la Guinée.

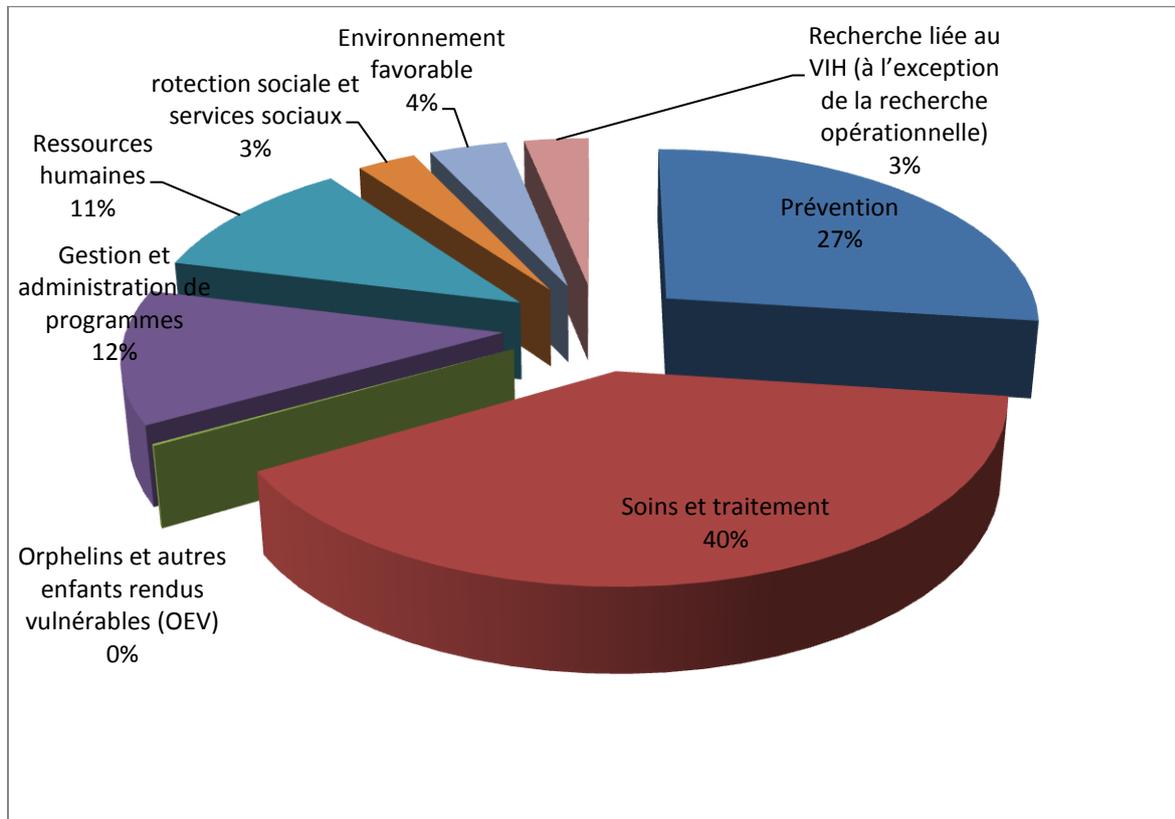
Le PEN II a, comme l'indique le tableau ci-dessous, été essentiellement financé par les ressources extérieures, à concurrence de 88% des ressources mobilisées et dépensées. Bien que les données de l'année 2011 soient partielles, il n'en reste pas moins que les financements se raréfient à partir de

l'année 2010. Le principal bailleur reste le Fonds Mondial, dont la mise en œuvre de la subvention de la série 7 Phase 2 s'achève en fin 2013.

Globalement, les dépenses consenties de 2008 à 2011 ont représenté 32,84% des besoins.

Une synthèse de la revue des dépenses de l'année 2010 du VIH au niveau de la Guinée, nous a montré des informations stratégiques très importantes, tel que le montre le tableau suivant :

Revue des dépenses 2010



Domaines d'interventions 2010	Montant dépense	Percentage
Prévention	1.527.530.540	27,1%
Soins et traitement	2.230.509.880	39,6%
Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	9.768.578	0,2%
Gestion et administration de programmes	681.870.185	12,1%
Ressources humaines	626.518.546	11,1%
Protection sociale et services sociaux	164.981.212	2,9%
Environnement favorable	217.559.456	3,9%
Recherche liée au VIH	180.357.651	3,2%
Grand Total	5.639.096.048	100%

e) *Renforcement de Capacités*

Plusieurs services ont été offerts durant cette période:

- i. *Structures fonctionnels*: Plusieurs partenaires ont mis en place le programme de Communication pour le changement du comportement (CCC). Le nombre de structures de diagnostic et de prise en charge (PEC) a augmenté entre 2007 et 2010 en passant de 34 à 70 pour le CDV, de 14 à 65 pour la PTME et de 12 à 33 pour la PEC globale des adultes et des enfants VIH+. Parmi ces derniers, 10 sites offrent le traitement aux enfants ; 4 l'appui nutritionnel et 16 le service de diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Un total de 4 ONG a offert des paquets d'appui aux orphelins et enfants vulnérables (OEV). Pour la sécurité transfusionnelle, les banques de sang ont été équipées.
- ii. *Ressources humaines* : Un investissement énorme a été fait au niveau des ressources humaines avec un total de 343 professionnels de santé formés. Pour la prévention du VIH, 1119 pairs éducateurs ont été formés par plusieurs partenaires dont le Fonds mondial ainsi que 547 activistes et 35 autres.
- iii. *Ressources matérielles/ consommables et produits pharmaceutiques*: Certains protocoles de prévention et de prise en charge (PEC) ont été mis à jour. Par contre, il a été constaté un manque des modules de formation, une faible quantité des supports de communication et une insuffisance dans l'approvisionnement des structures locales en préservatifs, médicaments et/ou réactifs.
- iv. *Suivi-Evaluation* : pas de base de données concernant les activités des pairs éducateurs.

III-3 Résultats de la riposte programmatique

Après la création du CNLS en 2004, le Ministère de la Santé a cessé d'être l'organe de coordination de la lutte contre le VIH et avec la mise en place du SNLS, le Programme National de Lutte contre Le VIH/sida est devenue une Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/sida du Ministère de la Santé. Elle est responsable du leadership, de la gestion et de la coordination des interventions du secteur de santé en matière de lutte contre le sida, notamment le CDV, la PTME, la sécurité sanguine, la prise en charge globale des PVVIH, ...

Le Ministère de la santé s'est investi dans le renforcement des capacités de son personnel dans l'offre des services. De 10 prestataires formés en 2005, le secteur de la santé comptait 567 en 2010 ; le nombre de sites de CDV (CIDA/ALTERNAG était l'unique CDV entre 2001 et 2005) est passé de 2 à 81 pendant la même période permettant ainsi une couverture de toutes les régions sanitaires avec au moins 2 sites de CDV par région sanitaire.

De même, pour la PTME qui a démarré avec l'ONG Céu e Terra le nombre de sites est passé de 4 en 2002 à 76 sites en 2011. 61% des femmes enceintes estimées ont bénéficié de dépistage VIH à travers des services de PTME en 2011.

Concernant la prise en charge globale des PVVIH, son intégration dans les formations médicales est passée de 4 en 2005 à 37 en 2011 avec au moins 1 site par région sanitaire et avec actuellement 4,806 adultes et 260 enfants sous ARV soit 66% et 13% des adultes et enfants éligibles au traitement. Toutefois, dans la capitale Bissau qui abrite le tiers de la population du pays, on retrouve environ 90% des PVVIH suivis dans la prise en charge.

a) Interventions de CCC

- Jeunes 15-24 ans : Il y a la féminisation de l'épidémie avec une prévalence de 4.2% vs 1.4%. Environ 28% des filles ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, seulement 12% des jeunes ont des connaissances complètes sur VIH et 19% des filles ont eu des rapports sexuels intergénérationnels avec des hommes d'au moins 10 ans leur aîné (MICS 2010). En 2009, 36% de nouveaux cas sont identifiés dans ce groupe (18% en 2007). *Pour une CCC plus efficace, l'intervention se fera au niveau des jeunes de 10-24 ans.*
- Professionnelles du sexe : Entre 2007 et 2009, la prévalence du VIH est passée de 26% à 39%. La prévalence des autres IST demeure toute aussi élevée avec la syphilis qui touche 19,6% des PS, Gonorrhée 17.4% et hépatites B, 13%. Seulement 31% des PS ont des connaissances exactes sur le VIH.
- MSM : Environ 2% des jeunes ont déclaré avoir eu des rapports homosexuels (CAP 2010). Les seules informations concernant ce groupe relèvent d'une étude avec l'appui du Round 7 portant sur 50 HSH, dont la prévalence du VIH est de 25% à Bissau. Environ 58% de HSH ont eu leur premier rapport homosexuel avant l'âge de 15 ans et 64% n'ont jamais utilisé le préservatifs, quand ils étaient sujet réceptif.
- Militaires : Entre 1992 à 1995 la prévalence totale a été de 9.5% et entre 2005 et 2010, a été observée une stabilisation de la prévalence (14.7% et 14.6% respectivement).
- Marins et pêcheurs : Des données épidémiologiques concernant ce groupe ne sont pas disponibles., Ce groupe a bénéficié de sensibilisation et formation de 15 pairs éducateurs.
- Femmes vendeuses (ambulantes et fixes) : Le taux de prévalence est estimé à 8%. En partenariat avec le SNLS, l'AMAE a formé 50 pairs éducateurs pour la mise en œuvre des activités de CCC au sein de ce groupe.
- Routiers : En 2010 la prévalence a été de 9.3 %.

b) Prévention transmission sanguine

L'un des programmes les plus faibles dans le pays est la transfusion sanguine. Cependant, 7 des 11 régions sanitaires disposent d'une banque de sang. Cette faiblesse est en rapport avec le manque de personnel qualifié et de ressources matérielles associés au manque d'énergie électrique.

Concernant la sécurité sanguine, toutes les poches de sang bénéficient d'un paquet minimum d'examen qui comprend le groupage sanguin et Rhésus, le taux d'hémoglobine, le dépistage VIH et hépatite B et C, la syphilis. Toutefois, 80% des dons proviennent des membres de famille, car les transfusions se font en Urgence et il y a un déficit de dons volontaires, malgré l'existence d'une association de donateurs volontaires.

La prévalence du VIH chez les donneurs est à 6,6% et celui de l'hépatite B à 13,4%.

Depuis 2010 le processus de contrôle externe de la qualité de sang, à démarré dans l'ensemble des Banques de Sang du pays grâce au financement de la 7ème ronde du Fond Mondial. Cependant, des efforts ont été notés : décentralisation des Banques de Sang, contrôle externe des Banques de Sang, existence d'un guide intégrant les recommandations de l'OMS en matière de sécurité sanguine (à confirmer) ; par ailleurs des faiblesses sont retenues lors de la revue de la performance des banques de sang, à savoir : un manque de ressources humaines qualifiées et d'équipements; très peu de donateurs volontaires fidélisés ; Rupture des intrants et consommables (tests rapides, réactifs...), pas de prise en charge des AES.

Un des défis majeurs de la prévention sanguine reste l'application effective à tous les niveaux des mesures de précaution universelle contre les AES et leur prise en charge correcte.

c) Prévention Transmission Mère – Enfant

Services dePTME

La performance du programme d'é-TME de la Guinée Bissau est marquée par l'augmentation progressive de la couverture de services CPN/PTME. Cette progression passe de 23% à 85% des femmes enceintes estimées de 2007 à 2011 pour l'offre de services. En 2011, 74% des femmes qui ont bénéficiées de la CPN1, ont fait le dépistage VIH. Parmi celles-ci, 99% ont retiré/connaissent leurs résultats, ce qui fait un taux de croissance d'environ 441% par rapport à 2007. Cette performance constitue une de nos évidences pour l'atteinte des résultats escomptés de l'é-TME.

L'accès et le taux de complétude de la prophylaxie ARV chez la femme enceinte VIH+, a connu aussi des progrès significatifs passant de 5% (83/1557) en 2008 à 30% (490/1613) en 2011.

Les résultats de la prophylaxie ARV chez la mère montrent des gains de 107 entre 2009-2010, et 146 entre 2010-2011.

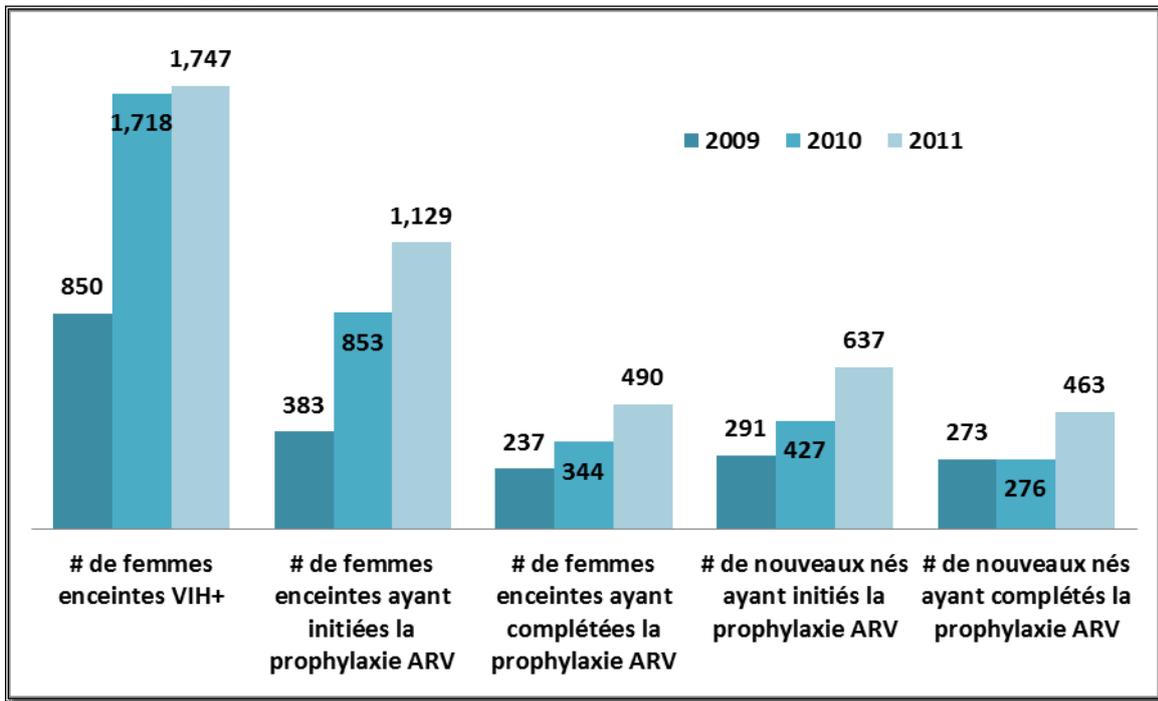


Figure 2: Evolution de la performance du programme d'é-TME en Guinée Bissau de 2009-2011.

➤ Recommandation :

- Un plan de mobilisation des ressources sera élaboré à partir du plaidoyer du Gouvernement autour du plan d'é-TME avec l'appui des partenaires techniques et financiers pour combler le gap programmatique.

Analyse du Pilier 1 (Prévention primaire parmi les femmes en âge de procréer

L'analyse du traceur de la prévention primaire parmi les femmes en âge de procréer et leurs partenaires, montre qu'aucun couple n'ait été reçu en consultation prénatale (CPN) pour la connaissance de leur statut sérologique en 2011. De plus on note une faible utilisation continue des services par les partenaires des femmes enceintes qui n'est que de 1% (2011). La performance du programme d'é-TME requiert la mise en œuvre de stratégies novatrices axée sur le genre en termes de la promotion de la consultation des couples comme le prônait le concept de la CPN recentrée.

➤ Recommandation

- Mettre le focus sur les interventions de sensibilisation, de dépistage, de lutte contre la stigmatisation, de la promotion de l'utilisation des préservatifs *envers les jeunes de 15-24 ans, les femmes en âge de procréer et leurs partenaires et les leaders communautaires.*

- Impliquer les activistes PVVIH dans les interventions de prévention primaire au niveau de la structure sanitaire et communautaire.

- Analyse du Pilier 2 (Prévention des grossesses non désirées pour les femmes)

L'analyse du traceur de la promotion et distribution des préservatifs, montre que seules 47% des femmes âgées de 15-24 ans ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel un partenaire qui n'était pas son mari ou conjoint au cours des 12 derniers mois. 70% des femmes VIH+ reçues en CPN ont bénéficié de counseling sur la planification familiale y compris les préservatifs, mais l'information sur l'utilisation de la double protection chez les femmes VIH+ n'est pas disponible.

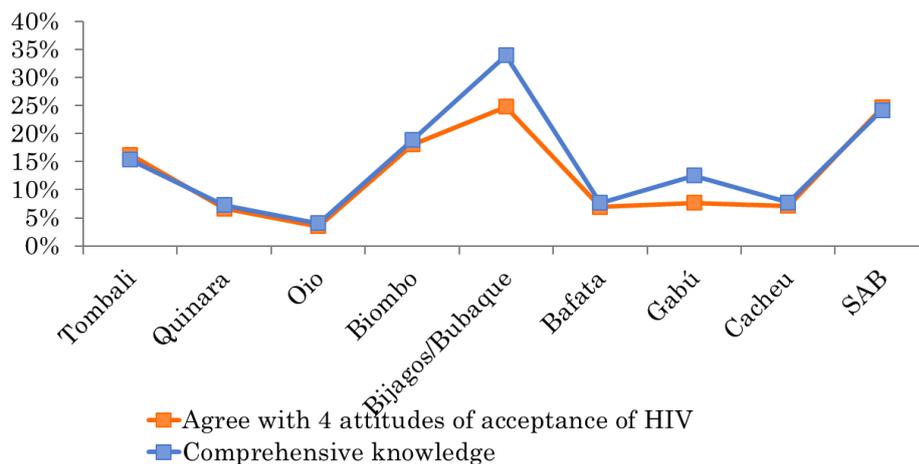
La performance du programme d'é-TME dépend des Piliers 1 et 2.

➤ **Recommandation**

- Renforcer la promotion de la double protection sera mise en œuvre pour les couples, les femmes en âge de procréer et leur partenaires, avec un accent particulier sur les jeunes filles de 15-24 ans.

Analyse du Piler 3 (é-TME)

Le taux de complétude des ARV prophylactique chez les femmes enceintes VIH+ est de 30% et 24% chez leurs enfants. Les taux de complétude de la prophylaxie ARV mère/enfant sont le produit de la performance de deux régions : Bissau (39%/29%) et Biombo (203%/236%)³. L'une des causes de ces faibles taux de complétude peut s'expliquer par l'insuffisance de connaissance sur l'infection à VIH associée avec une forte stigmatisation contre les PVVIH dans les communautés (voir Graphique 2).



Graphique 2 : Proportion de Femmes (15-49) qui sont d'accord avec les quatre attitudes d'acceptation du VIH & proportion de femmes (15-49 ans) ayant des connaissances sur le VIH, par région administrative, MICS 2010

Cette stigmatisation limite l'utilisation et la continuité des services, nécessitant l'intégration de la thématique du stigma et la discrimination dans les différentes formations des acteurs (y compris des prestataires de service de santé).

Par ailleurs, il faut noter que l'objectif d'é-TME visant à améliorer les taux de complétude de la prophylaxie ARV mère-enfant à 90% ne peut être atteint qu'à travers la mise en œuvre de certaines types d'interventions .

➤ **Recommandation :**

- Impliquer les activistes PVVIH au niveau de chaque structure de CPN/ é-TME, afin de renforcer le counseling de groupes et des ménages, mais aussi la recherche de perdus de vue.

- Organiser des groupes de paroles pour le soutien psychosocial.
- Accélérer le processus d'intégration SMI/é-TME en mettant en œuvre les recommandations de l'évaluation à savoir : (i) l'élaboration de la politique et stratégie nationale, (ii) l'harmonisation des outils de collecte, (iii) l'opérationnalisation du cadre de planification et de coordination et le mécanisme de traçabilité des femmes enceintes VIH+ et du couple mère-enfant ;(iv) la formation des prestataires de service pour l'intégration effective SMI/é-TME est prise en compte dans ce DPS.

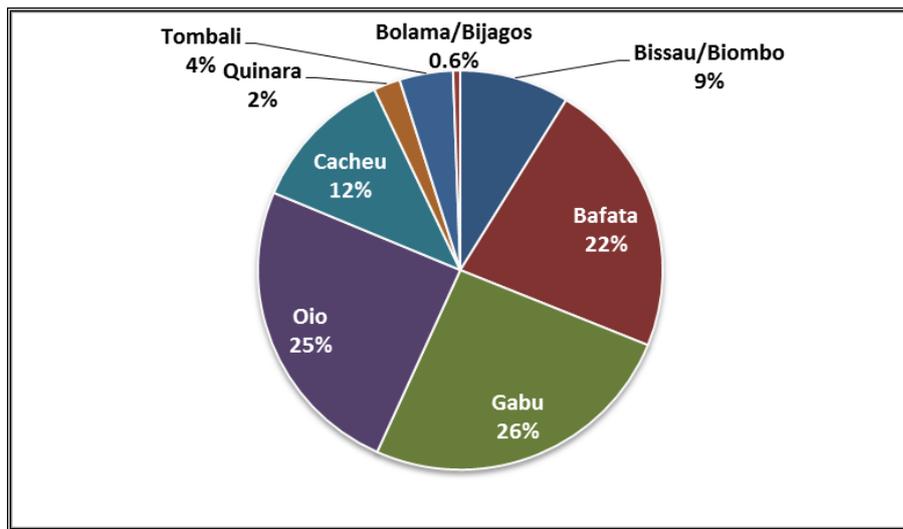
En matière de disparité géographique, une analyse effectuée à l'aide de l'outil MBB montre clairement que le passage à l'échelle du programme é-TME est caractérisé par une faible performance en qualité de services dans toutes les régions sauf Bissau et Biombo.

La réussite du passage à l'échelle nécessite une nouvelle orientation stratégique axée sur les régions à forte prévalence et à besoins non-couverts.

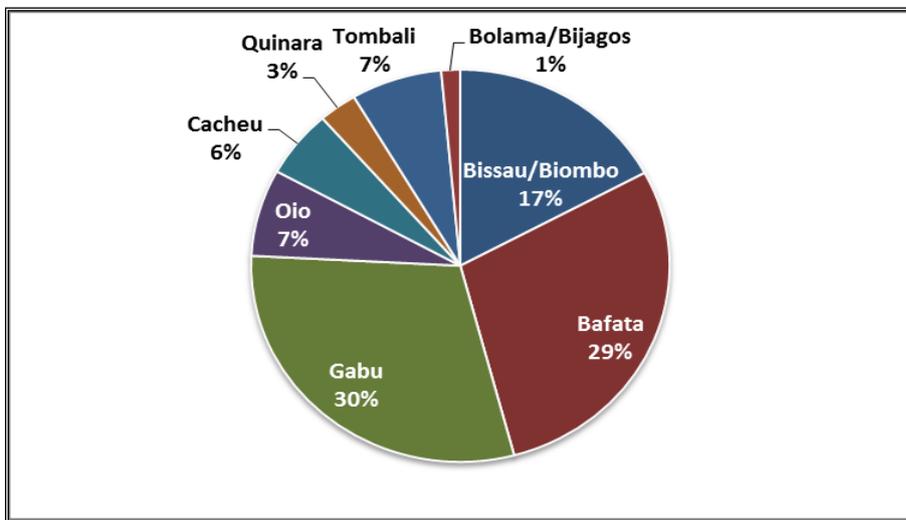
➤ **Recommandation :**

- Mettre en œuvre des innovations stratégiques en termes de stratégie avancée intégrée pour assurer l'accessibilité aux 51% de la population en dehors de Bissau qui habite à plus d'une heure de marche des centres de santé (ILAP-2).

Par rapport au dépistage des femmes enceintes, l'analyse indique que six régions administratives (Gabu, Bafata, Oio, Cacheu, Quinara et Tombali) représentent actuellement à elles seules 91% des besoins non satisfaits pour le dépistage du VIH chez les femmes enceintes et 82% des besoins non satisfaits en matière de PTME prophylaxie chez les femmes VIH+ (voir Graphiques 3 et 4).



Graphique 3: Répartition des besoins non couverts en termes de dépistage chez les femmes enceintes dans les régions de Guinée Bissau.



Graphique 4 : Répartition des besoins non couverts en termes de prophylaxie ARV chez les femmes enceintes VIH+ dans les régions de Guinée Bissau.

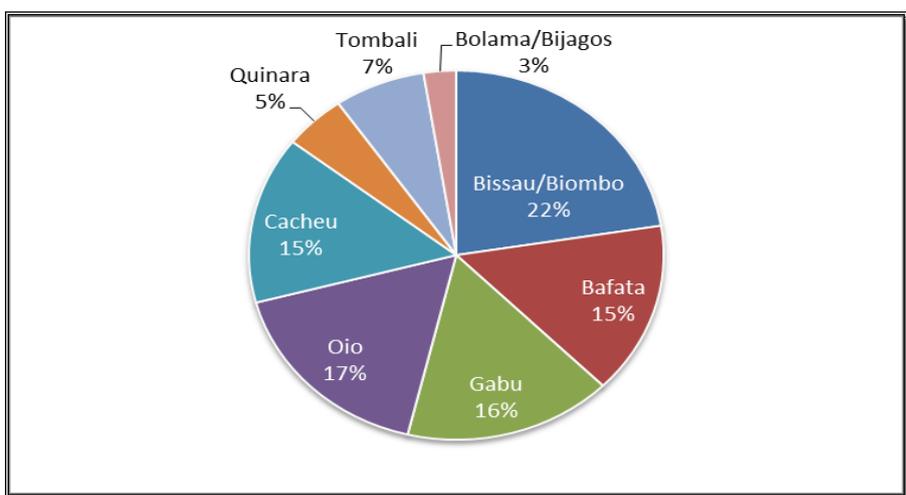
➤ **Recommandation :**

- Renforcer la disponibilité et l'utilisation effective des intrants (test de dépistage, tests de comptage de CD4, le cotrimoxazole, les ARVs prophylactique) ;
- Accroître la distribution et promotion de l'utilisation correcte de préservatif pendant la grossesse et comme méthode de double protection pendant et après l'allaitement par les prestataires de services et les activistes PVVIH ainsi que la promotion de l'allaitement maternel exclusif protégée ;
- Améliorer le suivi des femmes enceintes VIH+.

• Analyse du Pilier 4 (Soins, traitement et soutien) = DPS 3.1, 3.2 et 5

En 2011, sur les 807 enfants nés de mères VIH+ attendus pour la période, seuls 39 enfants nés de mères VIH+ ont bénéficié du diagnostic précoce VIH (virologie) 2 mois après naissance, soit un taux de 4,8%, à travers un mécanisme de collecte d'échantillons sur papier buvard acheminés à Dakar (démarré uniquement en septembre 2011). Sur les 37 sites offrant la thérapie les ARV, seuls 10 offrent la PECP.

Les besoins non-couverts en TARV chez les enfants de 0-14 ans sont représentés dans le Graphique 5.



Graphique 5 : Répartition des enfants VIH+ âgés de 0-14 ans n'ayant pas accès au traitement ARV

➤ **Recommandations**

- Mettre en place de la PCR au niveau national
- Former des prestataires de service sur l'intégration SR/VIH
- Assurer un meilleur suivi du couple mère-enfant, prenant en compte la stratégie avancée intégrée ;
- Offrir un paquet de services complets au couple mère-enfant : a) du diagnostic par PCR ; b) de la prévention des IO par le cotrimoxazole et les ARV ; c) de l'opportunité des activités de vaccination ; d) de la promotion du sevrage adéquat par les prestataires et les ASC; e) du dépistage VIH+ à 18 mois ;f) des conseils et soutiens continus en matière d'allaitement exclusif du nouveau-né et du diagnostic précoce des cas de malnutrition et leur référence au besoin ;
- Faire bénéficier de soins complets aux mères VIH+ (sous TRAV pour leur propre santé si elles y sont éligibles, des soins post natals (4 à 6 semaines), conseils nutritionnels, des services de SR/PF, y compris la distribution et promotion de l'utilisation correcte de préservatif comme méthode de double protection pendant et après l'allaitement par les prestataires de services ;
- Renforcer la disponibilité et l'utilisation effective des intrants (tests, papiers buvards, le cotrimoxazole et les ARV sirop).

Tableau 2 : Disparités géographiques selon les indicateurs clés de la é-TME/PTME et TARV

Région administrative	Prévalence de VIH chez les femmes enceintes	% de femmes enceintes qui ont au moins CPN ⁴	Couverture des services PTME	% de femmes enceintes reçues à un site CPN/PTME ayant été dépistées au VIH	% de partenaires des femmes enceintes ayant été dépistés au VIH	Complétude de la prophylaxie ARVs maternel	Complétude de la prophylaxie ARVs infantile	Couverture TARV chez les enfants 0-15 ans	Couverture TARV chez les femmes enceintes VIH+ qui en ont besoin
Bafata	10.3%	93%	53%	44%	0.6%	7%	0%	6%	12%
Gabú	9.6%	93%	30%	64%	0.9%	10%	1%	0	6%
Bissau (capital)	7.5%	98%	100%	78%	0.3%	39%	29%	31%	10%
Tombali	6.0%	98%	50%	94%	0.2%	13%	3%	2%	3%
Quinara	5.8%	91%	100%	78%	0.2%	9%	5%	0%	5%
Cacheu	3.8%	98%	68%	91%	0.3%	25%	8%	0%	116%
Bolama/Bijagós	3.7%	89	7 %	95%	1.8%	6%	0%	3%	0%
Biombo	3.5%	94%	56%	99%	2.0%	203% ⁵	236%	88%	101%
Oio	2.7%	89%	47%	55%	0.2%	6%	2%	0%	9%
National	5.8%	94%	64%	74%	0.8%	30%	24%	15%	28%

⁴ MICS 2010

⁵ Les chiffres sont plus élevés à Biombo, une région voisinée de Bissau, grâce à l'hôpital Cumura qui attire beaucoup de femmes enceintes de Bissau et autres régions

d) Services de Conseils et Dépistage Volontaire

Le Conseil et dépistage volontaire (CDV) a démarré au pays avec l'ONG CIDA-ALTERNAG à Bissau et il est gratuit, anonyme et confidentiel.

Actuellement le CDV existe dans tout le pays et il est assuré par les hôpitaux, centres de santé, ONGs, OCB et certaines confessions religieuses.

Des 81 sites de CDV, 21 sont situés à la capitale qui abrite 1/3 de la population. Chaque région sanitaire dispose d'au moins 2 sites de CDV. Le nombre de personnes qui ont été dépistées et qui connaissent leurs résultats augmente de façon exponentielle entre le troisième trimestre de 2009 et la même période de 2010, car à la fin de cette année près de 94.988 personnes testées et qui connaissent leurs résultats ont été enregistrées, soit plus de 6% de la population, ce qui représente une augmentation de 300% par rapport à 2009.. Cette évolution a d'autres explications que celle de la campagne réalisée, à savoir :

- (i) une grande augmentation des services de dépistage volontaire, tant au niveau des centres communautaires, que dans les routines des différentes structures sanitaires. Actuellement, il y a 71 sites de dépistage (CDV) opérationnels au niveau national ;
- (ii) les campagnes ont contribué aussi, mais surtout parce qu'il y a eu un « plaidoyer tous azimuts » et des campagnes ciblées sur la jeunesse, les femmes enceintes, les locaux de travail et grands centres d'affaires, comme le marché de Bandim. (Rapport SNLS, 2010)

Au total, 170,429 personnes ont fait le dépistage entre les années 2007, 2009 et 2011. Mettre à jour ces données.

En cas de test au VIH positif, les personnes sont référées vers les centres de prise en charge.

Par rapport à l'offre de services de CDV, des efforts ont été consentis durant ces 2 dernières années : élargissement de la couverture avec la mise en place des sites de CDV dans les régions, implication des ONG qui interviennent dans les campagnes de sensibilisation de la jeunesse, des femmes enceintes, au niveau des locaux de travail et de grands centres d'affaires, comme le marché de Bandim, et dans les campagnes au niveau des structures organisées (universités, écoles et centres de santé).

L'analyse de cette stratégie nous a montré que des faiblesses du système d'approvisionnement des intrants, défaut du continuum des services entre les services de dépistage et ceux de la prise en charge (beaucoup de personnes dépistées positives ne bénéficient d'aucune prise en charge), déficit en ressources humaines compétentes, non utilisation des services de cdv par les hommes.

Ainsi, beaucoup de défis ont été identifiés : (i) augmenter de l'accessibilité aux services de cdv en mettant en place des sites de cdv dans les 114 zones sanitaires ou en organisation des stratégies avancées de cdv, (ii) améliorer la qualité des services, (iii) renforcer la sensibilisation des hommes et de jeunes à l'utilisation des services de cdv.

e) Services promotionnels du préservatif

Le programme de Marketing social des préservatifs a démarré en 1995 avec l'ONG américaine Population Services International (PSI) et s'est poursuivi jusqu'en 2003, puis l'Association Guinéenne de Marketing Social créée par PSI, a substitué cette dernière. L'AGMS fut légalisée en Février 2004 et c'est la seule organisation de marketing social qui promeut et rend disponible pour la population les produits de santé.

La promotion et la vente de préservatifs sont faites au niveau national avec une chaîne de distribution mise en place à cet effet dans les différentes régions (vente en gros et en détaille). Le prix du préservatif est le même depuis 1995 soit 3 unités à 100 FCFA. Le préservatif est reconnu par 58% des jeunes filles entre 15-24 ans comme moyen de prévention de VIH (MICS-4).

Selon l'étude CAP 2010, 67% des hommes entre 15-49 ans ont utilisé un préservatif dans tous leurs rapports sexuels occasionnels dans les 12 derniers mois. Selon l'étude de MICS-4, 47% des jeunes filles entre 15-24 ans ont utilisé un préservatif dans leur dernier rapport sexuel occasionnel. L'analyse de ces données nous montre une faible utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels surtout chez les jeunes alors qu'ils ont leur premier rapport sexuel avant 15 ans. Bien qu'en nette baisse, le taux de prévalence chez les jeunes de 15-24 ans reste élevé et l'enquête CAP 2010 montre que, bien qu'ils soient informés, les jeunes sont toujours exposés à des risques liés aux pratiques sexuelles, comme suit : a) Entre 2008 et 2010, il y a eu une augmentation considérable de jeunes qui ont déclaré avoir eu leur première rapport sexuel avant 15 ans, ce qui a fait monter de 21% à 31% ; b) 23,6% de la population interrogée par l'Étude CAP affirment avoir eu de rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois. Bien que ce comportement soit plus fréquent chez les hommes (36,7%), en réalité cette pratique se trouve aussi chez les femmes (12,8%), ce qui augmente de façon croissante les risques d'infection.

Malgré ces faibles taux d'utilisation de préservatifs, quelques efforts ont été notés : la levée d'obstacles culturels majeurs à l'utilisation du préservatif, la diversité des sources d'approvisionnement, un circuit de distribution bien défini, existence d'une agence de marketing social (AGMS), l'implication d'acteurs communautaires impliqués dans les services promotionnels sur le terrain, une assurance qualité garantie auprès des détaillants par l'AGMS.

Malgré ces efforts, certaines faiblesses sont à corriger dans un meilleur délai :

- (i) quantité disponible est insuffisante par rapport aux besoins identifiés,
- (ii) services promotionnels de distribution ou d'utilisation du préservatif féminin restent très faibles jusqu'à présent,
- (iii) la distribution de préservatifs masculins et féminins est faible dans les structures hôtelières (pas de directives ou d'obligations à cet effet),
- (iv) rareté des ressources financières pour le renouvellement de stock de préservatifs nécessaires dans le cadre du marketing social.

A cet effet, certains **défis à relever** ont été retenus :

- pérenniser de l'achat des préservatifs par une mobilisation de fonds propres,
- harmoniser les circuits d'achat des préservatifs, renforcer davantage les services promotionnels envers les jeunes,
- plaider auprès du secteur privé tel que le secteur hôtelier mais aussi au niveau du milieu du travail ;

Vu la prévalence élevée chez les groupes à haut risque, il est impératif de mener une étude pour savoir le niveau d'utilisation de préservatifs à leur niveau.

Prise en Charge Globale

Traitement sous ARV et IO :

La prise en charge globale des PVVIH est gratuite en Guinée-Bissau et elle est assurée par 37 sites dont 10 sites à Bissau, la capitale, avec 4,806 adultes et 260 enfants sous ARV soit 66% et 13% des adultes et enfants éligibles au traitement. Le bilan biologique standard de suivi, ni le comptage de CD4 ne sont disponibles dans l'ensemble des sites et, pour palier à cela, les prélèvements sont acheminés vers les laboratoires de référence régionaux sous régional. Pour un meilleur suivi des PVVIH au niveau de nouveaux sites, le Ministère de la Santé a mis en place un système de parrainage qui permet un appui à distance et in loco à travers des supervisions formatives.

Présentement seulement 7 sites sur les 37 prennent en charge aussi bien les adultes que les enfants.

En ce qui concerne les infections opportunistes, une attention particulière a été réservée à cet égard par les services/prestataires des patients infectés par le VIH. Les patients VIH reçoivent gratuitement les ARV, mais les coûts liés au traitement des infections est à leur frais, ce qui n'a pas permis que les PVVIH puissent mener une vie apaisée. Bien que le traitement ne soit pas gratuit, le SNLS a pris des mesures dans le sens d'éviter la rupture des médicaments dans les centres de traitement (CTA), et dans la mesure du possible leur distribution gratuite aux patients, malgré la petitesse du montant alloué pour cette situation dans le budget de la subvention accordée avec le Fonds Mondial. Le tableau ci-dessous présenté montre l'évolution positive de la prise en charge. Même si le nombre de structures a nettement augmenté, la croissance du nombre de patients s'est principalement faite dans un rayon de 15 km 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.

Graphique 1: Evolution du traitement des Infections Opportunistes chez les PVVIH

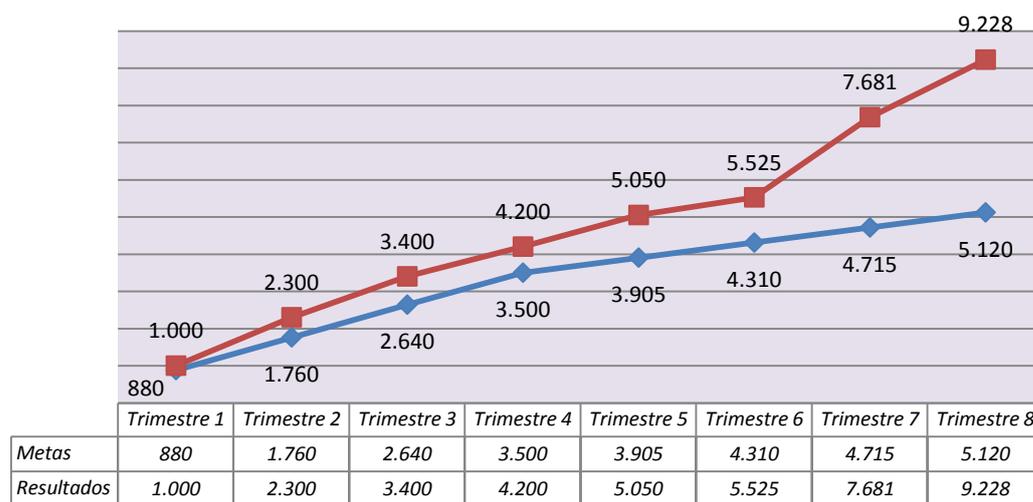


FIGURE 1.1: ÉVOLUTION DU TRAITEMENT DES INFECTIONS OPPORTUNISTES CHEZ LES PVVIH

Soutien Accompagnement

Le volet psychosocial et nutritionnel peu développé n'est intégré que dans 4 sites qui suivent environ 90% des PVVIH de la Guinée-Bissau et qui sont tous situés à Bissau. Le soutien psycho-social et nutritionnel est au stade embryonnaire

Bien que certains efforts ont été consentis, à savoir la décentralisation des sites de prise en charge globale avec au moins un site par région sanitaire, le système de parrainage par site de prise en charge permettant le suivi des activités du site ainsi que le démarrage de l'intégration de TB/VIH. Beaucoup de faiblesses restent à corriger afin de garantir une amélioration de la prise en charge globale de qualité de façon équitable : (i) disparités en terme d'accessibilité (géographique, offres de paquets des soins de qualité du en partie à un plateau technique adéquat insuffisant au niveau décentralisé), (ii) la qualité des soins insuffisante avec un taux de perdu de vue qui reste assez élevé, il est actuellement de 30%, (iii) l'indisponibilité de services compétents pour assurer le suivi biologique (suivi standard, comptage CD4 au niveau de tous les sites, (iv) un système d'approvisionnement défaillant avec des ruptures des ARV, des médicaments IO et intrants, (v) indisponibilité de services adéquats pour assurer la détermination de charge virale et de génotypage (test de résistance), (vi) la lenteur dans le processus d'intégration de TB/VIH, hépatites B et C et paludisme dans le suivi des PVVIH, (vii) défaut d'intégration du volet psychosocial, continuum des soins et appui nutritionnel dans l'ensemble des sites de prise en charge.

Les défis majeurs de la prise en charge sont : le passage à l'échelle du paquet de services de qualité, l'accélération de l'intégration de TB/VIH, le renforcement du soutien et accompagnement des PVVIH et OEV, le renforcement de la prise en charge pédiatrique, l'assurance qualité des services, l'appui nutritionnel et socio-économique mais aussi le renforcement du suivi biologique au niveau des sites.

III- 4 Synthèse des Résultats programmatiques

Résultats/ Efficacité e Impacte : Globalement, fin 2010, 7 objectifs du PENII ont été atteints, 9 étaient en cours de réalisation et 6 n'ont pas été atteints. Certains services de prévention se sont montrés plus efficaces. En 2010, 82% des femmes enceintes reçues dans les CPN ont été dépistées, 56% ont reçu la prophylaxie pour la PTME et 20% l'ont complété. Les groupes moins couverts ont été ceux atteints par les programmes de CCC dont les patients avec des infections sexuellement transmissibles (IST), motoristes, professionnels du sexe (PS) ; OEV (10-15%) ; filles 15-24 ans et vendeuses de rue (3-6%).

Concernant l'objectif de réduction de l'impacte du sida, le nombre des PVVIH sous TARV est passé de 890 en 2007 à 3632 (dont 181 enfants) en 2010. Parmi, les patients sous TARV, 18% ont reçu un appui nutritionnel en 2009 et 30% en 2010. Les PVVIH encore en traitement après 12 mois de thérapie ARV était de 83.6% (données partiels) en 2009 et de 80% en 2010. Parmi ces patients, le taux de décès était de 9.9% et de 5% respectivement. Un total de 11452 enfants orphelins ont reçu un soutien de base. Une faiblesse très particulière a été observée au niveau des activités pour réduire la stigmatisation des PVVIH et du plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

X. Principaux obstacles et mesures correctrices

Gouvernance de la Riposte

- *Réalisations :*
 - Engagement des hautes autorités dans la riposte contre le VIH
 - Leadership fort au niveau du SNLS
 - Disposition institutionnel pour la mise en œuvre de multisectorialité avec une réelle volonté des acteurs
 - Partenariat efficace (partenaires nationaux et internationaux travaillent étroitement avec le SNLS)
 - Bonne implication des acteurs multisectoriels dans tous les processus
- *Points à améliorer:*
 - Pérennisation du financement de la riposte,
 - Renforcement de la mise en œuvre de la décentralisation de la riposte
 - Célérité de la mobilisation de ressources,
 - Renforcement de capacités des acteurs opérationnels dans tous les domaines
 - Etablissement d'un cadre de concertation des PTF plus élargi
 - Mise en place des cadres de concertation autour des cibles d'interventions
(Complémentarité des valeurs ajoutées des différents acteurs)
Système de SE performant avec productions d'informations stratégiques pour la riposte.

Interventions CCC

- *Réalisations*
 - Beaucoup d'interventions de CCC au niveau de certaines cibles (jeunes, femmes, groupes passerelles favorisant une bonne dynamique communautaire de la riposte)
 - Forte mobilisation sociale avec tous les acteurs
 - Interventions ciblées de CCC envers les travailleuses de sexe
 - Existence de curricula scolaire intégrant le VIH/Sida et la santé sexuelle reproductive;
 - Existence de centre de jeunes multifonctionnels
- *Points à améliorer*
 - Adapter les messages par rapport au contexte socioculturel
 - Meilleure ciblage : groupes vulnérables et groupes à haut risque (après mapping de la vulnérabilité au niveau de la Guinée Bissau)
 - Harmonisation des interventions des services de CCC par cible
 - Renforcement de capacités des acteurs surtout les pairs des groupes vulnérables
 - Rendre disponible les préservatifs au cours des interventions car demande est forte (groupes à haut risque)
 - Renforcer la prévention positive (PVVI)
 - Analyser les facteurs culturels faisant obstacle à la circoncision permettant ainsi des activités promotionnelles.

Services de promotion des préservatifs

- *Réalisations*
 - Levée d'obstacles culturels majeurs à l'utilisation du préservatif,
 - Diversité des sources d'approvisionnement,
 - Circuit de distribution bien défini,
 - Disponibilité d'une agence de marketing social (AGMS)
 - implication d'acteurs communautaires dans les services promotionnels / « Associação dos retalhistas do Mercado de Bandim »³ assurance qualité garantie auprès des détaillants par l'AGMS.
- *Points à améliorer :*
 - Rendre disponibilité des préservatifs par rapport aux besoins identifiés,
 - renforcement des services promotionnels (distribution, d'utilisation des préservatifs masculin et féminin)
 - distribution de préservatifs masculins et féminins est faible dans les structures hôtelières (pas de directives ou d'obligations à cet effet) / plaider auprès du secteur privé et milieu de travail
 - mobilisation de ressources pour achat de préservatifs mais aussi pérennisation.

Services de prévention sanguine

- *Réalisations*
 - Assurance qualité de sang systématique
 - Décentralisation des Banques de Sang,
 - Evaluation externe régulière des Banques de Sang
- *Points à améliorer*
 - Insuffisance de ressources humaines qualifiées et d'équipements
 - Quantité insuffisante de donateurs volontaires fidélisés ;
 - Rupture des intrants et consommables (tests rapides, réactifs...),
 - Prise en charge des AES n'est pas systématique dans les centres de soins.
Un des défis majeurs de la prévention sanguine reste l'application effective à tous les niveaux des mesures de précaution universelle contre les AES et leur prise en charge correcte.

Services de CDV

- *Réalisations*
 - Services sont gratuits, anonymes et confidentiels.
 - Bonne implication des acteurs de la société civile dans l'offre de services
 - Couverture régionale assurée avec au moins 2 sites au niveau de chaque région.
 - Au total, 170,429 personnes ont fait le dépistage entre les années 2007 2009 et 2011.
 - Référence systématique au niveau des centres de prise en charge.
 - Organisation des campagnes dans les structures organisées (universités écoles et centres de santé).
- *Points à améliorer*
 - Augmenter la couverture des services de cdv en mettant d'autres sites de cdv dans les zones non couvertes (équité)

- Renforcer les systèmes d’approvisionnement des intrants afin d’éviter les ruptures
- défaut du continuum des services entre les services de dépistage et ceux de la prise en charge (beaucoup de personnes dépistées positives ne bénéficient d’aucune prise en charge),
- Renforcer les capacités des sites de cdv en ressources humaines compétentes,
- Favoriser l’utilisation des services de dépistage volontaire par les hommes et les jeunes faibles
- Développer les stratégies avancées pour l’offre de services de CDV

Services PTME

- *Réalisations*
 - Priorité dans le PSN III (prend en compte les objectifs programmatiques de l’é-TME)
 - Existence du Groupe thématique PTME et des points focaux régionaux SSR/PTME
 - Bonne intégration CPN/PTME
 - Bonne couverture : 76/114 (mais ouverture de 20 nouveaux sites prévus pour cette année)
 - Formations des prestataires en matière de PTME
 - Bonne acceptation du dépistage VIH par les femmes enceintes
 - Démarrage du diagnostic virologique chez l’enfant.
- *Points faibles*
 - Faible utilisation de la prophylaxie ARV
 - Taux de complétude de la prophylaxie ARV chez la femme est à 29%
 - Taux de complétude de la prophylaxie chez le nouveau-né :
 - Problème de pérennisation du diagnostic virologique
 - Non implication des services de vaccination et nutrition dans la PTME
 - Non intégration de la PTME dans les SA
 - Disparités régionales en termes d’accessibilité et utilisation des services PTME

Services de Prise en charge

- *Réalisations*
 - Décentralisation des sites de prise en charge globale avec au moins un site par région sanitaire,
 - Gratuité des ARV et IO
 - Mise en place de système de parrainage par site (suivi des activités)
 - Démarrage du processus d’intégration de TB/VIH (disponibilité de guide thérapeutique et de plan stratégique TB/VIH)
 - Bonne couverture de CTA au niveau du pays (37 CTA)
 - Implication des activistes (relais PVVIH) dans le suivi des enfants séropositives et des perdus de vue
 - Appui nutritionnel (PAM, Caritas, Plan – GB et autres)
 - Existence des organisations que font l’accompagnement des PVVIH et récupération des perdus de vue

- *Points à améliorer :*
 - Iniquité géographique par rapport à l'accès aux services de pec
 - Insuffisance de la coordination des interventions dans le secteur de la santé à tous les niveaux
 - Disponibilité de ressources humaines qualifiées insuffisantes
 - Inefficacité du système de suivi des malades tant pour les infections opportunistes que pour le traitement aux ARV ;
 - Ruptures fréquentes de stock des médicaments et d'autres intrants liées à la faiblesse du système d'approvisionnement ;
 - Appui nutritionnel inadéquat et insuffisant ;
 - Absence d'interventions dans la prise en charge des autres coïnfections Hépatite – VIH et Paludisme – VIH ;
 - Soutien psychosocial et économique insuffisant par faute de compétences dans ce domaine
 - insuffisance de la qualité des soins (un taux de perdu de vue qui reste assez élevé, 30%)
 - tous les sites n'ont pas la capacité pour assurer le suivi biologique (suivi standard, comptage CD4 au niveau de tous les sites,
 - Défaillance du système d'approvisionnement des ARV, IO et intrants défaillant avec des ruptures des ARV, des médicaments IO et intrants,
 - Capacité inexistante pour déterminer la charge virale et le géotypage (test de résistance),

Les défis majeurs de la prise en charge sont : le passage à l'échelle du paquet de services de qualité, l'accélération de l'intégration de TB/VIH, le renforcement du soutien et accompagnement des PVVIH et OEV, le renforcement de la prise en charge pédiatrique, l'assurance qualité des services, l'appui nutritionnel et socio-économique mais aussi le renforcement du suivi biologique au niveau des sites.

Services de Droits humains

Aspects concernant les droits humains

- Points forts
 - ✓ La constitution reconnaît des droits égaux à tous les citoyens sans distinction de sexe, race ou religion.
 - ✓ Existence de Loi sur la discrimination
 - ✓ Il existe dans la constitution un article contre la discrimination sur toutes ces formes
 - ✓ Il existe des lois spécifiques sur les PVVIH, les enfants, la protection de la femme contre les MTG et les prisonniers et sur des personnes handicapées est en cours d'élaboration ; Il existe une loi de protection pour les victimes de viol
 - ✓ Il n'existe aucune loi constituant un obstacle aux services de prévention, traitement, soins et accompagnement pour les populations vulnérables ; ceci n'exclut pas l'existence de phénomènes de stigmatisation et de discrimination dus à des facteurs socioculturels ;

- Points à améliorer
 - ✓ Méconnaissance de la Loi type sur le VIH
 - ✓ Inexistence de loi spécifique concernant les Professionnels de sexe et des HSH.

➤ Recommandations :

Réviser la Loi spécifique sur le VIH dans une approche très participative de toutes les parties prenantes (système judiciaire, parlement, secteur privé, société civile sans oublier les PVVIH)

Mettre en place un système spécifique d'enregistrement et de documentation des cas de discrimination et de stigmatisation par rapport aux PVVIH

Renforcer le processus d'enregistrement de ces cas au niveau de la police judiciaire

Assurer des séances de formation et de plaider à toutes les parties prenantes concernées, il n'existe pas de mécanismes spécifiques au VIH, mais la police judiciaire est chargée d'enregistrer les plaintes et de faire le suivi.

Assurer une bonne divulgation de la Loi type sur le VIH.

La mise en œuvre de la loi est à assurée par l'implication des magistrats dans son élaboration et leur formation sur la dite loi puis la divulgation de la loi (MGF, loi type), ainsi que la formation du système judiciaire sur la loi.

Assurer une bonne mise en œuvre des stratégies de promotion et de protection des droits de l'homme prévus dans le PSN III 2012-2016.

Pas de processus participatif lors de l'élaboration de la Loi, uniquement à la validation
Divulgation au sein de leur communauté n'a pas été harmonisée.

Le texte de loi devrait être adapté par rapport au contexte de la Guinée-Bissau mais aussi en tenant compte du contexte socioculturel ;

Droits Humains Secteur public

I. Droits de l'homme (Ministère de la Justice)

1. Discrimination

- .
- La formation des membres du système judiciaire (police, magistrats...) sur les lois en questions. Concernant certaines lois les magistrats ont participé à son élaboration.

2. Accès aux soins par les populations clés

- Il n'y aucune loi constituant un obstacle à l'accès aux soins pour les populations vulnérables. Par ailleurs, la constitution, assure la santé à toute la population sans aucune distinction.

NB : La Guinée-Bissau ne dispose que de deux prisons : un à Mansoa qui est préventif, et un autre à Bafata qui est pour les condamnés. Il existe des mesures de protections de prisonniers, mais surtout de l'ordre social ; l'aspect sanitaire n'est pas trop pris en compte.

Concernant les PS, il n'y a pas de loi répressive ni de réglementation de la profession. Par contre le code pénal condamne le proxénétisme.

Selon eux toutes les lois ne nécessitent pas de texte de réglementation. C'est le cas de la loi Type 2007. Cependant on reconnaît des limites à cette loi, ce qui a entraîné sa révision qui est prévue pour bientôt. L'une des limites c'est de savoir si ce sont des crimes publics ou pas.

Ils n'ont pas connaissance des cas de discrimination documentée.

XI. Soutien des partenaires de développement

Soutien des Partenaires

Quelques réalisations Nations Unies :

- La contribution à l'extension de la couverture de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant PTME en vue de l'objectif d'élimination de la transmission de la transmission de la mère à l'enfant
- L'intégration du VIH dans la santé de la reproduction
- Le renforcement de l'autonomie financière des PVVIH pour le développement des Activités génératrices de revenu
- La contribution à l'amélioration de l'état nutritionnel des personnes sous traitement pour une meilleure adhérence
- L'appui au développement des documents stratégiques de réponse au VIH comme le plan Stratégique National, le protocole national de prise en charge nutritionnelle des personnes infectées par le VIH et la tuberculose
- La contribution au renforcement de la société civile et du réseau et des associations de Personnes Vivants avec le VIH
- L'appui à une meilleure connaissance de l'épidémie en vue d'une réponse appropriée, en partenariat avec le Secrétariat Exécutif de lutte contre le sida, ainsi mobilisation de ressources est faite pour la réalisation d'une cartographie nationale des travailleuses du sexe et des minorités sexuelles, une étude d'impact socio économique est en cours, une enquête pour évaluer la situation de sécurité alimentaire nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH a été faite
- Renforcement de la bio sécurité
- Etc.

Actions futures

Elles s'inscriront dans le cadre de la contribution à la mise du nouveau plan stratégique national à travers l'UNDAF, le DENARP et le programme conjoint VIH/ sida d'une part, et l'appui à une meilleure décentralisation de la réponse et au renforcement continu de la société civile et des réseaux et associations des PVVIH d'autre part.

A travers le programme conjoint VIH signé avec l'autorité nationale de Coordination CNLS, le Système des Nations Unies en Guinée Bissau contribue aussi bien techniquement que financièrement à la réponse nationale au VIH. Le tableau ci-dessous résume les contributions financières.

Le PEN III a prévu comme budget 91.8M EUR pour toute la période, soit environ 18.4M EUR/an. L'Etat contribuera avec au moins le 5%. Plusieurs activités de mobilisation des ressources financières seront déployées au cours des prochaines années afin de combler le gap au niveau du financement du PEN III.

Tableau de contributions financières du SNU

Observations :

Agence du SNU	Montants alloués (US \$)			Montants Planifiés/Estimés (US \$)			
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
FAO			193,500	200,000			
OMS		709	5,105	9,500	9,500	5000*	5000*
ONUSIDA	60,000		66,822	75,000			
PAM**			359,842	1, 252,147	2, 698,355*	2, 698,355*	2, 98,355*
PNUD	60,000	39,000	30,721	150,000	120,000	120,000	120,000
UNFPA	107,110	153,115	119,210	126,478	126,478	126,478	126,478
UNHCR		10,000	70,000				
UNICEF	893,238	619,906	582,607	113,056	118,200	118,200	118,200
UNODOC***				470,204	470,204	470,204	
TOTAL	1, 120,348	822,730	1,427,807	2, 396,385	3, 542,737	3, 538,237	3, 068,033

*Projections (montants non assurés)

**Programme TB/VIH

*** Budget du plan Opérationnel (2011-2014) validés par le gouvernement de la Guinée-Bissau, non

XII. Suivi-Evaluation

Le suivi-évaluation est fondamental dans la gestion d'une riposte de lutte contre le VIH ; c'est en effet le miroir du programme.

- a) Etat actuel du Système de SE
 - Existence d'une direction de planification et de suivi-évaluation au niveau du SNLS coordonnant ainsi les activités de suivi-évaluation de la riposte multisectoriel contre la lutte contre le VIH / avec une équipe multidisciplinaire
 - Existence d'une base de données au niveau du SNLS
 - Mise en place du comité restreint de SE
 - Elaboration de rapports annuels nationaux et les rapports des engagements nationaux (rapports UNGASS, Accès Universel, ...)
 - Enquêtes de surveillance et des études au niveau de la population générale et autres groupes cibles (professionnels de sexe, camionneurs) ...)
 - Prise en compte des données VIH dans la base de données nationale
 - Etude de l'impact socio économique du VIH en cours de finalisation.

- b) Difficultés rencontrées
 - Outils de collecte des données pas encore standardisés ni harmonisés
 - Pas de guides opérationnels ni de directives
 - Performance insuffisante au niveau de la gestion des données (données non exhaustives pas toujours analysées, difficultés dans la transformation en informations stratégiques,
 - Absence de données épidémiologiques approfondies au niveau des groupes à haut risque
 - Pas de système d'audit des données garantissant ainsi leur fiabilité
 - Capacités en suivi-évaluation insuffisantes au niveau de l'unité de suivi-évaluation
 - Absence de données sur les aspects financiers et logistiques de la riposte
 - Financement insuffisant pour l'opérationnalisation du système de suivi-évaluation de la riposte.

- c) Mesures correctrices
 - Elaborer des guides opérationnels pour la mise en œuvre du système de SE
 - Capaciter les membres de l'équipe du snls mais aussi des représentants de la société civile et du secteur publique
 - Renforcer la décentralisation du système de suivi-évaluation
 - Harmoniser et standardiser tous les outils de collecte
 - Renforcer les sous systèmes des secteurs opérationnels qui alimentent le système national
 - Améliorer l'intégration des aspects financiers et logistiques dans le système de suivi-évaluation
 - Mobiliser des ressources pour assurer un financement adéquat du système de SE
 - Réaliser des études épidémiologiques pour approfondir la dynamique de l'épidémie.

- d) Besoin Assistance Technique
 - Réalisation d'une analyse synthétique épidémiologique au niveau du pays
 - Elaboration de manuel opérationnel de SE (guides, directives et harmonisation des outils
 - Mapping de la vulnérabilité (groupes à haut risque et autres groupes vulnérables)
 - Evaluation pour assurance de la surveillance épidémiologique telle que la surveillance sentinelle
 - Financement du plan de renforcement de capacités.

Annexes

Annexe 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi de la mise en œuvre de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida ;

Annexe 2 : Engagements nationaux et moyens d'action **cf site ONUSIDA on line.**