



República da

Guiné-Bissau

Secretariado Nacional de Luta contra SIDA

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

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

RAPPORT SUR LA PÉRIODE 2006-2007

Janvier 2008

Abréviations

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

I. Table des matières

Abréviations	2
I. Table des matières	3
II. Aperçu de la situation	4
III. Aperçu de l'épidémie de SIDA	9
IV. Riposte nationale de l'épidémie de SIDA.....	10
1. L'Engagement et des actions au plan national	10
1.1. Fonds alloués à la lutte contre le sida.....	10
1.2. Politique gouvernementale concernant la lutte contre le VIH et le sida	11
2. Programmes nationaux.....	12
2.1. <i>Programmes de prévention</i>	12
2.1.1. Sécurité transfusionnelle	12
2.1.2. Dépistage du VIH	12
2.1.3. Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque	13
2.1.4. Prévention de la transmission mère-enfant.....	14
2.1.5. Enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes scolaires de préparation à la vie active	15
2.2. <i>Programmes de soins, traitement et soutien</i>	15
2.2.1. Traitement du VIH	15
2.2.1.1. Thérapie antirétrovirale	15
2.2.1.2. Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH	Error! Bookmark not defined.
2.2.1.3. Personnes encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale	17
2.3. <i>Programmes de atténuation de l'impact</i>	17
2.3.1. Soutien destiné aux enfants affectés par le VIH et le sida	17
3. Connaissances et comportements.....	18
3.1. Scolarisation des orphelins	18
3.2. Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH	19
3.3. Connaissances des populations les plus à risque en matière de prévention du VIH..	20
3.4. Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	20
3.5. Rapports sexuels à haut risque.....	21
3.6. Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels à haut risque.....	21
3.7. Utilisation du préservatif par les professionnelles du sexe	22
V. Meilleures pratiques.....	23
VI. Principaux obstacles et mesures correctrices.....	24
VII. Soutien des partenaires au développement	25
VIII. Environnement de suivi et d'évaluation	26

II. Aperçu de la situation

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

Le présent rapport a pour objet de fournir à l'ONUSIDA, et aux autres parties prenantes, les informations concernant les indicateurs de base destinés à évaluer les progrès de l'application de la Déclaration d'engagement au VIH et au sida pour la période 2006-2007.

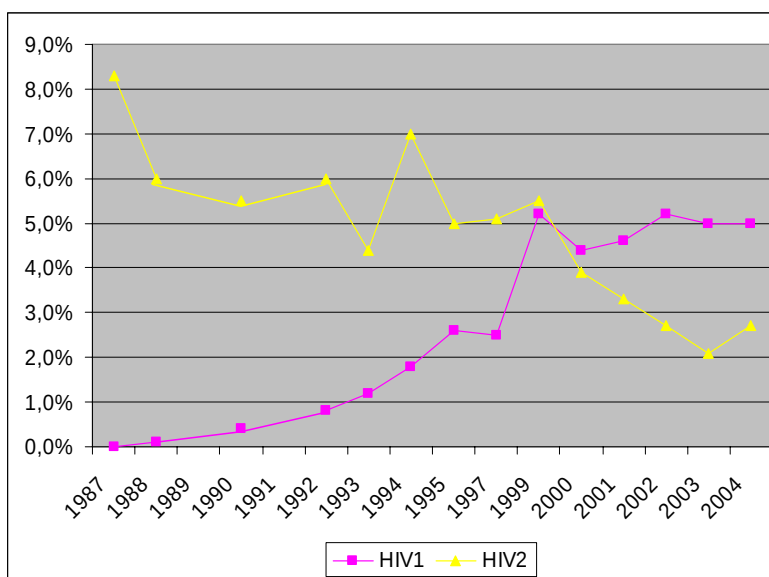
Le rapport a été élaboré dans le cadre du Plan National pour le suivi et l'évaluation de la riposte nationale et selon les trois principes directeurs des Nations Unies en cherchant surtout à ce que la seule instance de coordination nationale soit munie d'un seul plan d'action, pour qu'elle soit capable de coordonner effectivement les actions et les acteurs, et qu'elle dispose d'un seul plan de suivi & évaluation. La rédaction du rapport a été coordonnée et supervisée par l'unité de suivi et évaluation du Secrétariat National pour la Lutte contre le sida (SNLS), en collaboration avec l'équipe technique pour le suivi et l'évaluation, qui est principalement composée de techniciens des agences multilatérales, bilatérales et non gouvernementales internationales, et avec l'aide d'un consultant international recruté par l'ONUSIDA.

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

Le Guinée-Bissau est confronté à deux épidémies VIH, une épidémie par le VIH 2 et une deuxième épidémie par le VIH 1.

Les premiers cas d'infection VIH détectés en 1985 et 1986 étaient tous des cas d'infection par le VIH 2. La première étude à la maternité de l'hôpital national, menée en 1987, montrait que le Guinée-Bissau avait un taux de prévalence VIH 2 qui était un des plus élevés au monde (8,3%). Par contre, aucun cas de VIH 1 n'était encore rencontré.

Depuis, les enquêtes périodiques menées parmi la même population de femmes qui accouchent à la maternité de l'hôpital national, montrent que le taux de prévalence du VIH 2 a connu une réduction d'abord progressive, puis forte, jusqu'à 2,7% en 2004, et que pendant la même période le taux de prévalence du VIH 1 a graduellement augmenté jusqu'à 5,2 % en 1999. De 1999 à 2004 la prévalence du VIH 1 paraissait s'être stabilisé au tour du 5% (voire le graphique 1).



Graphique 1: Evolution du taux de prévalence VIH 1 et 2 parmi les femmes qui accouchent à la maternité de l'hôpital national de 1987 à 2004 (LNSP)

La réduction dans le taux de prévalence du VIH 2 a été accompagnée par un changement dans la distribution de l'âge des personnes infectées. Une étude menée en 2005 dans une population rurale a montré que l'infection par le VIH 2 est maintenant concentrée, chez les femmes, dans les tranches d'âge supérieures. Le taux d'infection parmi les femmes au dessus de 45 ans était beaucoup plus élevé (au tour de 14%) que parmi les plus jeunes (7,3%, 2,6% et 0,4%, respectivement dans les tranches d'âge 35-44, 25-34 et 15-24 ans). Le taux de prévalence parmi les hommes était moins élevé et connaissait une distribution par âge différente avec la tranche d'âge de 35-44 ans étant la plus affectée (8,3%).

Un système national de surveillance sentinelle parmi les femmes enceintes a été introduit en 2001. Dans 7 des 8 régions du pays un site urbain a été identifié en plus d'un site à la capitale Bissau. La première étude s'est faite en deux étapes. En 2001, les prélèvements étaient effectués dans 4 régions et en 2002-2003 dans les 3 autres régions et à la capitale. En 2005, la première étape de la deuxième étude était effectuée et dans chaque des 4 régions un site rural a été ajouté. Les résultats des sites urbains de ces études sentinelles sont présentés dans les tableaux 1 et 2. Le tableau 1 présente les données de l'infection par une des deux types de VIH (1 et/ou 2) et le tableau 2 par le VIH 1. Les taux rencontrés dans les sites ruraux étaient respectivement 2,4%, 2,5%, 2,0% et 3,0%.

Cependant, il y en a aussi des disparités régionales et la prévalence est plus élevée en milieu urbain comparé au milieu rural, sauf dans une des 11 régions sanitaires en raison de la forte prévalence de du VIH2 dans la population adulte. Aujourd'hui, la tendance qui s'observe au Guinée Bissau est à une stabilisation relative de la séroprévalence du VIH selon les statistiques. Malgré tout, le pays demeure en situation d'épidémie généralisée d'où la nécessité de poursuivre les actions de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Tableau 1 : Prévalence VIH (1 ou 2) parmi les femmes enceintes aux sites sentinelles, de 2001 à 2005

Région	2001	2002 / 2003	2005
Bafatá	9,1%		7%
Cacheu	4,2%		7%
Gabú	7,7%		5,1%
Tombali	4,0%		4,5%
Bissau		7,3%	
Biombo		2,6%	
Oio		4,9%	
Quinara		4,3%	

Tableau 2 : Prévalence VIH 1 parmi les femmes enceintes aux sites sentinelles, de 2001 à 2005

Région	2001	2002 / 2003	2005
Bafatá	5,8%		6,0%
Cacheu	2,2%		3,5%
Gabú	3,9%		4,1%
Tombali	2,5%		2,5%
Bissau		5,1%	
Biombo		1,6%	
Oio		2,5%	
Quinara		3,1%	

La réponse au plan politique et programmatique

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

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

Récapitulatif des indicateurs UNGASS sous forme de tableau

Indicateur	Année	Situation
Engagement et actions au plan national		
1. Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida	2007	1.334.511.294 CFA (2.799.713 USD)
2. Indice composite des politiques nationales	2007	Voire le questionnaire ICPN
Programmes nationaux		
3. Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH.	2007	(100%)¹
4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	2007	28,1%
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	2007	(9,4%)²
6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	Pas de données disponibles	
7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	2006	(6,0%)³ (Femmes)
8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Pas de données disponibles	
9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	Pas de données disponibles	
10. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 -17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	2006	7,5% Garçons : 7,3% Filles : 7,7%
11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	2007	(0%)⁴
Connaissances et comportements		
12. Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans	2006	0,97 Garçons : 0,99

¹ Toutes les unités de sang ont été testées selon des procédures normalisées attestées, utilisant les normes OMS, mais le système externe d'assurance de la qualité a été arrêté début 2003.

² Le nombre exact des femmes enceintes qui ont reçu un traitement prophylactique n'est pas connu. Le nombre des femmes qui ont été testées positive dans les programmes de PTME, et qui ont donc en principe initié le traitement prophylactique, a été utilisé comme valeur approximatif.

³ L'indicateur représente le pourcentage des femmes ayant subi un test VIH et qui en connaissent le résultat, sans spécifier la période.

⁴ Le ministère d'éducation a initié un programme d'intégration de l'enseignement relatif au VIH utilisant l'approche 'préparation à la vie active', mais ce programme n'est pas encore opérationnel dans les écoles.

Indicateur	Année	Situation
		Filles : 0,95
13. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	2006	17,7% (Femmes)
14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Pas de données disponibles	
15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	2006	21,8% (Femmes de 15-19 ans)
16. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	2006	6,0% (Femmes de 15-24 ans)
17. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Pas de données disponibles	
18. Pourcentage de professionnelles du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	2007	60,2%
Impact		
22. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	Pas de données disponibles	
23. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque (Professionnelles du sexe)	2007	26,8%
24. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	2007	61,7%

III. Aperçu de l'épidémie de SIDA

Dans la période 2006-2007, il n'y a pas été effectué d'autre étude sentinelle parmi les femmes enceintes, ni d'autre enquête mesurant la prévalence VIH parmi une population représentative pour la population générale. Il n'existe donc pas de données pour analyser les tendances et l'évolution des épidémies VIH 1 ou VIH 2 depuis 2005. La deuxième étape de la deuxième étude sentinelle qui était planifiée pour 2007 n'a pas eu lieu pour des raisons organisationnelles. De plus, les données n'ont jamais été analysées par tranche d'âge et il n'existe pas des informations sur l'évolution du taux de prévalence chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans. Il n'est donc pas possible de fournir des estimations de l'indicateur 22 « Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectées par le VIH ».

En 2006, des estimations des taux de prévalence du VIH 1 au niveau de la population générale et des projections de l'évolution ont été faites par l'OMS par moyen du modèle de projections SPECTRUM. Le taux de prévalence parmi les adultes de 15-49 ans était estimé d'être 5,0% en 2006 et en 2007 (4,1% parmi les hommes et 5,8% parmi les femmes). Cependant, en 2007 le modèle était amélioré et les nouvelles extrapolations faites estiment des taux de prévalence beaucoup plus bas. Le taux parmi la population de 15-49 ans est maintenant estimé à 1,9% en 2006 et 1,8% en 2007. Cependant, il existe maintenant une incertitude sur le taux de prévalence réel dans la population générale. Une enquête menée en 2005 parmi la population générale dans une zone urbaine à la proximité de Bissau a mesuré un taux de prévalence du VIH 1 de 4,6% et du VIH 2 de 4,4%. Des taux beaucoup plus élevés de ceux estimés par le modèle de projections.

En 2007, une enquête parmi les professionnelles du sexe (PS) a été conduite par une agence de recherche locale (Projecto de Saúde Bandim). L'enquête avait comme objectif de mesurer certains indicateurs de connaissances, attitudes, et comportements relatifs au VIH/sida, ainsi que la prévalence du VIH et de certaines IST. 250 PS étaient interrogées, dont 72 à la capitale et 178 dans quatre régions. L'infection VIH a été mesurée parmi 189 participantes (35 à Bissau et 154 dans les régions) et les résultats sont présentés dans le tableau 3. On note un taux de prévalence globale d'infection de 25,9% par un des deux types de VIH, 19,0% d'infection par le VIH 1 et 13,8% par le VIH 2. On note aussi une différence importante entre le taux parmi les PS de la capitale (65,7% d'infection par un des deux types de VIH) et celles des régions (16,9%).

L'indicateur 23 « Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque » est donc estimé à 25,9%, si on prend en compte les deux types d'infection, et à 19%, si on compte seulement l'infection VIH 1.

Tableau 3 : Prévalence VIH parmi les professionnelles du sexe en 2007, par tranche d'âge et par lieu

Tranche d'âge	VIH 1	VIH 2	VIH 1 et/ou 2
< 25 ans	6,1%	4,1%	10,2%
>= 25 ans	24,1%	17,7%	32,6%
Lieu	VIH 1	VIH 2	VIH 1 et/ou 2
Bissau	DND*	DND	65,7%
Autres régions	DND	DND	16,9%
Total	19,5 %	14,2 %	26,8 %

*Données non disponibles

IV. Riposte nationale de l'épidémie de SIDA

1. L'Engagement et les actions au plan national

1.1. Fonds alloués à la lutte contre le sida

La lutte contre le sida en Guinée-Bissau est presque dans sa totalité financée par la communauté internationale. Le gouvernement Guinéen n'a pas encore prévu dans son budget d'état un montant spécifique pour la lutte contre le sida. Des ressources gouvernementales sont indirectement dirigées vers la lutte contre l'épidémie à travers l'utilisation des infrastructures et ressources humaines de l'état, mais la grande majorité de l'équipement, médicaments, réactifs, et autres matériaux sont financés par des fonds internationaux.

Dans la période 2006-2007, la lutte était principalement financée par deux fonds : les fonds du programme MAP de la Banque Mondiale et le Fond Mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le malaria (série 4). Autres financeurs importants incluaient le Gouvernement Brésilien, à travers un don en médicaments ARV, les agences des Nations Unies (UNICEF, FNUAP, OMS, ONUSIDA), quelques agences de coopération bilatérale (Coopération Française) et les financements que les organisations non gouvernementales internationales reçoivent directement de sources extérieures au pays.

Tableau 4 : Dépenses pour la lutte contre le sida par source et par catégorie, 2006 et 2007

Source	2006		2007	
	CFA	US\$*	CFA	US\$*
MAP	898.281.752	1.725.408	528.753.137	1.109.288
Fonds Mondial	360.967.379	693.341	341.541.433	716.531
Gouvernement Brésilien	DND	DND	97.238.640	204.000
UNICEF	62.203.678	119.480	90.088.740	189.000
OMS	45.195.022	86.810	139.756.712	293.200
Autres agences des NU (FNUAP, ONUSIDA)	33.523.200	64.391	91.432.732	191.820
Coopération Bilatérale (Coop. Française)	42.474.000	81.583	DND	DND
ONG Internationales**	45.998.294	88.353	45.699.900	95.875
Catégorie				
Non spécifié	1.259.249.131	2.418.749	528.753.137	1.109.288
Prévention	95.099.748	182.666	233.561.316	489.996
Soins et traitement	120.201.791	230.882	442.212.924	927.732
Orphelins et enfants vulnérables	0	0	2.859.960	6.000
Renforcement de la gestion	8.026.855	15.418	110.644.214	232.124
Incitations pour les ressources humaines	0	0	0	0
Protection sociale et services sociaux	0	0	0	0
Environnement propice et développement communautaire	2.603.100	5.000	2.383.300	5.000
Recherche	3.462.700	6.651	14.081.900	29.543
Total	1.488.643.325	2.859.366	1.334.511.294	2.799.713

* Taux de change en 2006 : 1 USD = 520,62 CFA ; en 2007 : 1 USD = 476,66 CFA

**Données non exhaustives

Il n'existe actuellement au Guinée-Bissau aucun système standardisé de recueil de données sur les dépenses liées au sida par source de financement et par catégorie d'activité, tel que par exemple la méthodologie du NASA. Il n'est donc pas possible de fournir des données précises sur le montant de dépenses effectuées comme exigé par l'indicateur 1 « Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de

financement ». Le tableau 4 résume les données disponibles lors de la rédaction du rapport. Il faut noter que les données ne sont pas exhaustives. Le don par le Gouvernement Brésilien en médicaments antirétroviraux en 2006 et les dépenses par plusieurs ONG internationales avec des fonds externes, ne sont par exemple pas inclus. De plus, des données par catégorie du programme MAP n'étaient pas disponibles pour les deux dernières années et du Fonds Mondial pour 2006.

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

Un nouveau plan stratégique a été adopté et validé en 2006 visant à renforcer la prévention, améliorer la qualité du traitement et des soins, se doter des bonnes informations pour une meilleure prise de décisions programmatiques et finalement renforcer les capacités institutionnelles en matière de planification, gestion et coordination.

Le pays a pris en compte l'assurance de l'accès universel, particulièrement pour les groupes vulnérables, dans le plan stratégique nationale, qui a été élaboré en 2006, suite à son engagement lors de la rencontre en juin 2006. L'analyse de besoin qui a été faite lors de l'élaboration du plan stratégique a inclus une analyse de besoin des populations cibles, utilisant le modèle de besoin de ressources de l'ONUSIDA. Il existe plusieurs interventions au pays qui ciblent des populations vulnérables spécifiques, tels que les PS et les personnes en uniforme.

Le conseil national de Sida en tant qu'organe multisectoriel et présidé par le premier Ministre du pays s'est réuni deux fois en 2006 et ainsi qu'en 2007, que se soit pour l'approbation des plans de travail, le plan stratégique et pour faire le bilan annuel du parcours de son secrétariat technique.

En 2006 le pays a lancé officiellement la campagne africaine de prévention en Afrique et aussi constitué un groupe de mobilisation sociale pour mieux cibler les obstacles culturels à une meilleure connaissance, et à l'adoption de comportements protecteurs ainsi que la promotion des différents services VIH/SIDA existants.

Fin 2006 la société civile s'organise au tour de la création d'un réseau de personnes vivantes avec le VIH et fait une pression politique au parlement en faveur de l'adoption d'un projet de loi sur le VIH/SIDA. En 2007, le parlement va finalement voter la loi sur le VIH/SIDA en Guinée-Bissau.

La couverture par les programmes de prévention est encore insuffisante. Bien que dans la plupart des régions il existe des interventions pour la réduction du risque, ces interventions ne couvrent pas encore toutes les populations qui en ont besoin. La majorité de ces interventions sont menées par des organisations de la société civile. L'éducation sur la réduction de la stigmatisation est encore presque inexistante. Les programmes de prévention du VIH sur le lieu de travail ont commencé au niveau des ministères, mais sont encore très réduits. La PTME a été initié seulement dans une formation sanitaire et doit encore être expansé dans le reste du pays.

En termes de programmes de traitement, soins et soutien, la prise en charge médicale des PVVIH, y inclus le traitement antirétroviral, a été expansé à plusieurs formations sanitaires, mais la plupart de ces formations se trouvent dans la proximité de la capitale et il existe un besoin de introduire la TARV dans la plupart des régions.

La couverture par les programmes de soins et soutien en domicile est encore très limitée, ainsi que le soutien aux OEV. Ces programmes sont presque toutes menés par des organisations de la société civile.

2. Programmes nationaux

2.1. *Programmes de prévention*

2.1.1. Sécurité transfusionnelle

Il existe en Guinée-Bissau un total de 5 services de transfusion de sang. Toutes les unités de sang sont systématiquement testées pour le VIH selon un protocole national standardisé. Pendant la période 2006-2007 le service national de transfusion de sang n'a pas connu de rupture dans l'approvisionnement des tests VIH et donc toutes les unités recueillies et transfusées ont été testées. En 2007, 2660 dons de sang ont été recueillis et testés.

Cependant, le service national de transfusion de sang ne participe actuellement pas à un système d'assurance externe de la qualité du dépistage du VIH. Le service effectue l'assurance de la qualité au près des services périphériques, mais n'est pas contrôlé lui-même par un service de laboratoire externe. Jusqu'à 2003 le service participait à un système d'assurance externe par un laboratoire en Italie dans le contexte d'un appui par la Coopération Italienne. Depuis, le service a un accord avec des services de laboratoire en Portugal pour l'assurance de la qualité du test sanguin, mais non pour le test VIH. Les services sont actuellement en négociation avec un service laboratoire aux Etats-Unis.

2.1.2. Dépistage du VIH

Le dépistage volontaire du VIH est fait au Guinée-Bissau depuis 2001. Le nombre de services qui offre le dépistage volontaire a graduellement augmenté de 1 en 2001 à 11 en 2006 et 33 en 2007. Le nombre de personnes testées pendant la période 2006-2007 est présenté dans le tableau 5. Ce nombre n'inclue pas les femmes enceintes qui sont testées dans le cadre de la PTME. On note une augmentation importante du nombre de personnes testées entre 2006 et 2007.

Tableau 5 : Nombre de personnes conseillées et volontairement testées pour le VIH en 2006 et 2007

Sexe	2006			2007		
	Personnes conseillées	Personnes testées	% testées positives	Personnes conseillées	Personnes testées	% testées positives
Hommes	DND	1672	21,8%	7429	3896	12,7%
Femmes	DND	2189	25,1%	12009	7757	14,7%
Tranche d'âge						
< 15 ans	DND	DND	DND	2087	701	4,8%
15-24 ans	DND	DND	DND	6661	3880	6,5%
>= 25 ans	DND	DND	DND	9384	6777	22,7%
Total	8.351	3.861	23,7 %	20.830	11.734	13,3 %

Les centres ne spécifient pas la raison du dépistage, mais on sait que la plupart des personnes dépistées sont testées dans un contexte diagnostic chez les personnes suspectes d'avoir une infection opportuniste, et moins dans le contexte du dépistage volontaire par des personnes saines, ce qui explique les taux assez élevés de séropositivité.

Tableau 6 : Pourcentage de femmes 15-49 ans qui connaissent un endroit où se rendre pour le test VIH, ont effectué le test et obtenu les résultats, en 2006

Tranche d'âge	Connait un endroit	A effectué le test	A obtenu le résultat
15-19 ans	13,1%	2,6%	1,7%
20-24 ans	21,3%	6,3%	5,3%
25-49 ans	17,5%	7,2%	5,9%
15-49 ans	17,3 %	6,0 %	4,9 %

En 2006, on a demandé aux femmes interrogées dans le cadre de l'enquête MICS (voire chapitre 3) si elles connaissaient un endroit où se rendre pour effectuer le test VIH, si elles avaient déjà effectué le test et si elles avaient obtenu les résultats. Seulement 4,9% des femmes ont déclaré d'avoir subi un test et d'avoir reçu les résultats (tableau 6). Ce pourcentage était particulièrement bas parmi les jeunes femmes de 15 à 19 ans.

L'indicateur mesuré par l'enquête MICS ne correspond pas avec l'indicateur 7 « Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat », puisque cet indicateur spécifie une période, alors que l'indicateur MICS ne spécifie pas de période et demande seulement si la personne a déjà effectué un test. Il est évident que le pourcentage de femmes ayant effectué un test dans les 12 mois précédents serait encore plus bas.

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

Il existe en Guinée-Bissau deux organisations qui effectuent des programmes de prévention avec les professionnelles du sexe. Ces programmes incluent des activités d'information sur les IST/VIH/sida, de communication pour le changement du comportement, principalement utilisant l'approche d'éducation par les pairs, et de la promotion et la distribution des préservatifs.

Une de ces organisations, l'AGMF, est l'agence qui assure également la commercialisation sociale du préservatif dans le pays. Elle a des activités avec les PS dans la capitale du pays, et dans quatre villes régionales (Cachungo, Bafata, Gabú et Bissora). L'autre organisation est une organisation de base communautaire qui effectue des activités avec les PS dans une ville régionale (Gabú). De plus, l'agence locale de recherche locale (Projecto de Saúde de Bandim) a menée pendant 2007 une enquête comportementale par ;i les PS, et planifie des interventions.

L'enquête menée parmi les PS n'a pas posée des questions sur l'accès aux services VIH/sida, tel que le dépistage volontaire et les préservatifs, et il n'est donc pas possible de calculer un indicateur tel que l'indicateur 9 « Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre ». Les seules données disponibles sont le nombre rapporté par les agences ci-dessus du nombre de personnes atteintes par leurs activités.

2.1.4. Prévention de la transmission mère-enfant

Si en 2006 la PTME a connue une dynamique importante, en 2007 elle a connu des revers et fallait une revitalisation pendant une transition visant à l'intégration des activités d'une ONG (approche projet) dans le fonctionnement en la routine de centres de santé déjà formés. Ces activités se limitent essentiellement à la capitale Bissau et une région dans sa proximité (Cumura, région de Biombo).

Bien que pendant la période 2006-2007 le conseil et dépistage du VIH aux femmes enceintes étaient offerts par 13 formations sanitaires dans le pays, seulement deux formations offraient la thérapie antirétrovirale en 2006 et une seule en 2007. Le nombre total de femmes qui pendant 2007 se présentaient aux formations sanitaires pour la première consultation prénatale, le nombre qui se présentait à une formation sanitaire avec une capacité de dépistage, et le nombre de femmes conseillées et testées sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7 : Nombre et pourcentage de femmes enceintes qui ont été testées pour le VIH

	2007
Nombre total de femmes enceintes qui se présentent aux CPN dans le pays	42.127
Nombre de femmes enceintes qui se présentent aux CPN avec dépistage	9.930
Nombre de femmes enceintes conseillées et testées	6.886
Pourcentages testés	16,3 %

Le tableau 8 présente les résultats de l'indicateur 5 qui estime le « pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant ».

En Guinée-Bissau, le système de suivie du programme PTME est encore en développement. Actuellement il ne permet pas de savoir le nombre exact des femmes enceintes qui ont reçu un traitement ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant. La seule formation sanitaire qui offre actuellement la PTME déclare mensuellement le nombre de femmes enceintes qui ont été testées positives et le nombre de femmes qui ont bénéficié d'un traitement ARV prophylactique. Cependant, d'une part, le nombre de femmes bénéficiaires n'inclue pas les femmes qui, suite au résultat CD4, ont tout de suite débuté la thérapie antirétrovirale, et, d'autre part, il inclut à nouveau les femmes qui avaient déjà initié la thérapie prophylactique dans les mois précédentes. Pour cette raison, on a décidé de présenter le nombre de femmes enceintes qui ont été détectées séropositives, et qui sont venues chercher le résultat. Selon les informations fournies par la formation sanitaire, presque toutes ces femmes débutent et terminent le traitement prophylactique.

Il n'existe pas d'estimations précises du nombre de femmes enceintes VIH positives en Guinée-Bissau. Le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH pendant 2006 et 2007 a été estimé par l'OMS utilisant le model de projections SPECTRUM, mais ces données n'étaient pas disponibles au pays au moment de la rédaction de ce rapport. Les projections faites avec la version ancienne du model

SPECTRUM estimaient un nombre de 4.738 femmes enceintes infectées en 2006 et 4.840 en 2007. Cependant ce nombre a été considéré trop élevé. Pour cette raison, le nombre de femmes infectées a été estimé en prenant la moyenne des taux de prévalence parmi les femmes enceintes selon les résultats de la dernière étude de vigilance épidémiologique, à dire 4,5%. De plus, ce taux de prévalence prend en compte l'infection par les deux types de VIH, 1 et 2. Ceci est important dans le contexte de la Guinée-Bissau, un pays où l'infection par le VIH 2 est encore très fréquente.

Tableau 8 : Nombre et pourcentage estimés de femmes enceintes séropositives (VIH 1 ou VIH 2) qui reçoivent une thérapie prophylactique ARV

	2006	2007
Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux	367	349
Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH	3613	3716
Pourcentage qui a reçu des antirétroviraux	10,2 %	9,4 %

En appliquant les données approximatives ci-dessus, nous estimons que le pourcentage actuel de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent la PTME est environ 10%. La valeur de 2007 est légèrement plus basse que celle de 2006 parce qu'une des deux formations sanitaires qui offraient la PTME en 2006 n'a pas pu continuer ce programme en 2007.

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

L'intégration de l'enseignement relatif au VIH dans les programmes scolaire est considérée par le Ministère de l'Éducation comme une priorité. L'introduction de l'éducation sur le VIH/SIDA par la méthode « pédagogie par objectifs » est déjà appliquée dans les écoles à partir de la troisième classe. Un total de 150 professeurs a été formé et l'enseignement VIH/SIDA a été intégré dans le curriculum scolaire.

Cependant, cette méthode est différente de l'approche « préparation à la vie active » qui a seulement été introduite récemment. Avec l'appui du FNUAP le ministère a déjà commencé à introduire une approche d'enseignement « par compétences », une approche qui est comparable à celle de la « préparation à la vie active ». En 2006, 13 personnes ont été formées comme formateurs et en 2007 leur formation a été renforcée. Actuellement le curriculum scolaire est en révision pour inclure l'enseignement relatif au VIH utilisant cette nouvelle approche. Pour le moment il n'y a encore aucune école qui déjà applique l'approche.

2.2. Programmes de soins, traitement et soutien

2.2.1. Traitement du VIH

2.2.1.1. Thérapie antirétrovirale

La thérapie antirétrovirale (TARV) des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) a été initiée au Guinée-Bissau en 2005. Depuis, le nombre de formations sanitaires qui offrent le TARV a graduellement

augmenté de 3 en 2005, à 6 en 2006, et 11 en 2007. Simultanément, le nombre de PVVIH qui bénéficie de la TARV a augmenté de 65 à la fin de 2005, à 349 à la fin de 2006, et 890 à la fin de 2007.

Le tableau 9 présente le nombre de personnes qui était en traitement à la fin de 2006 et de 2007. Le tableau présente également le nombre estimatif de personnes d'infection à VIH parvenue à un stade avancé, et donc ayant besoin d'un traitement antirétroviral. Ce nombre a été estimé par l'OMS utilisant la dernière version du modèle de projections SPECTRUM. Le modèle a estimé le nombre de PVHIV à 15.926 en 2006 et à 16.270 en 2007. On estime qu'environ 17% des adultes infectés et 35% des enfants infectés ont atteint un stade avancé. Cependant ces estimations ne prennent pas en compte l'infection par le VIH 2 qui est encore fréquente au Guinée-Bissau. Il est estimé qu'à peu près 20% de personnes sous TARV sont uniquement infectées par le VIH 2⁵.

Tableau 9 : Nombre et pourcentage de personnes parvenue à un stade avancé de l'infection par le VIH (VIH 1 ou 2) qui reçoit une thérapie ARV

	Décembre 2006	Décembre 2007
Nombre de personnes recevant TARV	349	890
Nombre estimatif de PVVIH	15.926	16.270
Nombre estimatif de personnes ayant besoin d'une TARV	3.035	3.171
Pourcentage recevant TARV	11,5 %	28,1 %

Le tableau 10 présente les estimations des pourcentages de personnes en traitement par tranche d'âge et par sexe à la fin de 2007. On note que le pourcentage est plus élevé chez les femmes, ce qui est probablement expliqué par le fait que beaucoup de femmes sont détectées dans le cadre de la PTME. On estime que le pourcentage des enfants en traitement est beaucoup plus bas que chez les adultes.

Tableau 10 : Pourcentage de personnes parvenue à un stade avancé de l'infection par le VIH (VIH 1 ou 2) qui reçoit une thérapie ARV, par sexe et tranche d'âge, en 2007

Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Total
0-14 ans	9,0%	6,5%	7,8 %
≥ 15 ans	27,4%	35,4%	32,1 %
Total	23,8 %	31,2 %	28,1 %

Le gros du service TARV est délivré à Bissau. Les cibles de traitement pour 2007 ont été atteints selon le cadre stratégique. Cela pourrait être dépassé, si trois conditions étaient observées. La première, si en dehors de l'hôpital de Cumura (Biombo) et l'hôpital de Mansoa (Oio), les autres régions avaient eux aussi les conditions logistiques et capacités de ressources humaines assurées ; deuxièmement, une meilleure

⁵ Estimations sur base des données du Hospital National Simão Mendes, où, fin 2007, 60 des 320 personnes en traitement, soit 18,8%, était uniquement infectés par le VIH 2.

gestion des médicaments (observance plus stricte au protocole de traitement de la part des prescripteurs) de façon à ne pas connaître des ruptures systématiques en ARV et troisièmement, si l'hôpital Sant Egídio (référence pour la TB/VIH) se voyait octroyé les fonds de contrepartie nationale octroyés pour les frais de fonctionnement.

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

La période de survie des patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral n'est pas systématiquement enregistrée au Guinée-Bissau. Au vu du rapport actuel une analyse a été faite des registres des patients qui avaient initié la thérapie ARV dans les 12 mois précédents. Cette analyse a été faite dans les deux formations sanitaires qui avaient déjà initié la TARV en 2005. Ces deux formations avaient à la fin de 2007, 373 patients sous thérapie, ce qui représente 42% du nombre total de patients recevant TARV.

Tableau 11 : Pourcentage de personnes infectées par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début

	Ont initié le traitement	Encore en traitement après 12 mois	% en traitement après 12 mois
Hospital de Mansoa	41	16	61,0 %
Hospital National Simão Mendes	189	72	61,9 %
Total	230	88	61,7 %

Les résultats sont présentés dans le tableau 11. Ils montrent que 61,7% des malades qui avaient initié le traitement avant Janvier 2007 étaient 12 mois plus tard encore en traitement. Le reste avait soit abandonné le traitement, soit était décédé. Les pourcentages à chaque formation étaient comparables. Cette valeur a donc été utilisée pour l'indicateur 24 « Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci ».

2.3. Programmes de atténuation de l'impact

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

Actuellement, le soutien aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) en Guinée-Bissau est encore principalement assuré par le secteur non gouvernemental. L'ONG Caritas a un programme national d'appui nutritionnel aux OEV dans leurs familles, et il existe quelques associations qui gèrent des orphelinats ou des programmes d'appui en institut (genre SOS-Village). Le Ministère pour la Solidarité Sociale est en train de développer une stratégie nationale pour le soutien aux OEV, mais n'a pas encore débuté des activités spécifiques.

La couverture par les programmes de soutien destiné aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) est encore réduite au Guinée-Bissau, comme ont démontré les résultats de l'enquête en grappe à indicateurs multiples (MICS) menée par l'Institut Nationale de Statistique (INEC) avec l'appui de l'UNICEF. Dans cette enquête, les chefs de famille déclaraient que seulement 7,5% des enfants orphelins ou vulnérables (de 0 à 17 ans) avaient reçu une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.

Les critères utilisés pour définir une aide externe étaient ceux de l'indicateur UNGASS, à dire : une aide gratuite obtenue auprès de personnes autres que les amis, la famille ou les voisins, excepté lorsque ceux-ci travaillent pour un groupe ou une organisation communautaire. Les différents types d'aide incluaient (1) une assistance médicale, y compris des soins médicaux et/ou des fournitures destinées aux soins au cours des 12 derniers mois, et/ou (2) un soutien pour la scolarisation des enfants, notamment sous forme de frais d'écolage, au cours des 12 derniers mois, et/ou (3) un soutien psychique/psychologique, y compris des conseils de la part d'un conseiller spécialement formé et/ou un soutien/un accompagnement psychique/ spirituel, au cours des trois derniers mois, et/ou (4) un soutien social, y compris un soutien socioéconomique (ex : vêtements, produits alimentaires supplémentaires, appui financier, gîte) et/ou une aide au quotidien au cours des trois derniers mois.

3. Connaissances et comportements

Les programmes de changement de comportement menés en Guinée-Bissau pendant 2006-2007, consistaient principalement d'interventions de IEC (information, éducation et communication) autant par les différents ministères au près de leur personnel, que par des agences non gouvernementales et communautaires dans les communautés. Les principales voies de communications utilisées sont les radios, les discours en groupes et la diffusion de messages éducatifs imprimés. Le marketing social du préservatif est assuré par une agence locale, l'AGMS.

Pendant la période 2006-2007, deux enquêtes ont été menées en population générale adulte (15-49 ans) et une enquête parmi une population à haut risque (les professionnelles du sexe).

Les enquêtes en population générale ont toutes les deux été menées au cours de l'année 2006. Une enquête a été menée par l'Institut national pour la statistique (INEC) avec l'appui de l'UNICEF et a utilisé la méthodologie d'enquête en grappe à multiples indicateurs (MICS). Cette enquête a mesuré certains indicateurs sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) relatifs au VIH/sida, mais seulement parmi les femmes de 15-49 ans.

L'autre enquête était une enquête CAP effectué plus tard pendant la même année par une agence de recherche locale (Projecto de Saúde Bandim) parmi la population générale de 15-49 ans, incluant les hommes. Cette enquête a cependant utilisé un questionnaire développé localement et n'ont pas toujours posé les questions de la manière exigée pour le calcul des indicateurs UNGASS.

L'enquête parmi les professionnelles du sexe a également été menée par le Projecto de Saúde Bandim à la fin de 2007. Des PS ont été recrutées à la capitale et dans 4 petites villes dans les régions. Toutes les femmes identifiées comme PS ont été incluses, bien qu'un nombre important à la capitale a refusé de participer. Un total e 250 PS, dont 72 à la capitale, ont été interrogées.

3.1. Scolarisation des orphelins

L'enquête MICS a mesuré le ratio du taux de scolarisation parmi les enfant orphelins et non orphelins, tel qu'exigé pour le calcul de l'indicateur 12 « Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans ». Ce ratio compare le taux de scolarisation des enfants de 10-14 ans qui ont perdu leurs deux parents avec le taux de scolarisation des enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux. Les résultats sont présentés dans le tableau 12. Le taux de scolarisation des enfants orphelins était presque égal à celui du taux des enfants non orphelins. Un résultat à première vue surprenant, surtout parce qu'il existe actuellement peu d'interventions de soutien pour la scolarisation

des enfants orphelins ou vulnérables en Guinée-Bissau (voire chapitre 2.3.1). L'explication la plus raisonnable est qu'apparemment le soutien assuré par les familles et les communautés aux orphelins réussie encore à les garantir l'accès à l'éducation.

Tableau 12 : Ratio du taux de scolarisation parmi les enfant orphelins et non orphelins âgés 10-14 ans, en 2006

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

3.2. Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

Les connaissances des jeunes relatives au VIH/sida ont été mesurées par les deux enquêtes communautaires. L'enquête MICS a mesuré l'indicateur exigé pour le rapport UNGASS, mais seulement parmi les femmes. Les résultats sont présentés dans le tableau 13.

Tableau 13 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus, par tranche d'âge

Connaissances correctes	15-19 ans	20-24 ans	15-24 ans	25-49 ans	15-49 ans
Rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté	57,4%	59,7%	58,5 %	DND	53,1 %
L'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport	53,7%	55,2%	54,4 %	DND	49,4 %
Une personne paraissant en bonne santé peut être séropositive	39,9%	42,9%	41,4 %	DND	37,0 %
Une piqûre de moustique ne peut pas transmettre le VIH	41,0%	38,4%	39,7 %	DND	35,2 %
On ne peut pas contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive	42,3%	44,7%	43,5 %	DND	39,1 %
Connaissance exhaustive	18,5%	16,9%	17,7 %	14,4%	15,8 %

Les connaissances relatives aux modes de transmission du VIH et aux moyens de prévention parmi les femmes sont encore assez réduites au Guinée-Bissau. Moins de la moitié des femmes de 15-49 ans sait correctement répondre au plupart des questions et seulement 15,8% a une connaissance exhaustive (identifient correctement les 2 méthodes de prévention et les 3 idées fausses). Les jeunes femmes ont des connaissances nettement meilleures que les plus âgées, mais même dans ces tranches d'âge les connaissances sont encore largement insuffisantes (seulement 17,7% ont une connaissance exhaustive).

Pour l'indicateur 13 « Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui

rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus » les données de l'enquête MICS ont été utilisées puisque c'était la seule enquête qui a mesuré cet indicateur. Des données exactes pour mesurer l'indicateur parmi les jeunes hommes ne sont donc actuellement pas disponibles.

Les résultats de l'enquête MICS sont confirmés par les résultats de l'étude CAP qui a été menée dans la même année. Bien que cette enquête n'a pas posé les questions dans le but de mesurer l'indicateur UNGASS, il y a certaines questions qui ont été posées de la même manière. On a demandé aux participants s'ils pensaient qu'une personne peut être infectée par une piqûre de moustique et s'ils pensaient qu'on peut être infecté en partageant un repas, dormant ou jouant avec une personne séropositive. Seulement 19% des jeunes (15-24 ans) ont répondu non à la première question et 38% à la deuxième. Des pourcentages encore plus réduits que ceux trouvés par l'enquête MICS. Cependant il faut noter que l'étude CAP n'a pas pondéré les résultats par région, résultant dans une surreprésentation des régions rurales où les connaissances sont plus réduites. Les résultats de ces deux questions, désagrégés par sexe, ne sont pas disponibles. D'autres questions montrent cependant que les connaissances parmi les jeunes hommes sont substantiellement plus élevées que parmi les jeunes femmes. Par exemple, 8,0% des jeunes hommes étaient capable d'identifier correctement deux voies de transmission du VIH, contre 5,6% parmi les jeunes femmes, et 15,0% des jeunes hommes n'ait les idées fausses, contre 5,1% des jeunes femmes.

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

L'enquête parmi les professionnelles du sexe menée à la fin de 2007 a utilisé une méthodologie et un questionnaire développés localement, et non une méthodologie standardisée telle que par exemple le BSS. Les questions n'ont donc pas été posées dans le but de répondre à des indicateurs internationaux tels que exigés pour le rapport UNGASS. Il n'est donc pas possible de fournir les données nécessaires pour le calcul de l'indicateur 14 « Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus ».

Cependant l'enquête a posé des questions concernant les connaissances relatives au VIH/sida qui montrent un niveau de connaissance assez réduit. Comme parmi les femmes de la population générales (voire ci-dessus), moins de la moitié (46,3% ; 41,3% des PS au de sous de 25 ans, et 48,2% des plus âgées) des PS qui ont répondu à la question affirmaient que une personne paraissant en bonne santé peut être séropositive. Le pourcentage qui savait qu'on peut éviter le VIH/sida par l'utilisation systématique du préservatif était plus élevé (environ 70%), mais encore insuffisant.

3.4. Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

L'enquête MICS a demandé aux femmes interrogées à quel âge elles avaient eu leurs premiers rapports sexuels. Dans l'analyse deux indicateurs étaient mesurés. Parmi les femmes de 15 à 19 ans le pourcentage qui avait eu des relations avant l'âge de 15 ans était calculé et parmi les femmes de 20 à 24 ans le pourcentage qui avait eu des relations avant l'âge de 18 ans. Le pourcentage des femmes de 20 à 24 ans qui a eu des relations avant l'âge de 15 ans n'est donc pas connu. On note qu'à peu près un cinquième des jeunes femmes actuelles commencent la vie sexuelle tôt.

Tableau 14 : L'âge du premier rapport sexuel parmi les jeunes femmes en 2006

Tranche d'âge	Avant 15 ans	Avant 18 ans
15-19 ans	21,8%	-
20-24 ans	DND	64,5%

L'enquête CAP a aussi demandé l'âge du premier rapport sexuel aux jeunes de 15-24 ans et 39,3% a répondu qu'ils avaient eu ses premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Des données précises par sexe ne sont pas disponibles, mais les pourcentages sont comparables. Ce pourcentage est plus élevé que celui constaté par l'enquête MICS, mais il faut noter qu'il rapporte sur le total des jeunes 15-24 ans et que la distribution régionale n'est pas la même, avec une plus grande représentation des zones rurales.

3.5. Rapports sexuels à haut risque

On a demandé les participantes de l'enquête MICS le nombre de partenaires avec lesquels elles avaient eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. Cependant, l'indicateur qui mesure le pourcentage de femmes qui a eu plusieurs partenaires pendant cette période, n'a seulement été calculé pour la tranche d'âge de 15 à 24 ans. Les résultats sont présentés dans le tableau 15. On note que la grande majorité de jeunes femmes a rapporté qu'elles n'avaient eu aucun ou seulement un partenaires sexuel dans les 12 mois précédents.

Tableau 15 : Pourcentage de femmes 15-49 ans qui ont eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois en 2006

Tranche d'âge	Plus qu'un partenaire
15-19 ans	5,3%
20-24 ans	6,7%
15-24 ans	6,0 %

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

Ni l'enquête MICS, ni l'enquête CAP ont posé les questions nécessaire pour mesurer l'indicateur 17 « Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ». Ce n'était donc pas possible de présenter cet indicateur.

L'enquête MICS a demandé aux femmes participantes qui rapportaient qu'elles avaient eu des rapports sexuels avec un partenaire sans être marié à lui ou co-habitant, si elles avaient utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels avec ce partenaire. Sur la base de ces informations, le pourcentage des jeunes femmes (15-24 ans) qui avait utilisé un condom été calculé. Les résultats sont présentés dans le tableau 16. On note que à peu près que 4 jeunes femmes sur 10 utilisent un condom dans cette situation.

Tableau 16 : Pourcentage en 2006 de jeunes femmes ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire sans être marié à lui ou co-habitant

Tranche d'âge	Ont utilisé un condom
15-19 ans	36,4%
20-24 ans	41,5%
15-24 ans	38,8 %

3.7. Utilisation du préservatif par les professionnelles du sexe

L'enquête menée parmi les PS à la fin de 2007 a mesuré l'utilisation du préservatif avec leurs clients et a posé la question si lors du dernier contact avec un client elles avaient utilisé le préservatif. Un total de 221 PS ont répondu à la question, dont 133 (60,2%) affirmait qu'elles avaient utilisé un préservatif. Cette valeur correspond avec l'indicateur 18 « Pourcentage de professionnelles du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client ». Ce taux est légèrement plus élevé parmi les PS plus âgées.

Tableau 17 : Utilisation du préservatif parmi les professionnelles du sexe en 2007

Tranche d'âge	VIH 1 et / ou 2
< 25 ans	55,6%
>= 25 ans	62,4%
Total	60,2 %

V. Meilleures pratiques

- Direction politique

La mise en place d'un cadre institutionnel par le Gouvernement dès la déclaration des premiers cas de SIDA et l'exécution des différents plans sont des atouts importants dans la lutte contre le VIH/sida en Guinée Bissau; de même que la mise en place d'une structure de gestion et de coordination de la réponse multisectorielle. Pendant la période 2006-2007 l'élaboration du nouveau plan stratégique pour la période 2007-2011 était un autre pas important dans cette bonne direction.

- Environnement politique propice

L'implication de la société civile et notamment des personnes vivant avec le VIH/SIDA et la mise en place d'un réseau d'ONG avec des antennes décentralisées, même si elle reste encore timide, mérite d'être renforcée.

L'implication progressive des secteurs autres que la santé, avec l'identification des personnes focales et le démarrage de certains activités VIH/sida par ces secteurs, est un atout qui doit également être amélioré et élargi.

Pendant la période du rapport un important succès achevé est la vote de la loi national du contrôle, prévention e traitement des IST/VIH/sida, qui offre une protection légale pour les PVVIH.

- Intensification des programmes efficaces de prévention

La disponibilité des nouveaux fonds du programme MAP et du Fonds Mondial ont permis de intensifier les programmes de prévention et de sensibilisation de la population.

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

Pendant la période 2006-2007 l'accès aux services de la prise en charge des personnes infectées a substantiellement amélioré par l'expansion des services TARV.

- Suivi et évaluation

Une stratégie globale pour le suivi et l'évaluation de la riposte nationale a été développé, bien qu'elle est pas encore mise en opération.

VI. Principaux obstacles et mesures correctrices

Les obstacles majeurs pour achever plus de succès dans la lutte contre l'épidémie VIH/sida et ses conséquences sont :

- L'insuffisance d'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans les autres programmes de santé tant au niveau central qu'aux niveaux déconcentré et décentralisé ;
- Le développement de projets pilotes de couverture géographique limitée sans passage à l'échelle après la phase de projets, et sans la prise en compte d'éléments de pérennisation à la fin du financement extérieur ;
- Absence d'implication effective des secteurs clés de développement (ministères publiques) et du secteur privé malgré la mise en place des points focaux dans ces secteurs ;
- L'absence d'action durable et d'envergure envers les groupes cibles prioritaires au niveau desquels la propagation de l'infection est en hausse (femmes, professionnelles du sexe, jeunes, etc.) ;
- L'absence de données actualisées sur la situation épidémiologique et sur les comportements face au VIH/SIDA ;
- Le plan national de suivi et évaluation demeure en retard ;
- La mise à l'échelle des activités reste toujours timide ;
- La manque de suffisantes ressources humaines qualifiées à tous les niveaux, autant pour l'exécution des certaines activités et services, que pour la gestion des programmes.
- L'intégration de la PTME dans les services prénataux possède un plan dont les engagements sont faibles et en attente des fonds de la 7^{ème} série du GFATM

Les progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctrices aux principaux obstacles rapportés incluent :

- Prise en compte dans le nouveau plan stratégique de l'insuffisance dans l'organisation de la coordination nationale signalée dans le rapport de la mission conjointe du GIST en Guinée Bissau du 20 au 24 Février 2006 en insistant sur:
 - o une coordination nationale en améliorant les mécanismes de coordination dans la lutte contre le VIH/SIDA et en développant les synergies entre partenaires
 - o un cadre d'action unique en améliorant les conditions d'exécution des différents programmes de lutte contre le VIH/SIDA pour l'accélération de la mise en œuvre et le passage à l'échelle dans les domaines de la prévention, du conseil/dépistage, du traitement et du soutien, etc....)
 - o un système commun de suivi/évaluation en mettant en place un mécanisme unique de suivi/évaluation à l'échelon national

VII. Soutien des partenaires au développement

Le pays est largement dépendant du soutien international pour le financement de la lutte contre le VIH/sida. Le gouvernement Guinéen est limité dans ces ressources et n'a pas encore mis à disposition des ressources financières spécifiquement pour la lute nationale.

Pendant la période 2006-2007 la réponse nationale a principalement été financée par deux programmes multilatéraux, le programme MAP de la Banque mondiale et le Fond mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (4^{ème} série). Ceci a facilité une expansion importante de certaines activités. De plus, le pays reçoit un soutien important des autres agences multilatérales, notamment l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP et l'ONUSIDA, et de certains ONG internationales qui sont principalement financé par des sources financières extérieures. L'appui bilatéral pour le combat du sida est au Guinée-Bissau assez limité. Seulement la Coopération Française a fourni un soutien financier pendant la période du rapport. Le gouvernement Brésilien a, en 2006, initié un appui important avec des dons gratuits de médicaments ARV.

Pendant la période, le pays a mobilisé d'importants fonds de la 7^{ème} série du GFATM. En plus la 2^{ème} phase des fonds de la 4^{ème} série devront permettre de mieux mettre en œuvre les stratégies adoptées pour la période 2007-2011. Les fonds du programme MAP sont prévus d'être terminés fin 2008.

Une mission GIST s'est déroulée en février 2006 pour évaluer les aspects liés à la mise à l'échelle de l'accès aux ARV en dehors de Bissau. Cette mission a identifié les défis qui devaient être quantifiés au niveau logistique et circuit d'approvisionnement en médicaments. Ensuite une consultation plus restreinte à ce dernier aspect a été conduite pour identifier les besoins à couvrir au niveau de la centrale d'achats en médicaments en 2007. Entre-temps les hauts responsables régionaux et mondiaux pour le GIST inclus la Banque Mondiale se sont réunis à Bissau en 2006 pour déceler les obstacles liés à la mise en œuvre des trois principes directeurs et aussi liés au faible taux d'absorption des ressources du fonds mondial 4^{ème} série 1^{ère} phase.

La Banque Mondiale, deuxième source de financement de la lutte contre le VIH/SIDA, à travers son programme MAP, finance essentiellement le fonctionnement du plateau technique national et régional de coordination, ainsi que les activités de suivi et évaluation, le marketing social, les médicaments pour certaines infections opportunistes et réactifs pour le suivi de patients sous ARV.

VIII. Environnement de suivi et d'évaluation

Au sein du SNLS il existe une personne chargée du programme de suivi et d'évaluation (S&E). Cette personne prend en charge la coordination du S&E de la réponse nationale, en plus de la S&E des fonds gérés par le SNLS, en ce moment notamment le programme MAP. Le suivi et l'évaluation de la réponse nationale est appuyé par les partenaires à travers un comité technique qui se réunit toutes les semaines et qui est composé de personnes techniques des agences multilatérales, des ONG internationales, des principales partenaires gouvernementales et de la société civile Guinéenne.

Pendant la période 2006-2007 un important pas en avant a été réalisé avec la rédaction d'une stratégie pour le S&E de la riposte nationale avec l'assistance technique du GAMET, le group technique des Nations Unies pour le S&E. Cependant, cette stratégie n'a pas encore été mise en opération, principalement à cause des contraintes présentes au pays.

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

En ce qui concerne la mesure d'indicateurs par des enquêtes d'envergure nationale, trois importantes enquêtes ont été menées. Une enquête MICS a été menée par l'Institut nationale pour le statistique avec l'appui de l'UNICEF, et une enquête CAP et une enquête parmi les PS ont été menées par une agence locale de recherche, en collaboration avec le SNLS et financées par le programme MAP.

Les contraintes principales pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de S&E sont :

- o Des ressources humaines très limitées autant au niveau du SNLS, que au niveau des programmes gérés par des autres partenaires gouvernementaux, tel que le Ministère de la santé publique.
- o Une capacité limitée pour l'analyse et le stockage des informations recueillies, avec une absence de bases de données standardisées.
- o L'absence de stratégies claires sur l'utilisation des informations générées par les systèmes de S&E.
- o L'absence d'un plan opérationnel qui identifie les différentes activités clé qui doivent être effectuées pendant les prochaines années, avec des sources financières assurées.

Il existe une nécessité d'élaborer des plans opérationnels pratiques pour la mise en œuvre des composantes clé de la stratégie nationale et d'assurer le financement. Il sera probablement nécessaire l'appui technique par ces partenaires qui ont une suffisante expertise en matière épidémiologie, suivi et évaluation.