



REPÚBLICA DA GUINÉ- BISSAU

RAPPORT D'ACTIVITÉ NATIONAL

GUINÉE-BISSAU

APRIL 15, 2015

Sommaire

Remerciements.....	3
Acronymes	4
I. Situation actuelle.....	5
1.1. Inclusion des différents intervenants dans le processus de rédaction du rapport.....	5
1.2. Statut de l'épidémie.....	5
1.3. Politiques et programmes de riposte	5
1.4. Tableau des indicateurs	6
III. Riposte nationale au sida	10
3.1. Contexte socio-politique et économique	10
3.2. La prévention.....	10
3.2.2. Population clés et vulnérables.....	13
3.2.3. Infections sexuellement transmissibles.....	13
3.2.4. Prévention de la transmission mère-enfant	13
3.2.5. Sécurité sanguine	14
3.3. L'accès aux services de soins et traitement.....	14
3.4. La mitigation de l'impact du VIH	16
3.5. Bonne gouvernance	16
IV. Bonnes pratiques	17
V. Principaux défis et solutions	18
5.1. Progrès réalisés par rapport aux défis clés de 2013	18
5.2. Défis rencontrés en 2014.....	18
5.3. Solutions pour la réalisation des objectifs convenus.....	19
VI. Soutien des partenaires au développement	19
6.1. Principaux soutiens reçus des partenaires au développement.....	19
6.2. Contributions des partenaires pour la réalisation des objectifs.	20
VII. Suivi et évaluation.....	20
7.1. Le système de suivi et d'évaluation actuellement en place.....	20
7.2. Les défis rencontrés dans la mise en œuvre d'un système complet de suivi et d'évaluation.....	21
7.3. Les solutions planifiées afin de surmonter les défis.....	21

7.4. Les éventuels besoins en termes d'assistance technique et de développement des moyens pour le suivi et l'évaluation.	21
--	----

Table des figures

Figure 1: Evolution de la prévalence du VIH chez les jeunes 15-24 ans	8
Figure 2: Prévalence du VIH par tranche d'âge et par type de virus	9
Figure 3: Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes entre 2009 et 2014, INASA	9
Figure 4: Connaissance approfondie du VIH par sexe et par âge, MICS 5/2014	11
Figure 5: Rapports sexuels avant 15 ans, MICS 5/2014	11
Figure 6: Rapport entre l'âge des premiers rapports sexuels et la connaissance du VIH, MICS 5/2014	12
Figure 7: Taux d'utilisation du préservatif dans le dernier rapport sexuel	12
Figure 8: Taux de dépistage les 12 derniers mois par sexe et tranche d'âge, MICS 5/2014 ...	13
Figure 9: Cascade PTME en 2014	14
Figure 10: Taux de couverture en TARV par âge et par sexe	15
Figure 11: Attitudes d'acceptation des PvVIH	16

Remerciements

A resposta nacional à epidemia do VIH/sida na Guiné-Bissau ainda reclama muitas atenções e a este propósito, as evidências e as constatações da avaliação do programa realizada em Fevereiro de 2015 são bastante elucidativas. Contudo, o ano de 2014 pode entrar para os anais da história da resposta nacional como um ano de virar de páginas através da realização de um conjunto de ações essenciais com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas seropositivas. Pela primeira vez conseguimos realizar, no nosso país, exames de diagnóstico precoce às crianças expostas ao VIH, assim como avaliar a carga viral de alguns pacientes em tratamento. *Este é o melhor investimento feito pelo programa* no entendimento do Prof. Aladje Baldé.

Estou convicto, por um lado, que a principal conquista feita em 2014 foi a avaliação da carga viral em pacientes VIH+, o que alinha a resposta nacional à estratégia 90 90 90 da ONUSIDA. Por outro lado, registaram-se igualmente progressos encorajadores em vários domínios com particular ênfase para a distribuição de preservativos, o rastreio das grávidas e o tratamento ARV para adultos. Mas, ainda estamos longe de atingir as metas inicialmente previstas havendo, por isso, *muitas lacunas por colmatar*.

Temos de ser capazes de incrementar a taxa da terapia ARV pediátrica, reduzir a taxa de perdidos de vista e os casos de estigma e discriminação que lhe são associados, assim como assegurar o correto seguimento clínico e biológico, por forma a evitar as ruturas de estoque e melhorar a gestão de medicamentos e produtos ligados a SIDA. Esta condição irá exigir uma maior implicação e participação do Governo no financiamento da resposta nacional e na hábil mobilização da solidariedade dos parceiros internacionais, para além de maior profissionalismo, pro-atividade e inovação dos atores da resposta nacional para eliminar o SIDA até 2030.

Perante os resultados granjeados, em que a criação de um clima favorável é imagem de marca, quero agradecer a total disponibilidade e o apoio do Governo liderado por Sua Excelência o Engº Domingos Simões Pereira, ao Fundo Mundial de luta contra SIDA, Tuberculose e Malaria, bem assim a todos os países contribuidores, ao conjunto do Sistema das Nações Unidas, a Cooperação Bilateral e Multilateral e, por fim e não menos importante, a bravura dos combatentes da luta contra SIDA, com ênfase para os funcionários do Secretariado Nacional de Luta contra SIDA, aos técnicos da saúde, aos atores estatais e à sociedade civil.

A vida é mais forte que SIDA! Juntos, temos a responsabilidade e o dever de conduzir a luta sem deixar ninguém para trás.

Anaximandro Zyléne Casimiro Menut
Secretário Executivo do SNLS

Acronymes

ANP	: Assemblée Nationale Populaire
ARV	: Antirétroviral
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest
CPN	: Consultations Périnatales
CS	: Centre de Santé
DENARP	: Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté Nationale
DPSA	: Département de Planification, Suivi & Evaluation
ENDA	: Environnement et Développement du tiers Monde
e-TME	: Elimination de la Transmission Mère-Enfant
FM	: Fond Mondial contre VIH, Malaria et Tuberculose
HSH	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IMC	: Indice de Masse Corporelle
INASA	: Institut National de Santé Public
IND	: Indisponible
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MICS	: Enquête à Grappes Indicateurs Multiples
MTF	: Mécanisme Transitoire de Financement
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	: Objectifs du Millenium
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Equipe Conjoint des Nations contre le VIH
PCR	: Réaction en Chaine de Polymérisation
PEN	: Plan Stratégique Nationale
PS	: Professionnels de Sexe
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PvVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
RENAP+	: Réseaux National des Personnes Vivants avec le VIH
SIDA	: Syndrome d’Immunodéficience Humaine
SNLS	: Secrétariat National de Lutte contre Sida
SNU	: Système des Nations Unies
TME	: Transmission Mère-Enfant
VHB	: Virus de l’hépatite B
VHC	: Virus de l’hépatite C
VIH	: Virus de l’Immunodéficience Humaine

I. Situation actuelle

Instructions : cette rubrique doit présenter une brève synthèse des éléments ci-dessous.

1.1. Inclusion des différents intervenants dans le processus de rédaction du rapport

1.2. Statut de l'épidémie

L'épidémie du VIH est de type généralisée en Guinée-Bissau avec une prévalence nationale moyenne de VIH de 3.25% parmi la population âgée de 15 – 49 ans¹. Les femmes sont trois fois plus infectées notamment dans la tranche d'âge 15-24 ans : 4.2% vs 1.4%².

Selon l'enquête de vigilance sentinelle chez les femmes enceintes, la prévalence est de 5% en 2014 contre les 6.4% de 2010. (INASA, 2010 e 2014).

Chez les populations clés (professionnels de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) dont les prévalences sont nettement supérieures à la moyenne nationale, aucune donnée actualisée n'est disponible.

On dénombre d'autres populations vulnérables : les hommes en tenues (14,6%³), les motoristes interurbain (5,5% de VIH-1⁴).

La Guinée-Bissau est un des rares pays où circulent les deux virus du VIH : VIH-1 et VIH-2 dans des proportions assez importants : VIH-1 4.4%, VIH-2 1.0 % et double profil 0.3%

Pour la riposte nationale au sida, le pays s'est doté du Plan Stratégique National multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (PEN III) 2012-2016 qui tire ses grandes orientations de la vision de développement du pays, du Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté (DENARP II) et des différentes stratégies sectorielles. Ce plan s'inscrit aussi dans le cadre de la réalisation des engagements internationaux, notamment pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et la Déclaration de New York en vue d'assurer l'accès universel aux services de prévention, des soins et de traitement ARV pour les personnes qui en ont besoin, d'élimination de la TME, du respect des droits humains et des aspects liés au Genre. Il est en harmonie avec les stratégies d'intervention préconisées par l'ONUSIDA, la CEDEAO et d'autres institutions et organisations internationales dans le domaine du VIH/SIDA.

La riposte actuelle s'articule autour de quatre axes stratégiques : (i) l'accès aux services de prévention spécialement par les populations clés et vulnérables ; (ii) l'accès aux services de soins, traitement par les PvVIH ; (iii) la mitigation de l'impact du VIH sur les PvVIH et leur familles, et (iv) la bonne gouvernance pour des interventions intégrées efficaces et efficientes.

Le pays dispose aussi d'un Plan National e-TME du VIH 2012-2016 ainsi que des plans e-TME régionaux, comme moyens d'atteindre "Zéro nouvelles infections" chez les enfants exposés au VIH.

¹ Estimations Spectrum 2015

² Enquête de séroprévalence dans la communauté, INASA 2010

³ Rapport de Conseil-Dépistage de l'Hôpital Militaire/Bissau

⁴ Rapport d'étude sentinelle du VIH/IST chez les motoristes, INASA 2010

1.3. Tableau des indicateurs

N°	Formulation de l'indicateur	2011	2012	2013	2014	Source
OBJECTIF 1. REDUIRE DE 50 % LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE A L'HORIZON 2015						
Population générale						
1.1.	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*	14.91% (1248/8371)	IND	IND	22.3% (1409/6327)	MICS 4/2010 ⁵ MICS 5/2014
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes 15-24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	27.55% (2306/8371)	IND	IND	17.2% (1086/6327)	MICS 4/2010 MICS 5/2014
1.3	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	4.72% (885/18.734)	IND	IND	28.9% (1587/5493)	MICS 4/2010 MICS 5/2014
1.4	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*	41.47% (367/885)	IND	IND	37.4% (935/2499)	MICS 4/2010 MICS 5/2014
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	53.8% (883/1651)	IND	IND	24.5% (3548/14.466)	MICS 4/2010 MICS 5/2014
1.6	Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	3.7% (580/1563)	3.56% (548/15.409)			Données du programme
OBJECTIF 3. ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS A VIH CHEZ LES ENFANTS ET REDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DECES MATERNELS LIES AU SIDA À L'HORIZON 2015						
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui	49.47%	50.52%	47.43%	81.94%	Données do

⁵ MICS 4/2010 ne concerne que les femmes

N°	Formulation de l'indicateur	2011	2012	2013	2014	Source
	reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	(1129/2282)	(1210/2395)	(1184/2493)	(1906/2326)	Programme
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs 2 premiers mois de vie	2.41% (8/332)	0%	4.97% (124/2493)	23.47% (545/2326)	Données du programme
3.3	Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH, nés de mères séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	24.78% (470/2012)	26.60% (637/2395)	IND	22.1% (514/2326)	Spectrum
OBJECTIF 4. ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À L'HORIZON 2015						
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral*	56.33% (5104/9054)	56.11% (6101/10874)	29.4% (6913/23515)	22.6% (8127/35.997)	Données du programme/Spectrum
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral	62.36% (1004/1610)	72.01% (1384/1922)	69.2% (880/1272)	80.7% (826/1024)	Données du programme
OBJECTIF 7. ÉLIMINER LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES						
7.1	Proportion de femmes âgées de 15-49 ans qui croient qu'un mari a le droit de battre sa femme ou partenaire dans les diverses circonstances.	40.2% (7532/18734)	IND	IND	41.8%	MICS 4/2010 MICS 5/2014
OBJECTIF 8. ÉLIMINATION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION						
8.1	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant entendu parler du sida et exprimant une attitude non discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	7.9% (1345/17.026)	IND	IND	7.6% (1031/13.573)	MICS 4/2010 MICS 5/2014
OBJECTIF 10. RENFORCER L'INTÉGRATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH						
10.1	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	1.09	IND	IND	1.08	MICS 4/2010 MICS 5/2014

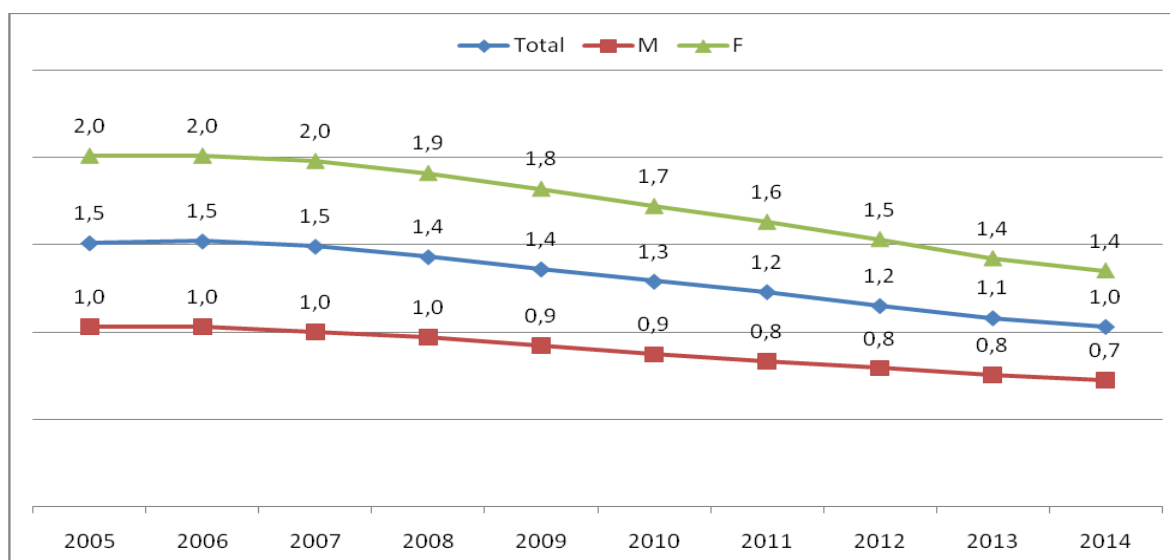
II. Descriptif de l'épidémie

La revue du Programme sida de la Guinée – Bissau a montré une insuffisance d'informations stratégiques à jour dans plusieurs domaines. Seule, l'enquête de séroprévalence dans les sites sentinelles chez les femmes enceintes fréquentant les services de la CPN a été réalisée en 2014.

L'analyse s'est plus fondée sur les résultats de l'enquête de vigilance sentinelle chez les femmes enceintes, les estimations Spectrum et les données programmatiques.

Selon le Spectrum 2015, la prévalence parmi les 15-49 ans serait de 3.25%. La distribution par sexe montre une prédominance féminine. On observe aussi une tendance à la diminution de la prévalence du VIH dans la tranche d'âge de 15 – 24 ans d'âge. Elle est passée de 1,3% à 1% de 2010 à 2014.

Figure 1: Evolution de la prévalence du VIH chez les jeunes 15-24 ans



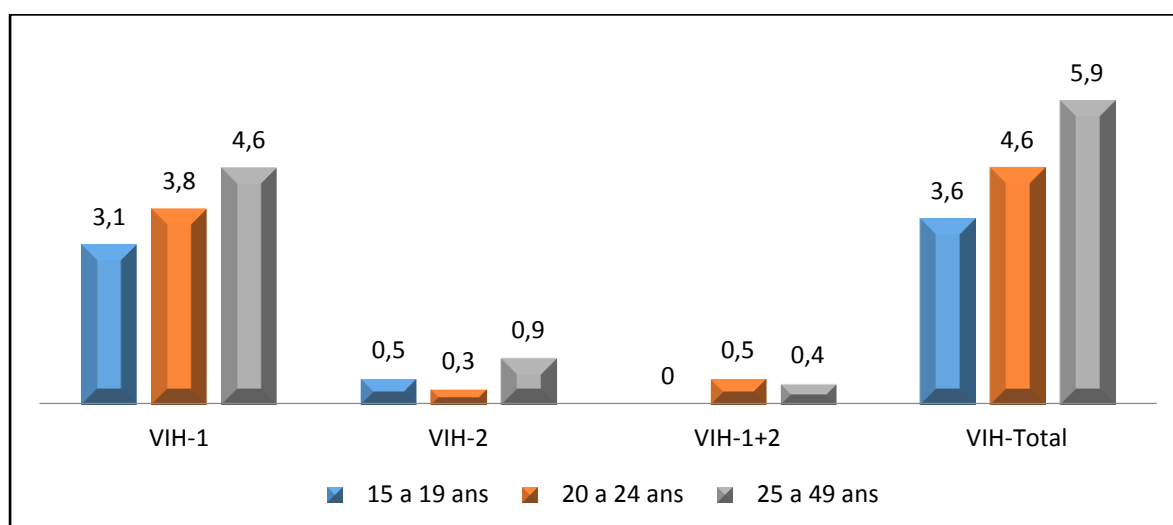
Source : Estimations Spectrum 2015

Cependant, dans la population adulte (15+ ans), l'évolution de la prévalence du VIH est restée stationnaire autour de 3,1% durant la période de 2010 – 2014.

La vigilance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes montre une baisse de la prévalence de 6.4% en 2009 à 5% en 2014, mais avec des disparités entre les tranches d'âge et régionales importantes.

Il y a une prédominance du VIH-1 et une augmentation de la prévalence avec l'âge. Cependant, la prévalence chez les jeunes filles 15-19 ans de 3.6% est élevée et est le fruit de la quasi inexistence d'interventions à leur égard.

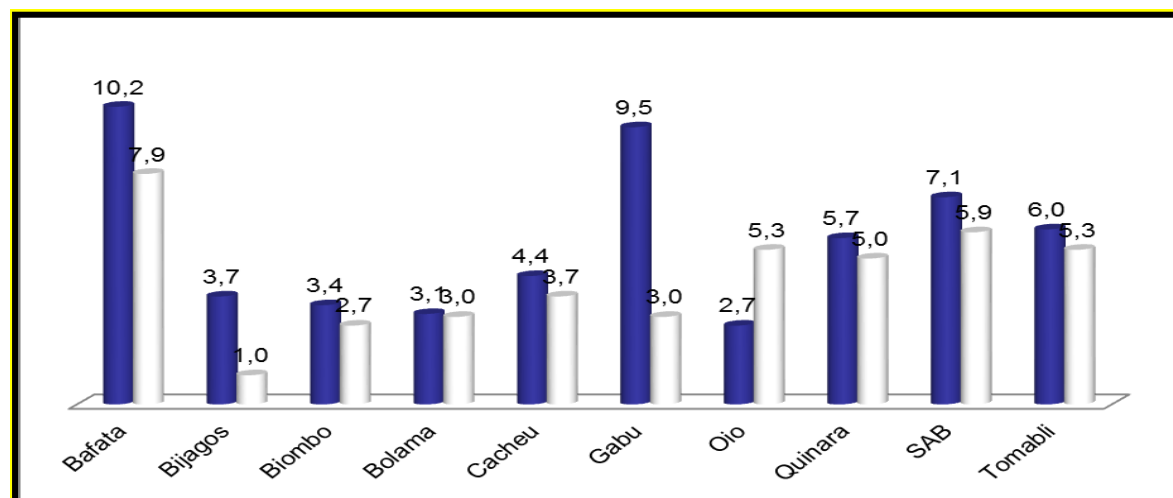
Figure 2: Prévalence du VIH par tranche d'âge et par type de virus



Source : Etude de Vigilance Sentinelle chez les femmes enceintes, INASA 2014

L'analyse montre que 5 régions ont une prévalence $\geq 5\%$ (Bafatá : 7,9% ; Bissau : 5,9% ; Tombali : 5,3% ; Oio : 5,3% et Quinará : 5%). Cependant, Gabú est passée de 9,5 à 3% et Oio de 2,7% à 5,3% de 2009 à 2014.

Figure 3: Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes entre 2009 et 2014, INASA



Source : INASA 2010 et 2014

La prévalence du VIH chez les donneurs de sang à Bissau et Bafatá était de 3,3% (131/3.964), dont 87% étaient des donneurs familiaux. Les autres marqueurs étaient à 8,3% pour VHB, 0,33% pour VHC et 0,03% pour la syphilis.⁶

Concernant les populations clés, les données programmatiques du dépistage du VIH à Bissau en 2014 donnent une prévalence de 8,9% (27/305) chez les PS et 4,8% (4/83) chez les HSH dans les postes sentinelles mobiles PS et HSH⁷.

⁶ Déclaration de la Direction nationale du Centre national de sang

III. Riposte nationale au sida

3.1. Contexte socio-politique et économique

La riposte nationale à l'épidémie du VIH/sida dépend des accords de coopération spécialement du Fond Mondial de Lutte contre VIH/sida, Malaria et Tuberculose, la coopération avec le Brésil, Espagne, Portugal entre autres. La suspension de l'ordre constitutionnel en 2012 et par conséquent la suspension des accords de coopération ainsi que la mise en œuvre du mécanisme transitoire de financement (MTF/FM), ont eu un impact négatif dans la mise en œuvre de la riposte nationale au VIH/sida.

En 2014, la reprise de l'ordre constitutionnel avec la réalisation des élections générales et la constitution d'un Gouvernement inclusif constitue entre autres un environnement institutionnel et politique favorable à la reprise des accords de coopération bilatéraux et internationaux.

L'année 2014 a aussi été marquée par l'adoption et promulgation de la loi contre la violence domestique (25 janvier 2014).

3.2. La prévention

Dans le cadre de MTF/FM pratiquement toutes les activités de prévention ont été suspendues ; en effet seules les populations clés, professionnels de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les filles et femmes vendeuses ambulantes ont bénéficié d'activités de prévention spécifiques mais avec une couverture limitée à 5 régions sanitaires sur 11. Cependant, l'enquête MICS 5/2014 nous permet d'évaluer l'impact des interventions en ce qui concerne la connaissance, les comportements ainsi que la connaissance du statut sérologique au sein de la population générale spécialement les jeunes 15-19 ans.

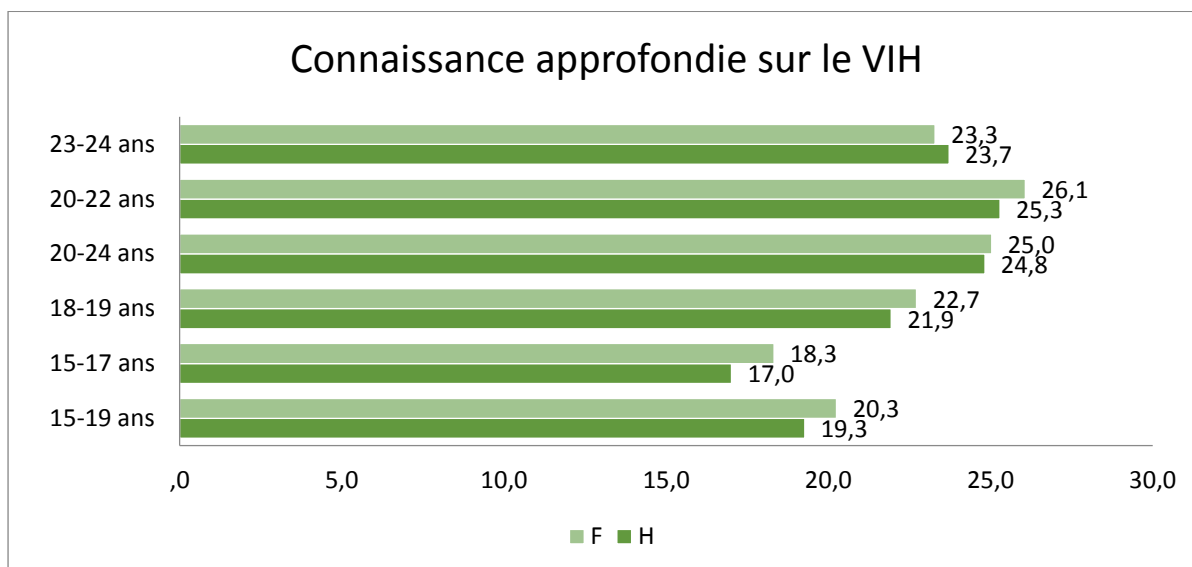
3.2.1. Population générale

Connaissance approfondie du VIH

Entre 2010 et 2014, le niveau de connaissance du VIH a augmenté notamment chez les jeunes filles 15-24 ans : 14.91% vs 22.5%. Les jeunes 15-17 ans présentent le niveau de connaissance le plus bas 17.9%.

⁷ *Rapport dépistage de ENDA, 2014*

Figure 4: Connaissance approfondie du VIH par sexe et par âge, MICS 5/2014



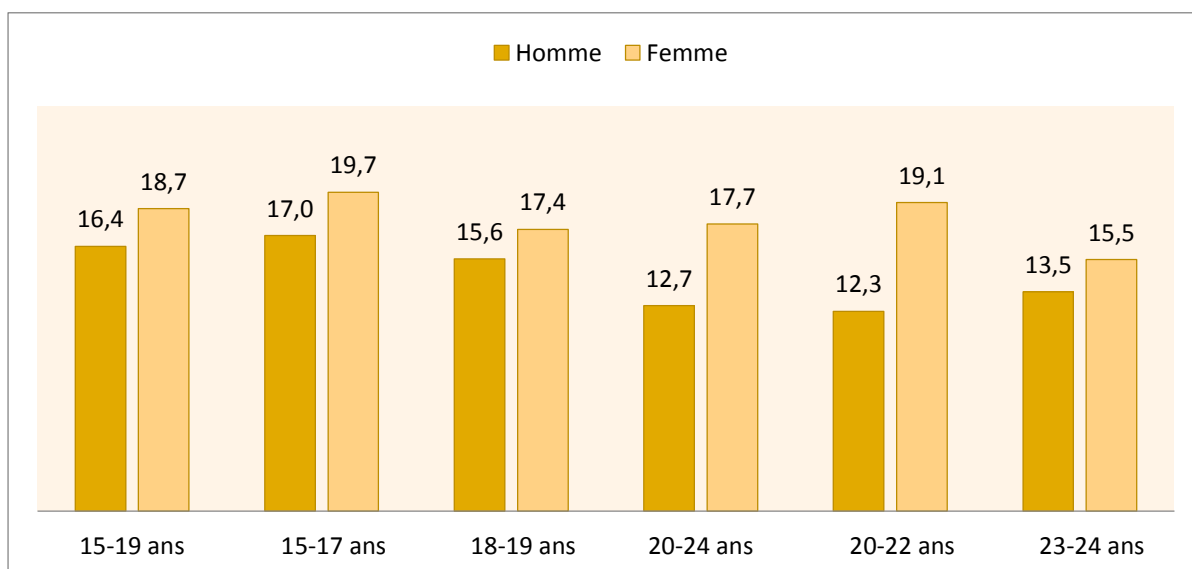
Le niveau de connaissance des voies de transmission et moyens de prévention est élevé et tourne autour de 60% tandis que ceux qui rejettent les fausses idées sur le VIH est un peu plus bas : 46.5% des personnes savent que le VIH ne peut pas être transmis par la piqure de moustique et 53.9% affirment que partager un repas avec une séropositive ne constitue un risque.

Comportements sexuels

Les comportements sexuels de risque sont fréquents et concernent toutes les tranches d'âge.

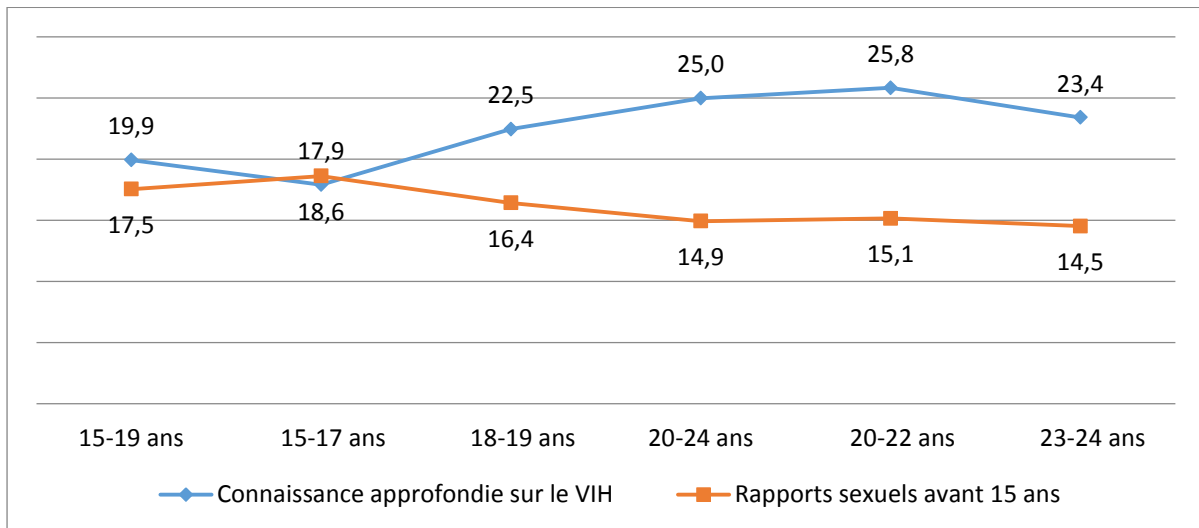
En 2014, 18.9% des jeunes entre 15-17ans ont déclarés avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans. Ce taux est plus élevé chez les jeunes filles : 19.7%.

Figure 5: Rapports sexuels avant 15 ans, MICS 5/2014



Lorsque l'on croise l'âge des premiers rapports sexuels avec la connaissance du VIH, on constate que plus les jeunes ne disposent d'information, plutôt ils commencent leur activité sexuelle. Ainsi, les jeunes 15-17 ans sont les plus vulnérables : ils ont moins de connaissance et sont plus précoces sexuellement.

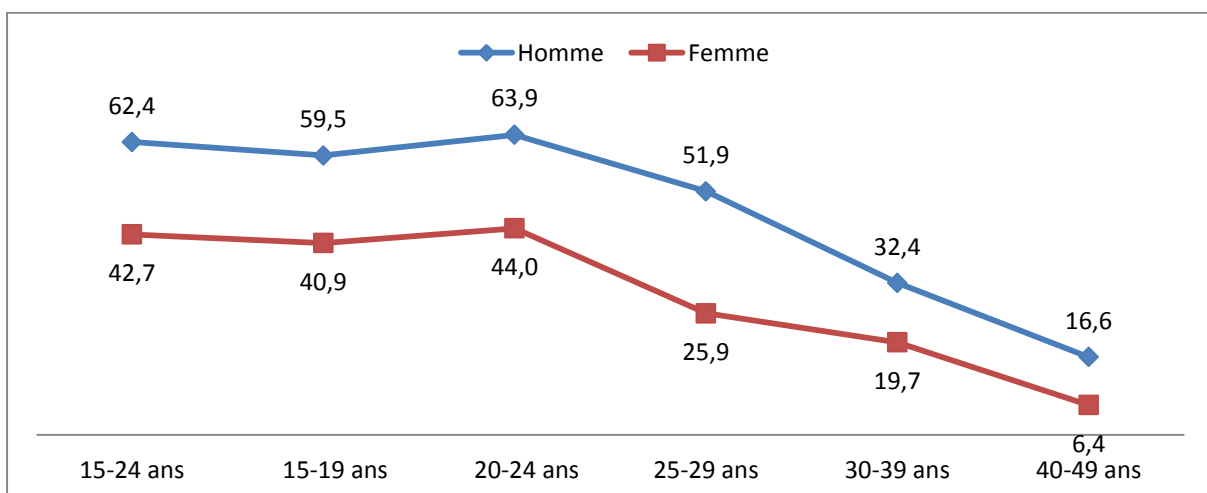
Figure 6: Rapport entre l'âge des premiers rapports sexuels et la connaissance du VIH, MICS 5/2014



La couverture des besoins estimés en préservatifs a connu une nette progression depuis 2012. De 13.2% (734.652/5.546.180) en 2012, elle a atteint 83% (4.761.577/5.703.640) en 2013. Mais en 2014, on constate une chute de 45% (1847599/4.800.000) par rapport à 2013. Ceci serait dû à une insuffisance de ressources financières pour la distribution en masse au sein de la population générale, qui n'est pas une cible du mécanisme transitoire de financement/FM.

L'utilisation de préservatif décroît avec l'âge et elle est plus élevée chez les hommes. Les jeunes 20-24 ans ont le taux le plus élevé d'utilisation de préservatif.

Figure 7: Taux d'utilisation du préservatif dans le dernier rapport sexuel

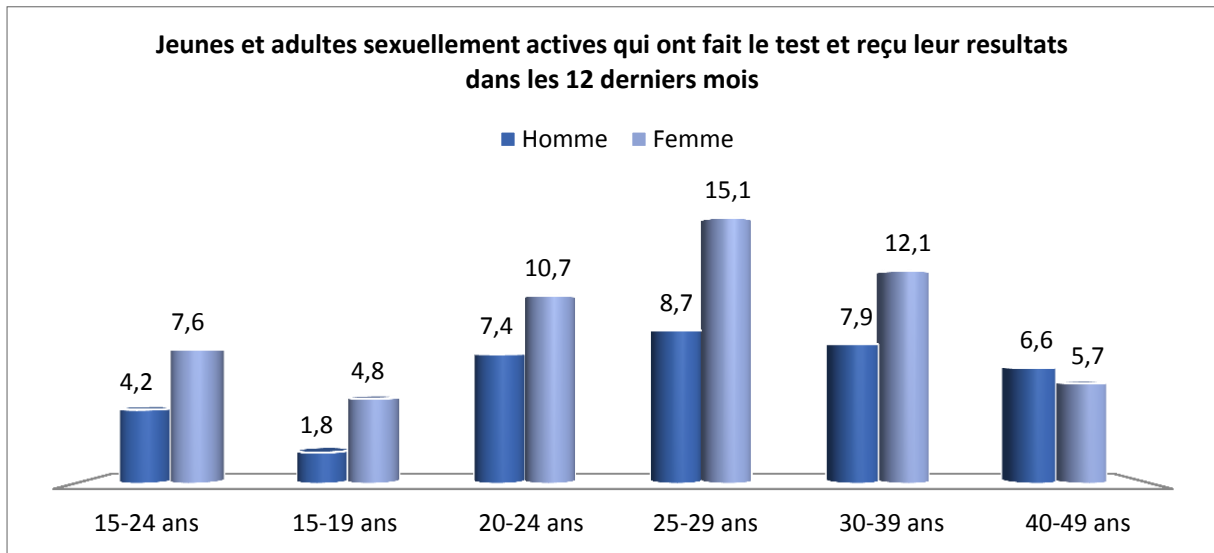


Source : MICS 5/2014

Connaissance du statut sérologique

Les interventions de prévention ont pour but aussi bien l'adoption de comportements à moindre risque que la connaissance du statut sérologique. D'une façon générale, la connaissance du statut sérologique reste extrêmement basse, moins de 20% dans toutes les tranches d'âge. En effet, les besoins en tests n'ont jamais été couverts et 2014 n'est pas exception.

Figure 8: Taux de dépistage au cours des 12 derniers mois par sexe et tranche d'âge, MICS 5/2014



La priorisation des femmes enceintes dans le cadre de la PTME, explique le plus grand accès des femmes aux tests de dépistage du VIH notamment dans la tranche d'âge 20-39 ans.

3.2.2. Population clés et vulnérables

Dans le cadre de MTF/FM, 75% (569/754) de PS, 67% (133/200) de HSH et 105% (14070/13440) de filles & femmes vendeuses-ambulantes ont été touchés par les activités de sensibilisation, distribution de préservatifs, diagnostic et traitement des IST/VIH ; cependant seulement 8% parmi eux ont fait le test de dépistage VIH et connaissent leur résultats.

Un projet pilote de prévention a été mené en direction des adolescents et jeunes vivant avec handicaps (aveugles et sourds-muets), ainsi que leurs encadreurs touchant ainsi environ 2500 personnes.

3.2.3. Infections sexuellement transmissibles

Pour les IST, très peu de données ont été rapportées par faiblesse du système d'information. Les données disponibles proviennent de l'enquête de vigilance sentinelle. Ainsi, chez les femmes enceintes, la prévalence de la syphilis a été de 1%.

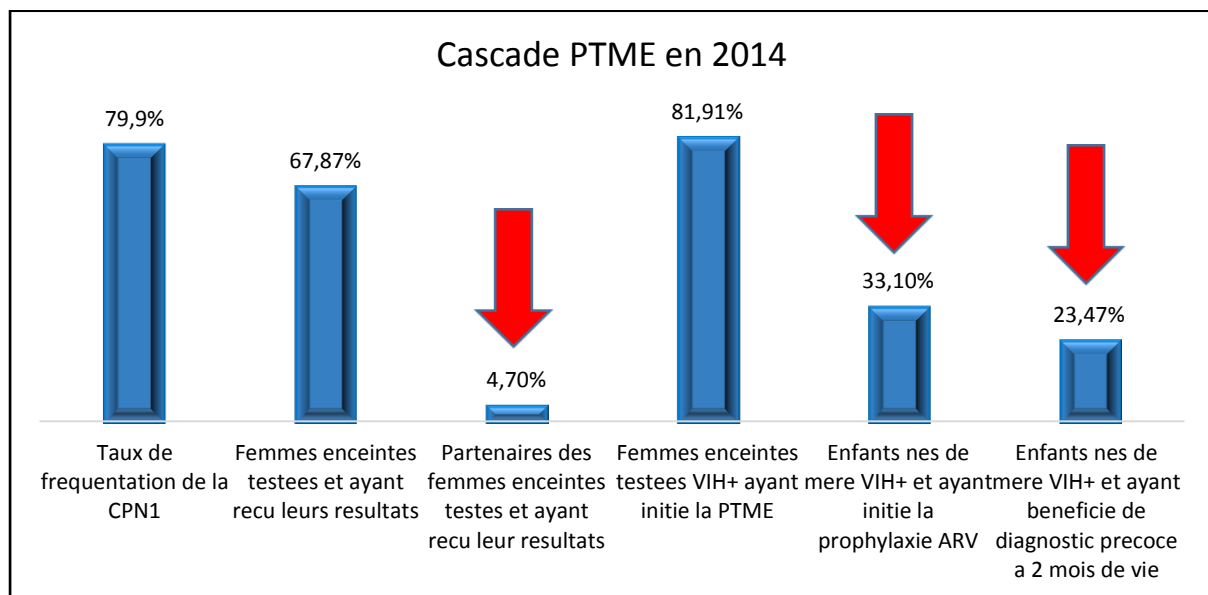
3.2.4. Prévention de la transmission mère-enfant

Par rapport à la PTME, en 2014, 100% des sites CPN offrent la PTME. Le pays dispose de deux appareils PCR dans deux laboratoires à Bissau : LNSP et l'Université Jean Piaget. La mise en œuvre de l'option B+ adoptée en février 2014, est prévue pour 2015.

La mise en œuvre du Plan national e-TME 2012-2016, montre qu'en 2014 le nombre de femmes enceintes testées au VIH et ayant reçu leurs résultats a atteint les 67.87% (54 354/80078⁸) ; le taux de femmes enceintes VIH+ qui ont reçu les ARV est de 81.91% (1906/2326⁹).

Le taux de partenaires des femmes enceintes testés en 2014 demeure très faible 4.7% (2589/54354) sur les 15% attendus. Concernant les enfants exposés, le taux des enfants nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV est de 33.1% (771/2326) et ayant bénéficié de diagnostic précoce à 2 mois de vie est de 23.47% (546/2326) en deçà de 77% prévu pour 2014.

Figure 9: Cascade PTME en 2014



Source : Données programme, SNLS 2014

3.2.5. Sécurité sanguine

Malgré les efforts déployés en matériels et équipements, la sécurité sanguine demeure un défi pour le pays : (i) les tests de dépistage VIH et autres sont faits, mais le sang testé est immédiatement transfusé ;(ii) 87% des donneurs sont familiaux et pourtant l'association des donneurs existe ; (iii) les données sont enregistrées dans deux registres de façon aléatoire et il n'existe pas de base des données pouvant permettre une analyse de la situation sur le suivi des marqueurs.

En 2014, la prévalence du VIH chez les donneurs était de 3.3%.

3.3. L'accès aux services de soins et traitement

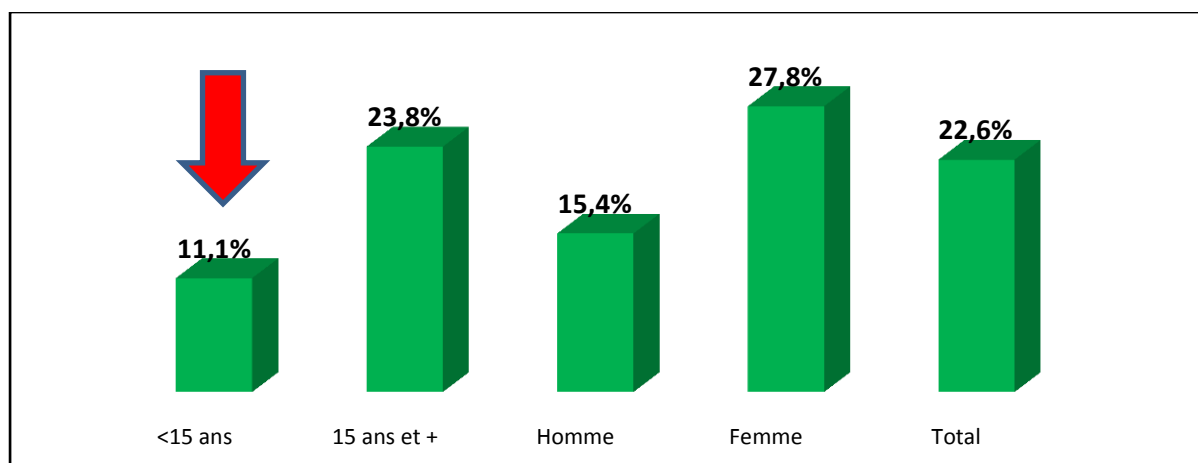
En 2014, le nombre de sites de prise en charge des PvVIH est de 39 sur les 40 prévus. 2745 PvVIH ont été mis sous TARV totalisant ainsi 8127 PvVIH sous TARV. La couverture en

⁸ Nombre de femmes enceintes attendues: 4.5% de la population générale

⁹ Nombre de femmes enceintes VIH+ attendues en 2014: estimations Spectrum 2015

TARV a atteint les 22.6% (8127/35.997); la répartition par sexe et par âge montre que les femmes et les adultes de plus de 15 ans ont plus d'accès aux ARV. Par ailleurs la situation des moins de 15 ans est critique : seulement 11.1% ont accès au TARV.

Figure 10: Taux de couverture en TARV par âge et par sexe



Source : Données programmatiques SNLS 2014 et Spectrum 2015

L'accès au TARV repose sur les recommandations OMS 2013, notamment l'état clinique du patient en l'absence de CD4 et le taux de CD4 \leq 500 cels/ul.

Le taux de rétention à 12 mois de TARV demeure stable ces dernières années. Toutefois, le nombre d'enfants mis sous TARV a baissé de plus de 50%.

Table 1: Taux de rétention à douze mois de TARV

Année	Total	Homme	Femme	< 15 ans	\geq 15 ans
2011	62.36% (1004/1610)	51.13% (249/487)	67.23% (755/1123)	32% (8/25)	62.84% (996/1585)
2012	72.01% (1384/1922)	67.5% (461/683)	74.5% (923/1239)	61.54% (16/26)	72.15% (1368/1896)
2013	69.2% (880/1272)	72% (303/421)	72.5% (617/851)	81.8% (9/11)	52.8% (871/1651)
2014	73.6% (1148/1560)	67.5% (311/461)	76.2% (837/1099)		

Source : Rapport GARPR https://aidsreportingtool.unaids.org/indicator/country_survey_list/ (consulté le 20 Avril 2015)

Le taux de rétention à 24 mois de TARV est de 52.6% (795/1511) ; mais le pays s'engage à procéder à une réévaluation des données des sites, car il existe une discordance de dénominateurs entre taux de rétention à 12 et 24 mois de TARV (patients ayant initié le TARV en 2012).

Pour renforcer l'adhésion au TARV, les protocoles avec un comprimé/jour et surtout intégrant le tenofovir ont été généralisés.

Par rapport à la gestion des IO, 1074 personnes porteuses du VIH nouvellement inscrites dans le suivi ont été à un moment donné, sous Cotrimoxazole.

La prévention à l'isoniazide a commencé à être implémentée en 2014 et ne concerne que quelques sites de suivi 28.2% (11/39) des PvVIH ; ainsi, en 2014 le taux d'adultes et d'enfants qui ont eu à bénéficier de la prophylaxie à l'isoniazide (TPI) a été de 16.3% (448/2745). Environ 111 adultes VIH+ ont été sous traitement concomitant TB/VIH.

Des données de gestion de la coinfection VIH/VHB ne sont pas disponibles.

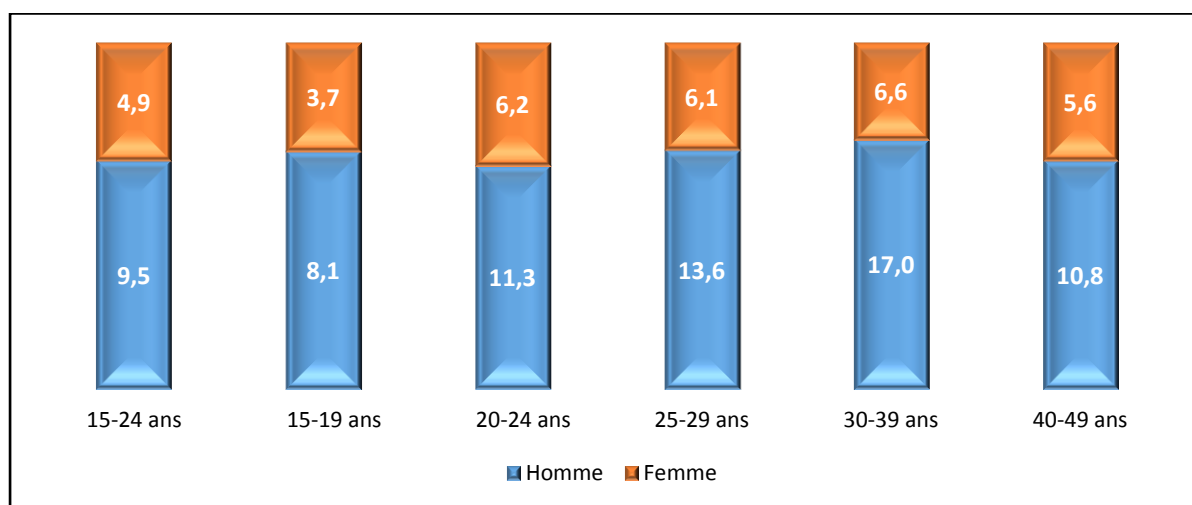
3.4. La mitigation de l'impact du VIH

Parmi les 14.228 OEV attendus (Spectrum 2014), le nombre des OEV qui ont bénéficié d'au moins l'un des appuis (scolaire, sanitaire ou nutritionnel) était de 4.524 en 2013 et 898 au 1^{er} semestre 2014.

Seulement 545 personnes vivant avec le VIH ont bénéficié d'appui nutritionnel selon le principe de soutien nutritionnel basé sur $IMC \leq 18$.

Le taux de stigmatisation et discrimination demeure élevée, surtout par rapport à "achat de légumes chez une personne vivante avec le VIH" et "accepter que son enfant soit enseigné par un professeur VIH+.

Figure 11: Attitudes d'acceptation des PvVIH



Source : MICS 5/2014

Dans l'analyse croisée des données MICS 5/2014, il semblerait qu'il n'ait pas corrélation entre le niveau de connaissance du VIH et l'acceptation des PvVIH.

3.5. Bonne gouvernance

L'année a été marquée par des forts plaidoyers surtout internes. Les fruits de ces plaidoyers se sont traduits par :

- Engagement du Ministre des Finances et de l'Economie, d'inclure dans le budget d'état 2016, une ligne budgétaire pour la riposte au VIH ;
- Rencontre des représentants du RENAP+/GB avec le premier-ministre et la promesse de ce dernier d'apporter un plus grand soutien aux PvVIH et d'assurer davantage la participation de l'état dans le combat au VIH/sida;
- La première-dame est devenue marraine du programme PTME et une première rencontre des femmes leaders (première-dame, ministres, parlementaires, femmes d'affaires, représentantes des PvVIH, des ONGs et des communautés) a eu lieu en Décembre et a culminé par la signature d'un document d'engagement en faveur de l'e-TME du VIH.
- Participation du 1^{er} Ministre et une part de son staff, ainsi que du Président de l'ANP et quelques parlementaires dans la Marche de 1^{er} Décembre en faveur d'e-TME ;
- Plaidoyer du secrétaire exécutif du SNLS auprès des représentants du SNU pour une plus grande implication dans la riposte au VIH/sida ;

IV. Bonnes pratiques

L'une des réussites du programme de riposte au VIH/sida est la mise en place de la PTME. En effet, l'engagement du Gouvernement et des différents partenaires s'est traduit par l'extension de sites de PTME, l'application du dépistage à l'initiative du prestataire et la priorisation à l'accès aux tests de dépistage du VIH des femmes enceintes, allaitantes et ses partenaires lors de ruptures de stock.

Pour le suivi régulier des objectifs définis dans le PSN e-TME 2012-2016, un groupe technique e-TME avec démembrement régional et présidé par le coordinateur de la SSR et vice-présidée par le responsable nationale PTME a été mis en place et il est fonctionnel.

Le groupe technique central se réunit trimestriellement et au niveau régional semestriellement. Ces rencontres de 3 jours notamment au niveau régional comptent avec la participation aussi bien des responsables PTME/SSR régional que des responsables locaux PTME. Durant la rencontre sont présentés et discutés les résultats régionaux de la PTME et les goulots d'étranglements et respectives solutions ; sont aussi présentés et débattus les derniers progrès en matière de PTME, leur applicabilité au niveau national/régional/local. Il s'agit aussi d'occasion de renforcer les capacités en S&E des prestataires : compréhension et remplissage des instruments, compilation et rédaction du rapport mensuel, analyse et interprétation des données et production des informations stratégiques à tous les niveaux.

D'après les témoignages des prestataires qui y participent, ces rencontres leur permettent non seulement d'apprendre davantage sur la PTME, mais aussi de rendre compte de l'impact et par conséquent de la valeur/contribution de leur travail. Il s'agit de sources de motivation pour eux.

V. Principaux défis et solutions

5.1. Progrès réalisés par rapport aux défis clés de 2013

Qualité de suivi : adoption et implémentation des recommandations OMS/2013 ; les visites de supervision formatives ont été réalisées, les appareils de CD4 réparés & distribués au niveau régional et des appareils pour l'analyse PCR, charge virale et génotypage ont été mis à la disposition du LNSP ainsi que de l'université de Jean Piaget.

Accès des enfants aux services de soins et traitement du VIH : bien que le dépistage et l'accès au TARV par les enfants n'ait pas connu de progrès, la couverture en diagnostic précoce à deux mois de vie chez les enfants nés de mère VIH+ a augmenté de manière importante : de 4.97% (124/2493) en 2013 à 23.47% (545/2326) en 2014.

Intégration TB/VIH : élaboration et adoption d'un Mémoire entre le PNLT et le PNLS, tenues régulières de rencontres de coordination TB/VIH ; implémentation de la prophylaxie à l'isoniazide ;

Gestion des achats et du stock : Acquisition des ARV dans le temps prévu et pour la première fois le contrôle de qualité des médicaments distribués dans les sites de prise en charge a été réalisé ;

Système de suivi et évaluation au niveau local et central : élaboration du plan S&E, réalisation de l'enquête de Vigilance Sentinelle chez les femmes enceintes et CAP dans la population générale ; évaluation à mi-parcours de deux plans régionaux e-TME (Bafatá et Gabú). Mise en place d'un logiciel de gestion de données VIH au niveau central.

5.2. Défis rencontrés en 2014

Les principaux défis ont porté sur :

Mobilisation de ressources notamment domestiques: dans le cadre de la mise en œuvre du MTF/FM avec priorisation de la prise en charge, les autres domaines d'intervention, en particulier la prévention et la mitigation ont présenté des gaps financiers et par conséquence programmatiques importants.

Prévention : malgré le fait que les jeunes de moins de 25 ans représentent 64% de la population, des activités de prévention les ciblant ont été quasi inexistantes.

Améliorer la qualité de suivi : en dépit des efforts du programme dans le renforcement de la qualité de la prise en charge (capacitation des agents de santé et des laboratoires), la plupart des patients infectés et affectés ne bénéficient ni de support psychosocial et/ou nutritionnel ni de continuum de soins ; la riposte communautaire continue faible et le taux de perdus de vue assez élevé.

La mise en œuvre du conseil-dépistage de couple comme moyen de renforcer la rétention des femmes en PTME, a été rapportée à 2015, de par les restrictions de déplacement liées à l'épidémie d'Ébola dans la sous-région.

Acquisition et gestion des produits VIH : la quantification constitue un goulot important à tous les niveaux et, en 2014 aux ruptures des produits VIH s'est associée la péremption des ARV et des réactifs.

Production d'information stratégiques : la plupart des enquêtes programmées surtout celles des populations clés n'ont pas pu être réalisées ; il s'agit de la Vigilance Sentinelle chez les PS, la séroprévalence chez les HSH et chez les marins. L'analyse de la situation d'accès des enfants exposés et infectés aux VIH a connu des contraintes majeures et le rapport final est attendu pour 2015.

5.3. Solutions pour la réalisation des objectifs convenus

- Evaluation de la performance du programme et conséquente révision du PSN 2012-2016 : révision des groupes cibles et des stratégies ;
- Mise en œuvre de l'approche de Conseil-Dépistage de couple comme moyen de renforcer la rétention des femmes dans la PTME et d'augmenter l'accès des hommes aux services de prévention, soins et traitement du VIH et protéger davantage les familles du VIH spécialement les enfants ;
- Finalisation de la situation du TARV pédiatrique et conséquente élaboration d'un plan d'action pour l'accélération de l'accès des enfants aux services de prévention, soins et traitement ;
- Mise en place de systèmes de suivi électroniques des PvVIH dans les centres de suivi prioritaires;
Mise en place d'un logiciel de gestion financière au niveau central ;

VI. Soutien des partenaires au développement

6.1. Principaux soutiens reçus des partenaires au développement

En 2014, les principaux partenaires de la riposte nationale au VIH/sida ont été (i) Fonds Mondial/MTF, (ii) Coopération Brésilienne, (iii) SNU notamment OMS, UNICEF et UNFPA par le biais du programme national de SSR. Les ressources domestiques proviennent surtout de l'état notamment de l'exonération des taxes douanières des matériaux et produits acquis dans le cadre de la riposte nationale au VIH et le paiement des salaires des personnes impliquées dans la riposte au VIH.

Table 2: Fonds utilisés en 2014

Stratégies	2014 Fonds prévisionnel¹⁰ (a)	2014 Fonds utilisés¹¹(b)	2014 Fonds utilisés en % (b/a)
Prévention	6 526 875€	137 462€	2.1%
Prise en charge	6 851 810€	184 224€	2.7%
Mitigation	187 251€	0	0.0%
Gouvernance	7 089 833€	2 646 752€	37.3%
TOTAL	20 655 768€	2 968 437€	14.4%

6.2. Contributions des partenaires pour la réalisation des objectifs.

Pour 2015, les fonds garantis sont ceux provenant du Fonds Mondial dans le cadre du MTF, de la coopération brésilienne à travers la mise à disposition des ARV et formation des agents de santé, et du SNU notamment UNICEF (support technique et financier). Les apports domestiques proviendront des taxes d'exonération sur les produits VIH.

En 2015, Guinée-Bissau soumettra sa Note Conceptuelle au Fonds Mondial dans le cadre du nouveau modèle de financement. Le gouvernement s'est engagé à rendre disponible une ligne budgétaire pour la riposte en 2016. En outre, avec la reprise de l'ordre constitutionnel, le SNLS et le PNLS espèrent pouvoir diversifier les partenaires de la riposte nationale et impliquer davantage les autres secteurs spécialement le secteur privé.

Le pays espère ainsi qu'à partir de 2016 plus de fonds seront disponibles et permettront dans le respect des Droits Humains, Genre et Equité d'assurer une riposte nationale notamment des groupes clés et plus vulnérables.

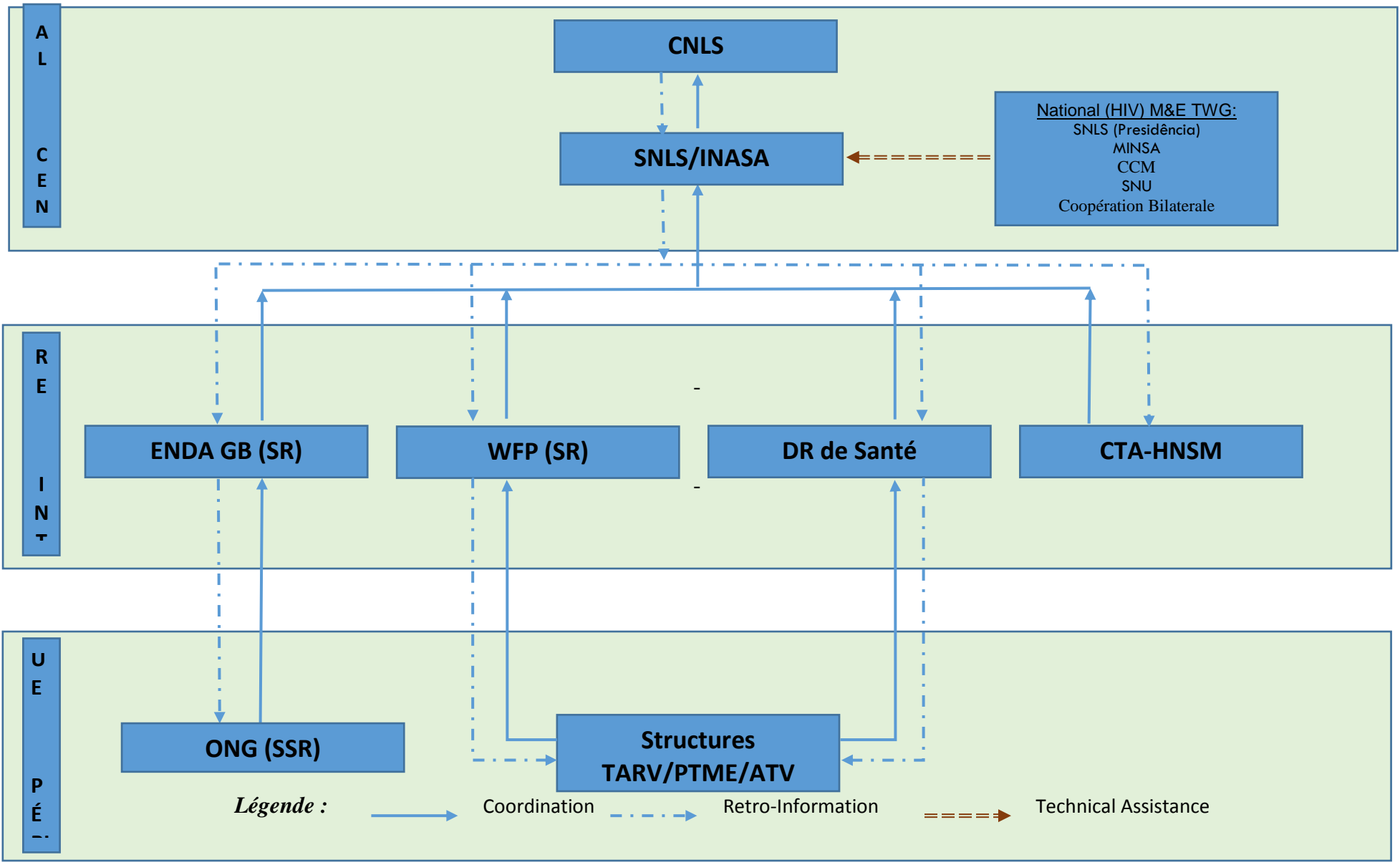
VII. Suivi et évaluation

7.1. Le système de suivi et d'évaluation actuellement en place

La figure ci-après montre le lien qui existe entre les différents niveaux du processus de collecte de données et l'élaboration de rapports à la pyramide de la riposte nationale au VIH, dans le cadre du MTF. Les données produites au niveau local par les structures publiques (ART, PTME, ATV) et les ONG sont envoyées respectivement à la Direction Régionale de la Santé et aux deux SR (ENDA et WFP) pour validation avant leur envoi au SNLS (DPSA). La retro information est faite à partir du Niveau Central vers le niveau périphérique à travers des rencontres/réunions trimestrielles de validation de données et des réunions de différentes équipes techniques de coordination. L'assistance technique est assurée par le groupe technique national de S&E au niveau central.

¹⁰ Source : RNM 2011 et NASA, Guinée Bissau

¹¹ Source: Rapport de la revue 2015



7.2. Les défis rencontrés dans la mise en œuvre d'un système complet de suivi et d'évaluation

Les principaux défis constatés au courant de l'année 2014 portent sur :

Organisation du système de S&E : **(i)** des contraintes dans l'intégration des données essentielles du VIH dans le système national d'information sanitaire malgré la disponibilité d'une application à cet effet ; **(ii)** insuffisance de moyens financiers et de capacités internes de réalisations des enquêtes de grande envergure selon les normes et procédures internationales. **(iii)** insuffisances dans la dissémination et utilisation opportune des informations stratégiques.

Aspects techniques : **(i)** Insuffisance d'ordinateurs ou de logiciels ; **(ii)** Absence de bonne définition pour les indicateurs (fiche technique) ; **(iii)** Utilisation de sources différentes pour renseigner un même indicateur ou des algorithmes différents ;

Aspects individuels : **(i)** Insuffisance de ressources humaines compétentes en S & E (gestion, interprétation et utilisation des données) ; **(ii)** Absence de directives et protocoles pour la collecte et l'utilisation de données ; **(iii)** Manque de motivation à produire des données de haute qualité ou de s'appuyer sur ces données pour la prise de décisions.

7.3. Les solutions planifiées afin de surmonter les défis

Organisations du système de S&E : partenariat avec l'Université de Oslo/OOAS et INASA pour la mise en place d'une base de données pour le SNIS qui intègre les indicateurs du VIH, secteur santé ; **(ii)** organisation des rencontres pour la validation des données et des rencontres techniques sur l'ATV, la PTME et le TARV.

Aspects techniques : en 2014, il y a eu installation d'un serveur et la mise en place d'un logiciel de suivi en réseau des indicateurs, le "TomMonitoring" ; l'introduction des données est en cours. En outre, il est prévu l'installation d'ordinateurs dans 8 sites prioritaires (suivi d'un peu moins de 90% des patients) pour le suivi électronique des patients VIH+.

Aspects individuels : dans le cadre de la coopération avec le Brésil, il est prévu des formations en S&E adaptés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que des visites sur place pour partage d'expérience et transfert de compétences en S&E.

7.4. Les éventuels besoins en termes d'assistance technique et de développement des moyens pour le suivi et l'évaluation.

La Guinée-Bissau est confrontée à une insuffisance criante en ressources humaines d'où le besoin en assistance technique lors de l'élaboration de la plupart des documents d'intérêt national.

En S&E, les défis sont encore plus importants, car il s'agit de renforcer des capacités en S&E à tous les niveaux, c'est-à-dire, depuis la production de données de qualité, analyse et triangulation des données, production, dissémination & utilisation d'informations stratégiques pour la prise de décision. Il faut aussi un peu plus de recours aux nouvelles technologies dans

la production, transmission, analyse, dissémination et utilisation des informations stratégiques.

Par conséquent, le renforcement de capacité est nécessaire surtout dans les domaines suivants: (i) Evaluation de la mise en œuvre du Plan de Suivi & Evaluation ; (ii) Évaluation des capacités des entités de gestion à collecter et analyser les données liées à la mise en œuvre du programme ; (iii) Évaluation de la capacité du système de collecte et de report des données par secteur de programme y compris la capacité de rapporter de données valides, sûres, de haute qualité liées à la mise en œuvre des interventions.