



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
Un peuple - Une loi - Une foi

PRIMATURE



Conseil National de Lutte contre le Sida

CNLS

Magazine

Juin 2015



**SUBVENTION
FONDS MONDIAL :**
VERS PLUS D'EFFICACITÉ
DANS LA RIPOSTE

RENOUVELER L'ENGAGEMENT PAR L'ACTION

CEPIAD DE LA RECHERCHE A L'ACTION

**90-90-90 UNE CIBLE
AMBITIEUSE DE TRAITEMENT
POUR AIDER À METTRE FIN À
L'ÉPIDÉMIE DU SIDA**

**LES ACTEURS FONT
LE POINT**

**L'ÉLIMINATION
DE LA TRANSMISSION
MÈRE-ENFANT DU VIH:
ÉTAT DES LIEUX
AU SÉNÉGAL**



Prise en charge des PVVIH :

Le Roi Mohamed 6 du Maroc remet deux tonnes de médicaments au Conseil National de lutte contre le Sida. Ce don royal est axé sur les grandes familles de médicaments anti-infectieux. Il s'agit de 800 boîtes



d'antirétroviraux, 10.700 d'antibactériens et 22.400 d'anti fongiques pour le traitement des infections opportunistes liées au Sida et responsables d'une grande morbidité et mortalité des personnes vivant avec le VIH. Les infections opportunistes sont les maladies qui apparaissent en stade de sida. Elles sont le plus souvent causées par des agents infectieux (virus, bactéries, parasites, champignons) présents dans l'organisme depuis longtemps et parfaitement contrôlés par un système immunitaire normal. Pour la gestion des médicaments, un comité sera mis en place, chargé de leur répartition, avec le même circuit de distribution des Antirétroviraux .

CNLS

Directrice de publication :
Dr Safiatou THIAM

Rédacteur en chef :
Macoumba MBODJ

Coordination :
Seynabou MBODJ

Comité de rédaction :
Macoumba Mbodj,
Dr Fatou Nar Mbaye Diouf,
Ndeye Fatou Ngom

Adresse : CHU FANN
Code postal : 25927
Ville : Dakar - Pays : SENEGAL
Tél: 33 869 09 09
Email- cnls@cnlsenegal.org

EDITORIAL

Au fil des années et de la connaissance du VIH, les approches stratégiques et programmatiques évoluent pour s'adapter aux ambitieux objectifs dans la réponse au VIH et au sida. L'ONUSIDA a annoncé la fin de l'urgence. Au même moment, avec la crainte justifiée face à la baisse des ressources extérieures destinée à financer la riposte, des voix s'élèvent dans le monde et qui songent « à la fin de l'épidémie du Sida » vers 2030. Un objectif à portée. Les stratégies d'accélération de la riposte, d'élimination des nouvelles infections, de prise en charge complète des besoins des populations clés, pourraient nous y conduire. Aujourd'hui, l'enfant né d'une mère séropositive est assuré de ne pas contracter le VIH si le dépistage et la prise en charge sont assurés à la mère dès le début de sa grossesse. Les PVVIH sous traitement antirétroviral peuvent vivre, travailler, produire et participer à la lutte comme acteur à part entière.

Il s'agit dorénavant pour nos pays de changer de paradigme pour miser sur les interventions à haut impact. Les stratégies initiées par l'ONUSIDA, telles que la stratégie de « Test Treat and Retain », d'accélération des « 90-90-90 » d'ici 2020 doivent être mises à profit au plus vite, de même que le renforcement de la politique d'ETME. Au Sénégal le défi est, de mieux cibler le dépistage pour amener le plus grand nombre de PVVIH à connaître leur statut et accéder aux ARV de sorte à obtenir une charge virale indétectable chez le plus grand nombre, pour rompre la chaîne de transmission. Pour cela, nous devons assurer une bonne disponibilité des médicaments et autres intrants. Un défi énorme dans un contexte où nos pays ne produisent pas les ARV et les centrales d'achat sont soumises au diktat des firmes pharmaceutiques et à la rigueur du code des marchés publics. La production régionale des ARV est une solution à envisager pour rendre possible l'engagement signé par nos chefs d'Etat à Abuja, d'éliminer l'épidémie du sida d'ici 2030.

Une nouvelle ère s'ouvre pour la création d'un environnement favorable à la réussite de nos ambitions. Les pays de la sous région ouest africaine ont proclamé, au mois d'avril 2015 à Dakar, la déclaration d'engagement pour la mise en place d'une politique spécifique destinée aux populations clés

(MSM, CDI, PS). Cela, à travers une prise en charge adéquate dans le respect des droits des uns et des autres.

De telles initiatives ne peuvent prospérer que lorsqu'elles sont menées de façon coordonnée entre acteurs de pays limitrophes. D'où la nécessité de mener des politiques transfrontalières concertées en matière de riposte. C'est dans ce cadre qu'il faut ranger la récente initiative de la Gambie et de la Guinée Bissau de mener de concert avec notre pays une politique spécifique destinée aux groupes clés à travers le KPCF.



DR Safietou Thiam
Secrétaire Exécutive du CNLS
(Conseil National
de Lutte contre le Sida)

Il demeure néanmoins essentiel de remarquer que ces déterminantes initiatives, se mènent à un moment où le Sénégal vient de signer une subvention de 19 millions d'euros. Bien en deçà de nos attentes et loin de combler le gap de 40% du plan stratégique 2014-2017. Cette décision du Fonds mondial de réduire les

allocations pour le VIH, loin d'être un handicap est transformée en opportunité pour la gestion du programme. Elle va nous obliger à alléger tous les cadres de coordination et de planification pour mettre le focus sur la mise en œuvre et ainsi changer de façon drastique notre perception de la lutte contre le sida.

Les acquis essentiels qui nous permettent de conserver depuis de nombreuses années un taux de prévalence relativement bas dans notre pays, sont à préserver. L'Etat, qui assure déjà la gratuité des ARV aux PVVIH ne peut être le seul, voire le principal acteur dans le financement domestique de la lutte contre le sida. D'où la nécessité pour les collectivités locales de s'impliquer davantage, mais aussi du secteur privé qui, en dehors de ressources proprement dites, est en mesure d'apporter une expertise certaine.

**En tout état de cause,
l'engagement au plus haut
niveau de son Excellence
Monsieur le Président de la
République, de Monsieur le
Premier Ministre, en plus de
l'expérience acquise au cours
d'années de riposte,
couronnée par la stabilité du
taux de prévalence dans notre
pays, constitue le stimulant
qui nous permettra de relever
ensemble tous ces défis.**

Subvention Fonds mondial : Vers plus d'efficacité dans la riposte

Le Fonds Mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le Sida a octroyé ce Mardi 16 juin 2015 une subvention de 19,5 millions d'euros dont 5 millions pour l'ANCS. La cérémonie de signature a eu lieu en présence de madame le ministre de la santé Eva marie Coll Seck, Madame Tina Drazer, Régional Manager pour l'Afrique de l'Ouest, Fonds Mondial ; Madame Rokhaya Nguer, Présidente de l'Alliance Nationale Contre le Sida ; Mr. Mamadou Diallo, Directeur Régional de l'ONUSIDA et de DR Safiatou Thiam, Secrétaire exécutive du CNLS.

Le panel organisé auparavant a permis de mettre en exergue les réalisations du FM au Sénégal en matière de lutte contre le Sida à travers des chiffres qui parlent d'eux-mêmes. Plus de 47 millions de dollars vont ainsi être déboursés durant la période 2014-2017. Ces financements successifs ont permis au cours des dernières années, de contribuer à la baisse de 50% des cas de nouvelles infections, de stabiliser le tas de prévalence au niveau de la population générale ou de couvrir plus de 70% des besoins pour les traitements ARV.

Madame Tina Drazer de son côté a expliqué que le Sénégal fait figure de « bon élève » en expliquant les raisons qui ont amené à mettre en place un nouveau modèle de financement qui permet de se concentrer sur les zones de haute prévalence et en permettant aux états bénéficiaires en général, de dresser eux-mêmes leurs propres priorités et de recevoir des financements en conséquence et d'espérer des résultats tout aussi efficaces

Cependant des défis restent à surmonter comme cette préoccupation soulevée par le président du réseau des PVVIH à propos de la prise en charge nutritionnelle. Une rubrique qui n'est plus financée par le Fonds

Mondial et qui tient à cœur les pvvih. Sur ce point comme sur d'autres il est question de trouver des solutions domestiques.

C'est l'avis aussi de mme le ministre de la santé qui estime que cette baisse des financements peut être une occasion de réorienter les programmes et stratégies mais aussi devrait inciter à

rechercher des subventions au niveau national.

Par ailleurs au cours du point de presse qui a suivi la cérémonie de signature, Dr Safiatou Thiam, secrétaire exécutive du CNLS a insisté sur la nécessité de revoir les structures de la riposte et du cnls en particulier. De son avis, il est question dorénavant de s'adapter à la nouvelle situation caractérisée par la baisse de la subvention. En bâtissant par exemple de nouveaux partenariats avec le secteur privé ou les collectivités locales sur fonds d'initiatives de mobilisation de ressources soutenues par le fonds mondial la banque mondiale et l'ONUSIDA.

N'empêche des défis existent comme d'assurer une meilleure prise en compte des stratégies de réduction des risques et de la vulnérabilité à travers une approche droits humains. En tout état de cause, l'idée est de mieux prendre en compte des déterminants de la vulnérabilité et de la précarité des pvvih et des populations clé. Sur ce point précis, il est souhaité de saisir la perche de la Couverture Maladie Universelle qui pourra favoriser la mise en place des systèmes intégrés de protection sociale et qui devra être au cœur de l'efficacité et de la pérennisation de la riposte.



Cynthia Mwase, Fonds Mondial

DR Safietou Thiam
Secrétaire Exécutive du CNLS



SOMMAIRE

Prise en charge des PVVIH : **P 2**

VIE DU PROGRAMME

P 4 / 14

CEPIAD

P 15 / 22

INTERVIEW

P 23 / 26

CANDLE LIGHT 2015

P 27



Les acteurs font le point

Améliorer le processus de déroulement des revues annuelles dans la perspective d'atteindre un niveau d'efficacité et de performance maximal. C'est le but recherché à travers l'évaluation de la revue nationale annuelle des données IST/VIH/SIDA. La rencontre organisée pour l'occasion est à situer dans le cadre du suivi des résultats du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida a organisé sa revue annuelle conjointe et finalisé le bilan de l'année 2014. Au préalable, des réunions bilan ont été tenues dans les 14 régions à la fin du mois de Février 2015 pour valider les données synthétiques de l'année écoulée et plus spécifiquement pour les composantes Test VIH, PTME et Prise en charge Médicale. Les bilans des autres composantes ont été complétés par les chargés de programme des régions dans le cadre des CRLS et conformément au canevas qui leur a été communiqué. On aura noté comme chaque année, la participation d'acteurs divers du secteur public, de la société civile, autant du niveau central que du niveau régional mais de partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale du niveau central et du niveau décentralisé.

Pour cette édition 92 participants ont fait l'état des lieux et dressé les contraintes notées qui vont de l'organisation de la revue à proprement parler à son suivi en passant par son organisation. Des efforts sont ainsi à faire en ce qui concerne la collecte et la transmission à temps des données de façon à obtenir une revue exhaustive.

Sur cet aspect précis du reste, Une supervision technique des revues régionales devrait aider à recueillir des données cohérentes et exploitables. Et avec la tâche qui incombe au niveau central à l'unité de suivi évaluation (USER) qui devra veiller à

améliorer la coordination des revues régionales, à une vérification des données régionales et à une meilleure harmonisation des indicateurs.

En ce qui concerne l'organisation de la revue annuelle, Une personne experte dans le domaine devrait être déléguée pour l'appui et la coordination de tous les groupes. Elle apportera son soutien technique à tous les blocages, orientera les travaux, etc. pour relever le niveau d'efficacité des travaux de groupe. Une personne experte dans le domaine devrait être déléguée pour l'appui et la coordination de tous les groupes. Elle apportera son soutien technique à tous les blocages, orientera les travaux, etc. pour relever le niveau d'efficacité des travaux au sein de groupes établis et équilibrés en nombre et pertinence du profil des participants confirmés présents avant la session. Ce n'est pas l'unique innovation préconisée. Les participants à la revue souhaitent par ailleurs disposer de packages déjà préparés avec termes de référence et données sur les régions vérifiées et compilées.

Un autre aspect des recommandations

a concerné la restitution des travaux de groupe. Un moment d'échanges sur les faiblesses et les recommandations qu'il est souhaitable d'allonger de façon à permettre une meilleure qualité des feedback



“Le sida ne passera pas par moi”

FACE À UN ADVERSAIRE PUISSANT, RAPIDE ET RUSÉ, JE NE PEUX QU'ACCÉLER MA TECHNIQUE POUR STOPPER LE BALLON

Zéro NOUVELLE INFECTION

CNLS
Conseil National de Lutte contre le Sida

www.cnls-senegal.org

ACCÉLÉRONS LA RIPOSTE POUR METTRE FIN À L'ÉPIDÉMIE DU SIDA D'ICI 2030



VIH dans la zone Sud :

la position géographique, talon d'Achille de la riposte

Quand on évoque le taux de prévalence dans la zone Sud, Lamarana Ba Chargé de programme du cnls à Ziguinchor relativise. L'EDS 2005 avait signalé un taux de prévalence du VIH de 2,4% dans la région. La même enquête a estimé ce taux à 1% cinq ans après, soit en 2010. Une baisse certes qui dépare, dans un contexte où le taux de prévalence dans la population nationale est de 0,4%. « Un net progrès dans la riposte » signale celui qui représente le Cnls dans cette partie de la zone Sud. Une bataille remportée mais pas encore la guerre et les acteurs de la riposte dans cette zone semblent en avoir pris conscience. Le travail qui a été mené et qui se poursuit du reste, par rapport à la vulnérabilité des interventions et des intervenants au niveau de la région de Ziguinchor. Ainsi une cartographie



permet en moment opportun de connaître la situation des facteurs de vulnérabilité dans la région de ziguinchor et leur répartition géographique dans l'espace territorial de cette région de ziguinchor» Parallèlement à cette cartographie, existe un outil qui permet d'apprécier le comportement du Vih dans chaque département : le taux de séropositivité. Lamarana Ba : « **c'est vrai que c'est une approche relativement empirique mais c'est un instrument sur lequel on s'est basé pour constater une importance du taux de séropositivité dans la zone nord du département de Bignona communément appelée la zone des palmiers. IL en est de même dans le district de Diouloulou et dans la zone frontalière de ziguinchor comme Mpack, jusque Boucoute camaracounda** »

Une situation qui est de nature à expliquer la bonne volonté affichée par les pays limitrophes de la Casamance en ce qui concerne une harmonisation de leurs politiques de prévention et de prise en charge du Vih.

La situation de conflit qui a baigné la zone pendant de nombreuses années n'a pas manqué d'incidence sur le système de santé globalement et en particulier la riposte au Vih. Mr Ba signale ainsi : « **ce n'est que récemment avec l'accalmie que nous avons commencé à dérouler l'offre de service que nous avons par rapport à la prévention du VIH.** »

De l'avis de notre interlocuteur cette difficulté d'accès géographique et par conséquent à l'information sanitaire pourrait expliquer ce taux élevé » dans ces zones.

Prise en charge : Entre la décentralisation des soins et la stigmatisation

A.....est la présidente des PVVIH de Ziguinchor. son association compte des ramifications dans les départements de la région « **Une cohorte de plus de deux mille personnes.** »

L'accès aux soins n'est pas si problématique même si des obstacles surviennent de temps à autre. En ce moment elle aurait bien souhaité un médecin traitant exclusivement consacré à suivre les pvvih. Comme cela a été le cas jusqu'à l'affectation récente de ce dernier. son remplaçant s'occupe des pvvih mais aussi des autres patients souffrant d'autres pathologies. Ce qui entraîne quelquefois des impairs. Le charge de programme du Cnls se veut toutefois rassurant à ce propos : « ce que nous pouvons faire en coordination avec le Médecin chef de région est de voir comment rendre le centre de prise en charge plus

fonctionnel.

Néanmoins ces déconvenues ne constituent nullement un frein aux activités de l'association des pvvih : Selon les financements du partenaire nous dit A... des activités de différentes sortes sont organisées : causeries, recherche pdv, prévention, repas communautaires, activités génératrices de revenus. Sur ce dernier point, elle souhaite que « **ces activités soient collectives et non individuelles comme cela a été le cas jusque là, sans résultats probants. de façon à permettre un suivi** »

Mais la difficulté fondamentale est la stigmatisation. De l'avis de notre interlocutrice, c'est une des raisons qui expliquent les perdus de vue. !les incessants va et vient vers les structures de santé ou la prise quotidienne de médicaments sont un frein selon elle. IL faudra de son avis qu'un jour l'on comprenne que le sida est devenu une maladie chronique. « **Plus on banalisera le sida, et plus les gens oseront sortir au soleil** »

Dans son association certains ont osé s'affirmer mais on est loin du compte.

Kolda : « le taux de la région ou le taux dans la région »

Coincée entre trois pays (Gambie, Guinée-Bissau, Guinée Conakry), partageant les mêmes liens de parenté quelquefois, ou la même culture d'autres fois ce qu'il illustre le fort flux migratoire dans un sens ou l'autre des frontières. Un constat qui fait penser à Mr Daouda Sidibé, CP de Kolda, citant un médecin : le taux de Kolda n'est pas celui de la région mais le taux dans la région » Car faut-il le rappeler, Kolda remporte une palme dont ses populations se seraient bien passé : le plus fort taux de prévalence du pays avec 2,4%. A cette situation géographique, il faut ajouter

« la pauvreté, la méconnaissance et des facteurs d'ordre culturels » nous dit Daouda Sidibé. De son avis, il n'est pas possible de réussir un plan de riposte pérenne sans prendre en considération l'aspect transfrontalier : « le virus n'a pas besoin de passeports ni de visas pour voyager ». Pour le moment un fort leadership institutionnel est ce qui fait défaut. Cela doit se sentir au plus haut niveau. La mise en place d'un cadre interrégional qui est l'occasion de partager les expériences est une nécessité.

M.MB

L'intégration sous régionale a travers la riposte au VIH. Le Sénégal, la Gambie et la Guinée Bissau ont décidé de mutualiser leurs efforts en matière de lutte contre le sida

Une conférence réunissant les CNLS de ces différents pays s'est tenue à Dakar. Une occasion pour les différents acteurs réunis de passer en revue les aspects de la riposte en particulier à leurs frontières communes. L'idée est aussi, de mettre en place un cadre de gestion transfrontalière de la problématique VIH.

Les trois pays concernés sont ainsi plus que jamais décidés à tirer le meilleur profit de la mise en place depuis 2011, par l'USAID, du Fonds pour relever le défi du ciblage des populations clé (KPCF.FCPC). Il s'agit d'un fonds destiné à encourager les activités nouvelles destinées à atteindre les groupes les plus vulnérables en particulier les professionnelles du sexe (PS) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cette méthode qui aura pour finalité de se tenir à l'écart des flambées épidémiques

Les raisons d'une concertation

La prévalence du VIH dans la population générale reste stable à 0,7% (EDS, 2005 et 2010) mais est élevée parmi les populations clé, à savoir les professionnelles du sexe (PS) avec une prévalence du VIH de 18,5% (ENSC 2010) et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM) avec une prévalence de 17,8% (Rapport Enquête MSM 2014). Selon la même enquête auprès des MSM, la prévalence du VIH est de 24,5% à Ziguinchor et de 33,3% à Sédhiou. Dans la population générale, la prévalence du VIH est également plus élevée que la moyenne nationale dans les régions du sud (Ziguinchor 1%, Kolda 2,4% et Sédhiou 1,1%). Plusieurs raisons suffisent à expliquer un

tel état de fait : La situation conflictuelle dans cette partie du Sénégal avec les conséquences sur le fonctionnement des services de santé, le flux touristique propice aux comportements des MSM et des TS, une plus grande fréquence du multi-partenariat (16,5% des hommes ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires lors des 12 derniers mois, par rapport à <8% dans le reste du Sénégal, EDS 2010).

A cette situation s'ajoute la mobilité des populations à travers les trois pays voisins (Sénégal, Gambie et Guinée Bissau), entretenue par des liens de parenté entre les peuples, les activités commerciales ainsi que les pratiques socioculturelles en partage, expliquent le besoin d'une réponse concertée transfrontalière en complément des stratégies spécifiques à chaque pays pour contenir l'infection à VIH dans cet espace géographique. Tous ces facteurs et bien d'autres encore nécessitent une gestion concertée et transfrontalière de l'épidémie.

La rencontre entre les trois CNLS est comme une suite logique de la consultation sous régionale du mois d'avril 2015 ayant abouti à la déclaration dite de Dakar (voir article). Par celle-ci, les ministres de la santé de la zone mais aussi les acteurs de la sécurité et de la justice se sont engagés à lever les entraves pour faciliter l'accès aux soins de ces populations clé. Car la remarque est la même : cette partie de la population doit faire face à des abus et autres excès si ce ne sont des persécutions aussi bien au niveau juridique que sociétal. Autant de facteurs qui constituent un blocage chez ces populations quant à la fréquentation des centres de soins.

Gérer l'épidémie par delà les frontières : la seule issue

Ce tableau, préoccupant en certains de ses aspects est une raison suffisante pour le Sénégal, de mettre en place un cadre de concertation avec ses voisins de façon à maîtriser le VIH par le biais d'une gestion mettant l'accent sur les MSM et les PS.

Pour toutes ces raisons, le Sénégal juge opportun d'exécuter le projet KPCF en partenariat avec les pays voisins que sont la Gambie et la Guinée Bissau, dans le cadre d'une gestion transfrontalière de l'épidémie avec une emphase particulière sur les PS et les HSH.

Le projet KPCF offre en effet : l'opportunité de développer des services intégrés complets de prévention et de prise en charge du VIH répondant aux besoins des populations clé dans les trois pays. Du coup, c'est l'accès aux soins qui s'en trouve amélioré et aussi la stigmatisation réduite au niveau des points de santé.

Il s'agit de noter que des initiatives de cette nature existent déjà comme l'illustre le projet FEVE (Frontières et vulnérabilité) de ENDA et qui touche 08 pays. Les différents acteurs de la lutte contre le sida dans la zone envisagent ainsi de mutualiser les interventions FEVE/KPCF. L'objectif final est de créer un environnement favorable à la réduction de la stigmatisation des populations clé et à la satisfaction de besoins spécifiques.

Populations clé et sida en Gambie : les acteurs de la riposte travaillent dans l'ombre

Dans ce pays le taux est de 1,5% contre 2,1% au moment de l'apparition des premiers cas en 1986. Ousmane Ba, responsable de la riposte au niveau du ministère gambien de la santé estime que la baisse notée de ce taux est la résultante de plusieurs facteurs : la prévention, le dépistage, la distribution de préservatifs. La gratuité des soins concernant le sida est à noter dans ce pays. 10 structures de santé s'occupent de distribuer des ARV de façon gratuite. La prise en charge est aussi au niveau social selon Mr Ba, comme une partie de l'alimentation et de la scolarité des enfants de parents atteints par le VIH. Un aspect que remet en cause le fonds mondial qui affiche son désaccord selon notre interlocuteur sur cette méthode.



L'idée est donc de trouver des financements alternatifs de façon à soutenir ces gens très souvent ayant perdu leurs sources de revenus.

Une attention particulière est accordée aux populations clé depuis 1994. Une enquête avait à l'époque révélé un taux de 35% d'infection à VIH chez les professionnelles du sexe. Par la suite et grâce à un appui de l'OMS, des gens ont été formés et qui se dédient à rencontrer et assister cette couche de même qu'une clinique mise en place destinée à les accueillir.

Par contre en ce qui concerne les msm, ce n'est qu'en 2012 qu'une étude a estimé le taux de 9% de vih chez cette population très réticente selon cette même source à l'utilisation de

Diegane Ioum est aussi gambien et dirige une ONG (NASO). Son travail se fait en direction des PS, MsM ou conducteurs de camions. Une prévention liée au traitement est la méthode de travail de sa structure (distribution de condoms, de lubrifiants ; formation et sensibilisation de pairs éducateurs).

IL précise toutefois que la majeure partie de son travail se déroule de façon presque clandestine au vu des considérations politico sociales (une forte homophobie presque encouragée par les autorités). « Le travail est beaucoup plus facile avec les PS. Car les Msm sont arrêtés et traduits en justice » explique Mr Ba qui ajoute : « eux sont dans le risque mais nous aussi ». Lui aussi fonde beaucoup d'espoir sur le KPCF qui avec

des professionnelles du sexe et des Msm en collaboration avec la société civile. A titre d'exemple il nous cite une clinique mobile coordonnée par ENDA BISSAU.

Et en ce qui concerne la gestion de ce type de populations, Mr Menut est catégorique : le défi est le même avec une certaine pression sociale qui pèse sur ces dernières. Il s'agit à son avis de se concentrer sur l'essentiel : Combattre le sida sans tenir compte des penchants des uns et des autres.

Et à son avis la coopération transfrontalière est d'une importance capitale. « Cela nous permet de travailler ensemble pour protéger nos peuples qui sont les mêmes »

Les Msm : « Avec un taux de 21,8%, on ne peut rester les bras croisés »

C'est avec passion que C.... parle de ce qu'il considère comme sa cause : combattre le sida et faire passer le message au sein des Msm. IL dit assumer totalement son « statut » en dépit de la répulsion que suscitent certains penchants au sein de la société. Et c'est là que se trouve le nœud du problème. Beaucoup, qui sont comme lui, préfèrent se faire discrets et raser les murs plutôt que de paraître au grand jour et de subir les foudres de la société. Le rôle de C.... et d'aller vers eux, de les sensibiliser sur le sida, de les inciter à se protéger et de les convaincre de se faire dépister. Travailler de façon inlassable pour un changement de comportement. De son avis « on ne peut avoir un taux de 21,8% au sein des Msm et rester les bras croisés » Le combat mené précise-t-il n'est pas celui de la promotion de l'homosexualité qui n'en a pas besoin parce qu'étant déjà une réalité. Il s'agit plutôt de comprendre que cela est d'utilité publique. Son idée est qu'il s'agit d'accepter les gens dans leurs différences tout en les organisant en conséquence.

Le premier jalon semble posé. Les différentes parties ont retenu la mise en place d'une task force qui aura pour rôle de finaliser un document dont par ailleurs l'Onusida, a promis à travers son représentant à cette rencontre, de se faire le porte-voix. Par ailleurs l'idée n'a pas été écartée d'institutionnaliser ce type de concertation entre les trois pays.



Les représentants du cnls, de la primature, de l'onusida et de fhi

préservatifs. Pour ce responsable gambien, la coopération n'est nouvelle entre les régions frontalières : Ainsi depuis un certain temps et grâce à l'appui de Enda, des populations de Senoba ou Soma, en Gambie ou de Diouloulou et Bignona au Sénégal peuvent bénéficier de soins d'un côté comme de l'autre de la frontière. L'espoir de Mr Ba est qu'avec LE KPCF, s'élargissent les zones d'interventions frontalières.

Toutefois, il reconnaît une situation : la prudence presque frileuse des autorités en ce qui concerne les personnes clé, voire les msm tout courts. « Ceux qui travaillent avec eux le font en cachette pour éviter les problèmes » ajoute-t-il.

l'implication du CNLS et de l'ANCS laisse espérer un champ d'action plus élargi

Situation en Guinée Bissau : Combattre le sida est l'essentiel..

La prévalence est assez élevée au vu de celles en cours dans les pays limitrophes soit 3,5% chez les 15- 49 ans. Les données sont, là aussi, bien élevées au sein des populations clés : 39 à 54% parmi les professionnelles (enquête 2009) du sexe et autour de 25 % (enquête 2010) parmi les Msm (ENDA 2010).

Anaximadro Zylene Casimir MENUT est le secrétaire exécutif du CNLS de Guinée Bissau. Là aussi la tendance est aussi à une concentration parmi ces populations clés. Ainsi des interventions spécifiques sont menées en direction

DECLARATION DE DAKAR : RENOUVELER L'ENGAGEMENT PAR L'ACTION

La riposte au sida revêt un nouveau caractère. Les objectifs ont évolué de même que les cibles au fil des années et des ambitions nouvelles ont été définies. C'est dans ce cadre qu'il faut situer la consultation régionale une consultation régionale sur les Populations clés et l'épidémie du VIH/SIDA tenue au mois d'Avril dernier à Dakar.

La rencontre de Dakar avait pour objectifs de partager les résultats des diverses études sur les nouvelles tendances de la propagation du VIH au sein des populations clés mais surtout, de s'accorder sur les actions permettant de réduire les barrières qui limitent l'accès aux services de santé publique pour les Populations clés (les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les professionnelles du sexe, les usagers de drogue injectables). Au sortir de cette réunion une Déclaration de Dakar a été formulée avec des recommandations allant dans le sens de redynamiser les efforts pour contenir l'épidémie du VIH sur la base des preuves scientifiques. :

1 DECLARATION DE DAKAR SUR LA PRISE EN COMPTE DES POPULATIONS CLES DANS LA RIPOSTE AU VIH ET AU SIDA DANS L'ESPACE CEDEAO

Nous, Ministres de la Santé des Etats membre de la CDEAO

Procureurs Généraux

Directeurs Généraux de la Police et

Responsables des Structures Nationales de Lutte contre le Sida des pays de l'espace CEDEAO, réunis à Dakar, le 10 avril 2015



Reconnaissant que le VIH et le sida, malgré les succès réalisés par les réponses nationales, demeurent des problèmes de santé publique dans les pays de l'espace CEDEAO,

Considérant que l'épidémie est entretenue par la survenue continue de nouvelles infections à VIH, même si l'on a observé une légère

tendance à la baisse au cours de la décennie écoulée ;

Considérant que les nouvelles infections à VIH surviennent pour plus de la moitié, au sein des populations clé et que ces dernières présentent un risque plus élevé de s'infecter par le VIH que la population générale ;

Conscient que les populations clés sont des « groupes de personnes plus

enclines à être exposées au VIH et à le transmettre et dont leur engagement est capital pour le succès de la riposte au VIH ».

Considérant que la communauté internationale, y compris la CEDEAO dans le cadre du plan régional de riposte au VIH, s'est engagée à mettre fin à l'épidémie de sida en 2030 et s'est fixé, à cette fin des objectifs ambitieux de traitement, de prévention et réduction de la stigmatisation et de la discrimination à atteindre déjà, dès 2020 notamment que: 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut ; 90% des personnes dépistées pour le VIH reçoivent un traitement antirétroviral de façon continue ; 90% des personnes qui reçoivent un traitement antirétroviral ont une charge virale indétectable de façon durable,

2 Reconnaissant que pour mettre fin à l'épidémie au sein des populations clé, il faudrait une mise en oeuvre efficace à échelle, d'une combinaison holistique d'interventions prioritaires qu'elles soient biomédicales, comportementales ou structurelles

Reconnaissant que des programmes offrant des services aux populations clé sont



mis en oeuvre, avec l'appui des acteurs communautaires, dans les pays de l'espace CEDEAO avec un succès avéré en terme de changement de comportement et de réduction de l'incidence du VIH ;

Conscients de l'existence de nombreux facteurs qui limitent l'accès des populations clé aux services, et les exposent à la violence et à divers abus, engendrant une réticence de ces derniers à recourir aux services.

Considérant qu'un leadership audacieux est indispensable à un haut niveau pour la mobilisation en vue de prendre en charge les groupes les plus vulnérables et les plus marginalisés ;

Reconnaissant que sans une nette amélioration de la réponse au sida pour les populations clé, il sera impossible de mettre fin à l'épidémie du sida

Exprimons solennellement notre engagement à créer les conditions favorables à un accès et une utilisation accrue des services appropriées de riposte au VIH et au sida pour les populations clé vivant dans l'espace CEDEAO. Par conséquent et dès à présent, nous nous engageons conjointement :

A investir dans des programmes de réduction de la stigmatisation

par l'intégration de modules sur la non-stigmatisation dans la formation initiale et continue des magistrats et des auxiliaires de justice, notamment les agents des forces de sécurité ; la formation des prestataires de santé, des autorités de réglementation de la santé et des administrateurs des soins de santé l'organisation de rencontres d'échanges et de dialogue entre les bénéficiaires et ces prestataires

A accroître l'offre de service communautaire en direction des populations clé

par: le soutien aux centres communautaires offrant éducation, mobilisation communautaire, services essentiels de santé, soutien social et plaidoyer pour des changements politiques et légaux ; la protection judiciaire des acteurs engagés dans les diverses prestations de service en faveur des populations clés ;

A intégrer dans les efforts de renforcement du système de santé les besoins spécifiques des populations clé par;

le renforcement des capacités

des acteurs de la santé en vue de faciliter l'accès aux services de prévention et de soins aux populations clé

3 A continuer à mettre un accent particulier sur les populations clé comme groupe prioritaire dans les stratégies nationales de réponse à l'épidémie du VIH/SIDA

A renforcer les connaissances en informations stratégiques

indispensables pour planifier les interventions en direction des populations clé et suivre les progrès vers l'atteinte des objectifs. Encourageons la mise en place d'un groupe thématique régional de travail sur les populations clé sous le leadership de l'OOAS pour l'accompagner la mise en oeuvre de nos engagements et offrir un soutien technique aux initiatives nationales et régionales en matière de réponse spécifique au VIH pour ces populations. Dakar, le 10 avril 2015

Ont signé,

Ministre de la Santé de la République du **BENIN**

Prof. Dorothée Akoko KINDE-GAZARD Ministre de la Santé du BURKINA FASO
Prof. Dorothée Akoko KINDE-GAZARD Ministre de la Santé du BURKINA FASO
Dr Amédée Prosper DJIGUIMDE Ministra Adjunta e da Saúde de CABO VERDE
Dra Maria Cristina L. A. FONTES LIMA 4 Ministre de la Santé et de la Lutte contre le SIDA République de COTE D'IVOIRE
Dr. Raymonde GOUDOU COFFIE Minister of Health & Social Welfare THE GAMBIA
Mr. Omar SEY Minister of Health GHANA
Mr. Alex SEGBEFIA Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique de la République de GUINEE
Médecin Colonel Rémy LAMAH 5 Ministra da Saúde Pública da GUINÉ-BISSAU

Dra Valentina Mendes Minister of Health and Social Affairs LIBERIA
Mrs. Bernice DAHN Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique de la République du MALI
M. Ousmane Koné Ministre de la Santé Publique de la République du NIGER
M. Mano AGHALI 6 Minister of Health Federal Republic of Nigeria
Prof. Awa Marie COLL SECK Minister of Health and Sanitation SIERRA LEONE
Dr Abu Bakarr Fofana Ministre de la Santé de la République TOGOLAISE
M. Kwesi Séléagodji AHOOMEY-ZUNU

90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida

Un nouveau courant se fait jour à travers le monde dans la riposte contre le Vih. Le but n'est ni plus ni moins que d'éliminer le Sida. Une perspective d'autant plus ambitieuse que se dessine l'après 2015, date butoir en ce qui concerne les objectifs et engagements pris en 2011 dans la déclaration politique sur le Vih et le sida

Il est de plus en plus évident qu'une cible finale s'avère nécessaire pour arriver à bout du sida. Si jusque là la stratégie consistait à atteindre des résultats progressifs dans la réponse à travers les cibles, dans l'après 2015, il n'existe qu'un but : Mettre fin au sida d'ici 2030. Sous l'égide de l'Onusida, de multiples consultations ont eu lieu dans toutes les régions du monde avec pour but de définir de nouvelles cibles pour le passage à échelle du traitement au delà de 2015. Des consultations thématiques, pendant ce temps, se sont aussi déroulées au niveau mondial et axées sur la société civile, les laboratoires médicaux, le traitement pédiatrique du VIH, ou sur les adolescents.

De toutes ces consultations est née une cible finale, ambitieuse et toutefois réalisable :

- A l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.
- A l'horizon 2020, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti-rétroviral durable.
- A l'horizon 2020, 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

Le premier dead line est prévu en 2020 avec l'objectif d'atteindre la suppression de la charge virale auprès de 73% des personnes vivant avec le Vih.

Des approches dictées sur les droits humains, le respect mutuel et l'inclusion sont des éléments déterminants dans l'atteinte de cet objectif.



Du reste, en plus du traitement qui est essentiel pour en finir avec le sida, il s'agit d'intensifier des stratégies de prévention de base y compris l'élimination de la transmission mère-enfant, la distribution de préservatifs, la prophylaxie de pré-exposition au anti-rétroviraux, la circoncision médicale volontaire dans les pays prioritaires, les services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues, et des programmes ciblés de prévention en faveur d'autres populations clés. Pour mettre en place une réponse globale en vue de mettre fin à l'épidémie, des efforts concertés seront nécessaires pour éliminer la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale.

En finir avec le sida d'ici 2030, c'est aussi mettre à la disposition des

populations un accès ininterrompu à un traitement à vie. La condition essentielle est la mise en place de systèmes communautaires et sanitaires solides et



Dr Fat Naar



flexibles, la protection et la promotion des droits humains et des mécanismes de financement durables capables de soutenir des programmes de traitement à vie pour les personnes vivant avec le VIH. Il est ainsi question de s'appuyer sur les importants progrès techniques : un dépistage plus simple et plus abordable, des antirétroviraux mieux tolérés, avec une durée d'action prolongée et ainsi éviter les prises quotidiennes.

Trois préalables qui vont constituer la clef de voute de cette nouvelle ambition mondiale : la volonté politique, la préparation du système, l'adoption et la mise en œuvre d'orientations normatives mondiales.

90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida.

Au Sénégal, l'objectif est à la portée du pays. L'évaluer peut sembler prématuré, mais eu égard à tous les efforts consentis dans la lutte contre le VIH, il est important de savoir où en sommes-nous aujourd'hui?

Au plan politique, le Sénégal a posé tous les jalons lui permettant d'être au rendez-vous : il s'est joint aux autres Nations du Monde en adoptant la déclaration Politique pour intensifier les efforts visant l'élimination du VIH et du sida ; un Plan Stratégique National 2014-2017 de troisième génération, très robuste vient concrétiser la détermination du Sénégal pour œuvrer vers la vision des trois zéros lancée par l'ONUSIDA. Ce plan mettra le focus sur les groupes clés, hautement vulnérables et les zones les touchées du pays pour la réduction de la charge de morbidité au niveau de ces cibles.

Le contexte financier international n'est certes pas favorable mais la gestion rigoureuse et transparente des ressources, la mobilisation de ressources nationales et l'appropriation de la lutte sont des approches déterminantes dans cette lutte.

Sur le plan programmatique, Les résultats des dernières revues organisées par le CNLS nous montrent que d'importants progrès ont été réalisés aussi bien dans le cadre du dépistage que de la prise en charge des PVVIH.

Dans le domaine du dépistage dans la population générale, en terme d'accès, le nombre de sites CDV s'élève à 1 466 en 2014 avec une couverture nationale de 100% aux niveaux des Centres de Santé, des hôpitaux, des Centres de Dépistage Volontaire et Anonymes, des Centres de Conseil des adolescents et des Etablissements Publics de santé et 96% pour les Postes de santé. Cette augmentation a favorisé l'accès aux services du dépistage et surtout chez les femmes enceintes dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH au niveau décentralisé avec 1 332 sites qui offrent le service. Le pourcentage de la population ayant effectué un test de dépistage et qui en connaît les résultats au cours des 12 derniers mois est passé de de 1% (EDS IV, 2005) à 12,61% selon les résultats de l'EDS-MICS 2010-2011.

Si on se réfère aux estimations fournies par le Spectrum de 2015 qui fixe le nombre de PVVIH estimées en 2014 au Sénégal de 33200, on peut dire qu'au moins 55% de ces populations ont été dépistées eu égard au nombre de 18429 PVVIH suivies avec ou sans ARV au Sénégal (données GARP 2015); des résultats assez importants à renforcer.

L'efficacité des ARV aussi bien dans l'amélioration de la survie des PVVIH que la prévention n'est plus à démontrer. D'importants efforts ont été fournis dans ce domaine. La mise en place en 1998 de l'Initiative Sénégalaise d'accès à l'ARV (ISAARV), La décision de la gratuité des ARV prise par le pays depuis 2003, la décentralisation des activités de prise en charge du VIH jusqu'au niveau périphérique et l'implication des PVVIH et de la communauté dans la prise en charge psychosociale ont eu un impact positif sur la courbe de l'évolution de la couverture ARV des PVVIH. En fin 2014, 70% des patients ayant besoins du traitement l'ont reçu.

Concernant le dernier « 90 » qui consiste à ce que 90 % des personnes sous traitement aient une charge virale indétectable afin que leur système immunitaire reste fort et qu'elles ne soient plus infectieuses, même s'il nous est difficile de donner un chiffre exact

sur le nombre de personnes ayant atteint ce niveau de performance, il est à saluer le taux de décès qui diminue progressivement d'année en année passant de 26% en 2012, 15% en 2013 à 9% en 2014.

En résumé, il faut dire que les efforts considérables fournis par le gouvernement du Sénégal et ses partenaires sont importants et les résultats satisfaisants enregistrés nous rendent optimistes. Cependant, force est de reconnaître que l'ambition est énorme et il nous reste encore du chemin à faire. Une intensification rapide des approches essentielles de prévention et de traitement du VIH permettra à la riposte de devancer l'épidémie. La mise en œuvre effective de certaines initiatives lancées par le pays à savoir: tester et traiter, l'élimination de la transmission des mère-enfant du VIH en couplant le plan national avec des plans régionaux, la promotion et le respect des droits des PVVIH et des groupes clés doit permettre de renforcer les acquis, booster la riposte, pérenniser les interventions et aller vers l'atteinte des trois «90»

Fatou Nar Mbaye Diouf

L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH: état des lieux au Sénégal



Le Sénégal s'est engagé à accélérer l'atteinte des OMD relative à la santé de la mère et de l'enfant et à enrayer la propagation du VIH. Pour ce faire, notre pays a élaboré et est en train de mettre en œuvre la feuille de route pour la réduction de la morbi-mortalité maternelle et infantile, (ii) le plan national de la planification familiale et Le plan national d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

Le plan d'eTME qui constitue le socle du programme de la PTME s'articule autour de quatre piliers :

- la Prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer ainsi que leurs partenaires;
- la Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives à l'infection au VIH;
- la Prévention de la transmission du VIH des femmes infectées à leurs bébés avec adoption de l'option B+ ;
- l'offre d'un traitement, des soins et soutien appropriés aux mères séropositives, leurs enfants et la famille.

Le plan d'eTME du VIH du Sénégal a été validé et lancé officiellement lors de la

célébration de la journée mondiale de lutte contre le Sida ; le 1er Décembre 2012.

L'analyse des goulots d'étranglement nous a permis de mettre en exergue les acquis du programme de la PTME et de la SMNI à savoir : la mise en place d'un bon système de distribution des intrants, une bonne qualité de la PEC de la grossesse, de l'accouchement et du post partum. Par ailleurs, le programme PTME qui est décentralisé depuis 2005 a mis en place des tests VIH rapides dans les points de prestations avec en fin 2014, la disponibilité du paquet complet (counseling, dépistage VIH, PEC par les ARV du couple mère enfant, PF...) dans tous les centres de santé et hôpitaux. Toutefois, au niveau de l'offre de service, il faudra noter des goulots d'étranglement relatifs aux ressources humaines dans certaines régions comme Sédhiou, Ziguinchor, Kolda, Kédougou, Matam et Tambacounda mais également des problèmes d'accessibilité pour les populations dans ces mêmes régions ou les postes de santé peuvent être distants de plusieurs centaines de kilomètres et pendant la saison des pluies, les populations sont littéralement coupées des structures sanitaires.

Après la validation du plan d'eTME du Sénégal, la mise en œuvre a commencé par l'élaboration des micros plans eTME au niveau des régions prioritaires. C'est ainsi que durant l'année 2013, les régions de Kolda, Sédhiou, Ziguinchor et Tambacounda ont pu élaborer leurs micros d'eTME. En 2014, les régions de Thiès, Kédougou, Kaolack et Saint Louis. A ce jour, 9 régions sur 14 ont pu élaborer leurs micros plans d'eTME.

En termes de résultats, il faut noter que malgré les performances observées pour le dépistage des femmes enceintes (77% en 2014) et leurs mises sous ARV (58,2% en 2014) la PEC des enfants nés de mère séropositive reste à améliorer. Durant l'année 2014, 31,5% des enfants nés de mère séropositive ont été mis sous prophylaxie antirétrovirale et seulement 18,5% des enfants ont bénéficié du diagnostic précoce.

Les perspectives du programme d'eTME sont :

- Elaborer les 4 micros plans pour les régions restantes (Dakar, Louga, Diourbel, Fatick et Kafrine)
- Utiliser de la technologie SMS pour un tracking des enfants nés de mère séropositive ;
- Faire l'évaluation d'impact du programme de PTME en déterminant le taux de TME du VIH de la mère à l'enfant mais aussi procédé à l'évaluation à mi parcours du plan national d'eTME.



Dr Ndéye Fatou Ngom :
point focal PTME (DLSI/MSAS)

DOSSIER CEPIAD



Riposte au Vih : de la recherche à l’action : Le CEPIAD(Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions de Dakar) :Un centre de référence pour la prise en charge des addictions.

C’est le 1er Décembre 2014 que le Centre de Prise en charge Intégrée des addictions d Dakar a été inauguré.Ce centre résulte du partenariat entre la recherche et les programmes, le SE/CNLS et le comité interministériel contre la drogue ;mais aussi les programmes de santé publique, le secteur public, la société civile, les acteurs et les bénéficiaires.

DE LA RECHERCHE A L’ACTION

Le premier passage à l’acte est à situer autour de l’année 2008,quand, à travers une étude financée par l’Agence Nationale contre le Sida(ANRS) et l’Institut de Médecine et d’Epidémiologie(IMEA).Ce projet de recherche formative et opérationnelle dénommée « Usage Des Drogue au Sénégal »(UDSEN) a permis dès 2009 la réalisation dans trois régions du Sénégal d’une étude de faisabilité d’une enquête de prévalence et de pratiques à risques d’infection par le Vih chez les usagers de drogue. Une démarche qui a permis de constater que l’usage des drogues injectables était réel au Sénégal de même que des risques d’infection du fait des modes d’usage.IL faut ya jouter le contexte social et légal défavorable.

Toutefois, une enquête en 2011 d’estimation de taille de la population aboutit à cette principale recommandation :
Faire reculer les nouvelles infections par le VIH parmi les

usagers de drogues tout en protégeant leurs partenaires à travers une série de mesures parmi lesquelles, la mise en place d’un dispositif de prévention de la diffusion du virus, d’aide aux personnes concernées par le biais d’un traitement médical de leur addiction. Ce processus intègre un programme de traitement par prescription d’une substitution aux opiacés.

Estimation de la taille de la population d’usagers de drogues injectables

L’estimation de la taille de la population d’usagers de drogues injectables selon la méthode « capture-recapture » porte à environ 1324 le nombre de personnes usagères de drogues injectables (cocaïne/crack et/ou héroïne) pour la région de Dakar (IC95% 1281-1367

2 Prévalences du VHC, VIH, VHB chez les usagers de drogues

Les infections sont fréquentes au sein des CDI avec notamment l’infection à VIH (5,2%), VHC (23,3%) et VHB (7,9%), surtout chez les CDI utilisant la voie injectable où on observe des prévalences respectives de 9,4% et 38,9% pour le VIH et le VHC contre respectivement 2,5% et 18% chez les non-injecteurs.

Connaissance des modes de transmission du VIH et du VHC en rapport avec l’usage de drogues injectables.

VIH	affirmation transmission virale si partage de :	VHC
96,3%	Seringue	78,1%
76,1%	Filtre	71,9%
77,1%	Eau de préparation	71,9%
82,6%	Eau de rinçage	75,5%
63,2%	Cuillère	62%
44,5%	Pipe	63,6%
43,1%	Paille	58,7%

LE CEPIAD : CENTRE DE REFERENCE POUR LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE CENTREE SUR LES USAGERS

Le docteur **Idriss Ba** est pédopsychiatre chef de clinique adjoint à la faculté de médecine. IL est le coordonnateur technique du Centre de Prise en charge intégrée des addictions de Dakar. Son rôle dans cette structure se situe à deux niveaux : la coordination d'une équipe pluridisciplinaire avec des addictologues, des infectiologues, pneumologues travailleurs sociaux ou infirmiers.

A coté de cela existe une équipe de terrain. Son rôle est d'aller à la rencontre des usagers au niveau de zones de consommation, de les sensibiliser sur le risque de consommation de drogue mais surtout de les référer pour prise en charge éventuelle au niveau du Cepiad.

La prise en charge commence dès l'accueil à travers tout un dispositif mis en place destiné à une population bien particulière qu'il s'agit de mettre en confiance, puis d'orienter selon le service qui convient à sa demande et à son état. La caractéristique de cette population est une co-morbidité, tient à signaler le docteur Ba.

« En dehors de la dépendance, on note souvent d'autres pathologies et les usagers de drogue injectable sont parmi les plus exposés au Vih et aux hépatites. On comprend leur prise en compte comme groupe vulnérable dans le cadre du programme Vih, sans compter les complications cardiaques, pulmonaire, hépatiques, gastriques », précise-t-il. Le spécialiste rappelle par ailleurs « les pathologies d'ordre psychiatrique ; les produits utilisés sont des substances psychoactives, donc agissant sur le fonctionnement psychique de l'individu avec des perturbations inévitables. Tout cela pour expliquer l'importance de prendre en charge de façon globale les bénéficiaires du Cepiad. »

L'équipe infirmière oriente aussi vers le travailleur social, l'addictologue et le médecin qui prennent le relais et dressent un bilan sanitaire : radio pulmonaire, glycémie, test urinaire etc...

En trois mois de fonctionnement la demande est déjà très forte. Le docteur Ba explique : *« C'est en en fin janvier que nous avons commencé à recevoir des usagers et en février a débuté l'inclusion. A ce jour nous avons ouvert plu de cent dossiers et inclus 36 consommateurs dans le programme méthadone »* Des résultats loin d'être négligeables même si des difficultés existent comme l'exigüité des locaux, l'insuffisance de ressources humaines etc. La conséquence est la longue attente pour les usagers avant d'être inclus dans le programme (deux mois) et pour eux « c'est une éternité pour le CDI qui a besoin de méthadone mais du fait de l'insuffisance en ressources humaines, il faut s'adapter »

estime le praticien qui ne cache pas son souhait de voir se développer d'autres activités de convivialité à travers un terrain de sport qui n'existe pas encore. Par ailleurs le cepiad faut-il le rappeler est destiné aux CDI de tout le pays, même si pour l'instant il n'y en a qu'un. Pour le docteur BA se pose donc un problème d'accessibilité, il ajoute : *« En ce qui concerne la méthadone qui exige une prise journalière, il est évident qu'il serait difficile de venir de saint louis ou kaolack par exemple. Mais retez que ce centre est ouvert à tous les CDI qui souhaitent une prise en charge »* Pour le moment le docteur BA se surprend à rêver d'autres centres de ce type dans les régions de façon à décentraliser les soins. Il s'agit de songer à décentraliser un jour. Mais ce qui est essentiel selon lui est la sensibilisation, la formation et l'accompagnement du personnel.

LA PRISE EN CHARGE INTEGREE

Les spécialistes définissent l'addiction comme, *« l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et qui s'accompagne d'une conscience des conséquences négatives de ce comportement »* Au Sénégal, les CDI ne fréquentaient pas les structures hospitalières très peu adaptées. Les

services de psychiatrie classiques étaient le point de chute de certains CDI en difficulté de santé

C'est ainsi que le cepiad propose aux usagers de drogue injectables, une prise en charge globale car dans ce domaine ce n'est pas seulement la consommation du produit qui pose problème.

DR Ibrahima Ndiaye est psychiatre diplômé en addictologie pratique, clinique et prise en charge de l'Université Paris Sud. De son avis, il s'agit de prendre en compte tous ces facteurs dans la compréhension de la prise en charge globale

Le produit, l'individu et l'environnement

Le premier acte est *« de saisir la personnalité de la personne en proie à une addiction, faire son contour psychologique, répertorier s'il y a lieu l'ensemble des produits consommés, les circonstances de la consommation (en groupe ou en solitaire).....En fonction du produit consommé la démarche est différente. »*

Dans le cas de l'héroïne, la dépendance est évaluée (légère, modérée, sévère) Selon le cas et avec la participation du patient, la demande est étudiée. S'il ne peut se passer d'héroïne sans méthadone, une substitution lui est proposée. Au Sénégal pour le moment seule existe la méthadone. Dans ce cas précis, le patient doit d'abord procéder à des examens préalables. Cela est dû au fait que les usagers de drogue intraveineuse sont exposés à toutes formes d'infection (Vih, Hépatites, etc.), affections pulmonaires ou cardiaques. Parallèlement, des entretiens motivationnels se déroulent et en attendant sa mise sous méthadone, l'utilisateur est incité à diminuer si possible sa consommation. Par ailleurs cet entretien est valable pour toutes formes de drogues. Le but est de pousser le consommateur à enclencher une « démarche de changement ».

Pour le cas des patients sous méthadone, le suivi est plus que jamais



de rigueur. Les doses vont crescendo jusqu'à l'atteinte du niveau qui permet au suivi de se sentir « bien ». c'est à dire ne plus sentir ce besoin irrépressible de consommer sa drogue. Le tout se déroule sur fonds d'accompagnement psychologique.

Toujours en relation avec ce suivi individuel, le docteur Ndiaye évoque la TCC ou (thérapie cognitivo-comportementale). Il s'agit de la technique de prédilection en addictologie. Le but est d'agir avec le patient sur son comportement ou sa cognition. Pousser ceux qui consomment selon des circonstances ou des situations particulières à essayer de se passer du produit. Un travail de longue haleine selon DR Ndiaye qui rappelle que la prise en charge se déroule en fonction

de la personne, loin de toute standardisation du traitement. La prise en charge globale revêt par ailleurs d'autres formes ajoute le Dr Ndiaye. C'est le cas de la thérapie de groupe. Dans ce cas ce sont des patients affichant la même problématique d'usage qui sont mis ensemble à travers des groupes de parole. IL existe aussi d'autres situations ou le patient est aidé à réintégrer son univers familial. Comme pour illustrer l'impact des conduites additives sur la famille. Et cela est d'autant plus important que le cadre familial joue encore un rôle non négligeable au Sénégal.

PRISE EN CHARGE PAR RAPPORT AU VIH ET AUX HEPATITES

La connaissance du statut sérologique est fondamentale en particulier en ce qui concerne les patients sous

méthadone. Car les médicaments de la trithérapie interférente avec la méthadone. Toutefois, le Cepiad n'offre pas de traitement anti rétroviral (ARV) en tant que tel mais oriente vers les services adéquats pour le moment .même si l'on semble évoluer vers cet horizon selon DR Ndiaye.

D'autres infections existent outre le VIH ou les hépatites comme la tuberculose. L'expérience a ainsi montré selon le praticien que l'infection à bacille de Koch est fréquente. Une situation qui justifie plus que jamais la nécessité d'une prise en charge globale.

PROGRAMME METHADONE

Le démarrage du programme méthadone a été effectif par l'inclusion le 03 Février 2015 des premiers patients dans le programme. Une montée en charge progressive du programme méthadone a été décidée par l'équipe par l'inclusion de 3 patients environ par semaine. Chaque semaine, un comité d'inclusion composé du coordonateur du centre et des responsables des différents espaces de prise en charge (addictologie, médical, social, soins infirmiers, pharmacien) se réunit pour examiner les dossiers complets des personnes pouvant bénéficier d'une mise sous traitement de substitution aux opiacés par la méthadone. Des renseignements supplémentaires peuvent être obtenus auprès de l'équipe de terrain concernant la participation antérieure des personnes aux activités de réduction de risques. Ainsi, durant le mois de mars 2015, 19 dossiers ont été examinés par le comité et 15 personnes ont pu démarrer le traitement de substitution aux opiacés.

Descriptif	Homme	Femme	Total
Nbre de dossiers examinés en comité au cours du mois	18	1	19
Nbre total de dossiers examinés par le comité	33	4	37
Nbre de patients ayant démarré la méthadone au cours du mois	14	1	15
Nbre total de patients sous méthadone	19	3	22

NOMBRE DE CONSULTATIONS REALISEES

Durant le mois de Mars 2015, 287 consultations ont été réalisées :

- 152 par les médecins addictologues
- 50 par les médecins somaticiens
- 81 par les assistants sociaux
- 4 par la psychologue

En dehors de ces consultations réalisées au CEPIAD, les consultations spécialisées suivantes ont été réalisées :

- Odontologie : 3
- Dermatologie : 4
- Pneumologie : 1
- Orthopédie : 1

OUVERTURE DE DOSSIERS MEDICAUX

Le principal motif de la demande de prise en charge addictologique durant le mois est l'addiction sévère à l'héroïne ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

Produit de consommation à l'origine de la prise en charge	Nombre de dossiers ouverts en addictologie
Héroïne	49
Alcool	6
Cocaïne	2
Cannabis	6
Divers	0
TOTAL	63

Tableau 1 : Description des produits de consommation à l'origine de la prise en charge addictologique (CEPIAD, Mars 2015)

Décès d'un patient ADI1259M01 survenu le 26/03/2015 (récidive de tuberculose).

Les hommes représentent la majorité des consultants se présentant au centre (61 hommes et 2 femmes). Chaque personne étant enregistrée doit bénéficier d'une

consultation en addictologie, d'une consultation avec un médecin somaticien et d'une consultation avec l'assistant social. Le tableau ci-dessous décrit la répartition du nombre de personnes ayant bénéficié des différents types de consultation en fonction de leur sexe.

Consultation	Homme	Femme	Total
Addictologique	61	2	63
Médicale	51	0	51
Sociale	70	3	73

Tableau 2 : Répartition du nombre de dossiers médicaux ouverts en fonction du sexe et de la consultation réalisée (CEPIAD, Mars 2015)



DE LA RECHERCHE A L'ACTION :

Le docteur Annie Lefèvre est médecin et côtoie le milieu du Vih depuis 1986 quand, au début de sa carrière se signalent les premiers cas de sida. C'est en 2008 suite a une discussion autour du VIH .avec des collègues infectiologues sénégalais à l'institut de médecine et d'épidémiologie applique (IMEA) e qui travaille souvent avec le centre de recherche sur vih sida de hôpital fann. Une enquête fut évoquée qui posait la problématique des MSM et des Ps .Mais point de CDI.

Ainsi et de fil en aiguille, les initiateurs du cepiad songent alors à poser les jalons de ce qui constitue cet actuel centre de référence.

seulement par voie intraveineuse mais aussi sexuelle. Pour illustrer le caractère a risque de ce milieu. Ce même échantillon révélait un taux de prévalence vih de 13% pour le Vih contre 3% pour les hommes. Et chez les

La recherche, demandée aussi par le CNLS a ainsi permis de mettre à nu l'existence d'une troisième catégorie de populations clés, à coté des Msm et PS, en l'occurrence les CDI.

Une fois les résultats mis à sa disposition, le CNLS décide d'intégrer cette composante, CDI dans son plan national de lutte contre le sida. Par ailleurs toutes les autres structures concernées dans la riposte ont été impliqués.

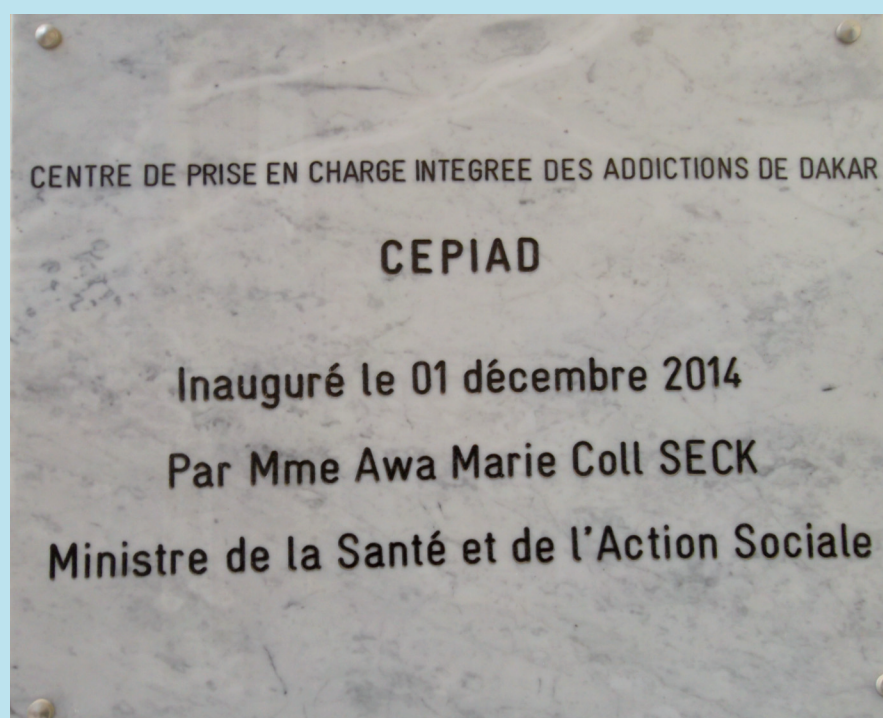
LE LIEN ENTRE VIH ET SIDA : « De la réalité de l'existence de cdi a la mise en place de ce centre, la recherche a joué un rôle déterminant »

L'intérêt du Cnls pour la situation des cdi est la conséquence de leçons tirées d'études réalisées au niveau international : 10% des nouvelles infections a Vih provenaient des CDI. Ce taux était de 30% en Afrique subsaharienne.

Dr Safiatou Thiam SE du CNLS rappelle les différentes études bio comportementales, socio anthropologiques menées et qui ont conclu à 10 % d'infectés chez les CDI. Soit 10 fois plus que la moyenne nationale. Et elle rappelle les difficultés sur lesquelles on bute a cette époque : une population méconnue, difficile d'accès en plus de l'inexistence d'un quelconque programme destiné a cette couche.

IL ne s'agit pas que de Vih mais aussi de toutes les autres maladies transmissibles par le sage. C'est en 2011 que les activités concrètes débutent à travers des activités d'outreach. IL s'agit explique dr thiam de *se servir de relais pour arriver aux lieux de regroupement des CDI. Et là leur porter le message pour un changement comportemental destiné a éviter le vih.*

Par ailleurs elle poursuit pour expliquer comment le PSN a intégré la composante CDI comme population clé En effet on rappelle souvent le caractère concentré de la prevalence.les cdi sont une cible prioritaire. Ce qui explique la démarche



D'abord à travers une enquête de faisabilité dans trois régions (Dakar, Casamance ;Thiès) qui met en exergue l'existence de consommateurs d'héroïne et de cocaïne et des CDI en minorité. Une bonne raison d'estimer que de réels risques d'exposition existent au sein de cette population et de procéder a une enquête de prévalence du VIH et des hépatites(avril –juillet 2011) .Sur un échantillon de 506 personnes on dénotait ainsi 13,8 s'étaient injectes le mois précédent tandis que 27,7 s'étaient déjà injectés au moins une fois dans sa vie .Au niveau de la prévalence du Vih on notait 5,2 avec une prévalence de 9,6 parmi ceux qui s'étaient injectes dans leur vie et 2 ;5 pur ceux qui n s'étaient jamais injectes. C'est dire que la transmission n'était pas

femmes qui se sont au moins injectés un fois dans leur vie on notait 21,1%.Cette enquête révèle ainsi le sérieux sur-risque pour les femmes. Une situation qui s'explique selon le Dr Lefèvre par le mode de consommation, certes mais aussi très souvent la prostitution. Elle rappelle « Dans tous les pays du monde les femmes consommatrices de drogue par voie intraveineuse sont celles qui paient le plus lourd tribut »Et très fréquemment cette prostitution sert a la femme pour la femme a sa consommation mais aussi celle du compagnon. Commentaire d'Annie Lefèvre : « La consommation de rogue réactive l'exploitation de la femme par l'homme »affirme-t-elle du haut de plusieurs années d'actrice de la riposte en milieu CDI.

pluridisciplinaire sous l'égide du CNLS : médecins infectiologues, de santé publique, de spécialistes du sida mais aussi avec des psychiatres et psychologue avec le ministère de la justice et intérieur et la sté civile.

Dans ce programme destiné aux cdi ;il existe la mise en place d'une strcuture destinée a une prise en charge intégrée des CDI. Ce centre intègre des activités de réduction de risques mais de prise en charge psychosociale e les délivrances de substitut. Notre ambition est d'en faire un centre de prise en charge des cdi au Sénégal mais aussi un centre de formation et de recherche régional avec des chercheurs du nord mais aussi addictologues du sud par exemple

Nous pouvons dire que le *cepiad est un outil formidable et concrétise le partenariat entre la recherche et la riposte. De la réalité de l'existence de cdi a la mise en place de ce centre, la recherche a joué un rôle déterminant. Il s'agit à mon avis de tirer le meilleur profit de cette collaboration au bénéfice non seulement du Sénégal mais aussi d'autres pays de la sous région qui ne disposent pas encore de ce type de structures.* Encore une fois conclue le DR Thiam ,le Cepiad reste la meilleure illustration de tout ce que l'on peut tirer d'une collaboration entre l recherche et la santé publique.

UNE GRANDE VICTOIRE

Le Pr Mamadou Habib thiam dirige le service psychiatrique. Il ne cache pas un certain soulagement quand il s »agit d'évoquer l'impact du CEPIAD dans le fonctionnement de la structure qu'il dirige. L'arrivée de ce centre pour lui est ; « une victoire aussi bien pour la promotion de la santé en règle générale et de celle des personnes en prise avec les substances psycho actives. »IL rappelle aussi la mise en place jugée nécessaire depuis 2011 et suite à une enquête UDSN (évoquée plus haut) grâce à l'appui de bailleurs.. L'impact de ce centre est même d'autant plus salulaire qu'auparavant ,les personnes dans cette situation étaient jusque là mises sur le même plan que les personnes présentant des roubles mentaux : « on les actualisait dans le service pendant quelques jours ,semaines ou mois et j'avoue qu'il y a eu pas mal de rechute faute d'une prise en charge adéquate n'avait pas les moyens même si quelquefois on assistait a des cas rares de personnes ayant réussi totalement a

bout de leur addiction. »se souvient le professeur.

Depuis l'ouverture du centre ;et au vu du nombre de p teints pris en charge, Profeseur Thiam y voit dan le long terme un moyen de réduire les infections dans cette categorie.IL estime qu'un grand travail attend les prestataires d'où le souhait d'être accompagnés encore. « Les locaux sont exigus et nous notons un déficit e ressources humaines. »Une fois cette difficulté dépassée, poursuit le praticien « on pourra s'occuper mieux de ce cette catégorie, non seulement au Sénégal mais aussi dans la sous région »termine-t-il.

ACTIVITES DE TERRAIN, GROUPES DE PAROLE ARTHÉRAPIE, MICRO JARDINAGE? ETC.....

Cet après midi dans cette salle polyvalente du Cepiad,ils sont plus s »une dizaine à s'exercer à la peinture. Tableaux et pinceaux pour dire ce que les mots ne peuvent trdaiuire.des couleurs vives ou sombres, gaies ou tristes. Sans mots ou presque. Ici on parle en peignant sous l'égide d'Alassane Seck, art thérapeute en psychiatrie. Une discipline nouvelle au Sénégal précis Mr seck. Par delà l'expression artistique des «inadaptés » ;(il insiste sur ce point), ; l'idée est de faire renaitre un certain esprit communautaire, aux antipodes de l'attitude égoïste et individualiste du CDI. L'idée est de faire « revenir » celui qui s'est éloigné de la société et « l'art est un puissant moyen pour atteindre cet objectif. Les angoisses et les pulsions notées sur ces tableaux permettent retrouver un certain équilibre après coup. « l'art st le premier langage, avant la parole » selon Mr Seck. Mais le thérapeute ne compte pas s'arrêter en si bon chemin. Son idée est de se servir de cette forme d'expression pour sensibiliser sur la drogue et ses méfaits.

D'autres jours ce sont d'autres activités, avec toujours en toile de fonds de cette

prise ne charge globale le souci d'apporter sérénité et occupation au patient. Comme ces causeries portant entre autres sur la façon de s'injecter sans risques ou sur les comportements qui évitent des infections telles le Vih ou les hépatites

Madame Diop est assistante sociale. Dans ce centre, son service occupe une place primordiale. Car son rôle est



déterminant a coté de celui des psychiatres. Elle revient sur les différentes activités mise en place dans ce centre en dehors de la prise en charge médicale et de la distribution d'héroïne. Son rôle, c'est d'abord de coordonner les activités de convivialité : groupe de parole à situer dans le cadre de la sensibilité de proximité des ateliers « d'art thérapie » dans le cadre du soutien psychologique des CDI, des activités de micro-



jardinage pour préparer la réinsertion. Mme DIOP rappelle l'objectif de ces activités qui est de dépasser le stress, l'angoisse et l'exclusion sociale qui sont des caractéristiques de la consommation de drogues. Le consommateur de drogues est en marge rappelle-t-elle. C'est ainsi que des groupes de parole sont mis à profit pour sensibiliser sur les effets de la drogue ou des conséquences de la prise de méthadone

SORTIES DE TERRAIN : A LA RACINE DU PHENOMENE

Au Cepiad, en dépit du rush, l'on est conscient que tous les CDI ne manifestent pas encore la volonté de bénéficier d'une prise en charge. La solution est ainsi de les trouver dans leur lieux de rencontre.

Une équipe dite « de terrain » du Cepiad sillonne ainsi chaque matin la capitale divisée en quatre zones : Medina, Fass, Gueule tapée, point E, grand-dakar him gd yoff, yoff ngor pikine rufisque. A sa tête on retrouve Mme Diop l'assistante sociale.

Ils sont quatre à se déplacer ce matin. A bord de leur véhicule des lots quelque peu particuliers. De multiples sachets en plastique noirs avec dans chacun un kit de 15 seringues, autant tampons secs et alcoolisés, une cupule. Tout un « arsenal » dont a besoin le CDI. Ce système permet de sécuriser en quelque sorte la prise de drogue. Il permet d'entourer le toxicomane de toutes les précautions élémentaires de façon à lui éviter des infections de toutes sortes. Les membres de l'équipe descendent à chaque étape de la zone et se font très discrets. Des CDI qui bénéficient de prise en charge du Cepiad accompagnent le groupe. L'un s'appelle M..... Son passé il le raconte en parlant vite. Comme des images qui défilent. Il travaillait dans une

place parce que pair relais depuis le début des premières enquêtes menées et qui devaient faire le lit du Cepiad. Pendant trois ans il a accompagné des équipes de terrain tout en continuant à se piquer. Un de ses « amis » l'interpelle. Il s'interrompt un instant, va, écoute et revient chercher un sachet noir refilé discrètement à son interlocuteur qui, à son tour lui remet ses seringues déjà utilisées. ni vu ni connu. Il revient et explique comment la méthadone a changé son existence. Comme tous ceux qui sont inclus dans le programme, il passe tous les matins prendre son « sirop » de méthadone qui le « tranquillise » pour la journée. Un traitement contraignant mais nécessaire. Il réussit à bien manger et bien dormir, se laver se vêtir proprement. Ce qui est impossible pour un CDI. La nette « amélioration » de l'hygiène est le signe que quelque chose est en train de changer en lui. Il est en « train de tout remettre à l'endroit » souffle-t-il.

Une halte ensuite dans une ruelle sablonneuse d'un quartier de Dakar. L'équipe se dirige vers un groupe de personnes. La familiarité affichée en dit long sur leur rapport de confiance. L'on discute et rigole, le temps de ramasser les seringues ayant servi et d'en remettre d'autres avant de porter le tout sur un registre de données. Les pair relais s'assurent que personne ne souffre de rien et au cas échéant se chargent de l'assistance pour des soins hospitaliers.

Un autre pair relais tient à nous faire connaître son épouse. Une dame, la quarantaine qui reste encore belle malgré les stigmates d'une existence pas toujours clémente. On a du mal à croire qu'elle vécu tout ce qu'elle raconte : les sautes d'humeur de son époux, les descentes de police, les interminables querelles familiales, les sommes d'argent qui disparaissent (la dot de la fille de sa sœur qui lui avait été confiée). Elle se souvient encore de cette colère qui s'est emparée de son mari quand, par mégarde, elle a mis en marche le ventilateur qui fit voler la poudre que s'apprêtait à sniffer son mari. Ses oreilles en bourdonnent encore.

Puis il y a eu le programme méthadone ou « meta » comme disent les initiés. Son mari a subi une métamorphose : il se lave, s'habille, court prendre sa méthadone ; revient, demande à manger, dort, discute et a coupé tout contact

mais aussi sur le patient. D'autres jours ce sont des causeries qui portent sur des thématiques bien définies : VIH, hépatite C et surtout sur la prévention. Ce traitement est au « long cours » et ce soutien psychologique est d'autant plus indispensable qu'il s'agit de donner aux CDI les possibilités de se rendre autonome pour intégrer le secteur économique.

grande société de la place avec un très bon traitement salarial qui lui a permis d'épouser la femme qu'il aimait. Puis un jour il a croisé l'héroïne. Ce qui devait être un amusement au début devient au fil du temps une tyrannie pendant une vingtaine d'années avec les déboires classiques (perte de travail, de l'épouse et famille disloquée. Le cepiad, il a quelque peu travaillé aussi à sa mise en





avec ses « amis » après 15 ans de calvaire. Son nouveau rôle, il semble l'assumer parfaitement. Mais son objectif, comme un défi personnel, convaincre le plus grand nombre de CDI a rejoindre le centre de prise en charge. « Mais », dit-il, « certains sont très rigides et ne veulent pour rien au monde quitter la « défonce » Un travail de longue haleine pour les convaincre de venir se faire prendre en charge.*

Il y a aussi S..... Son visage est traversé par des rides. Dans son allure on retrouve les restes d'une éducation bourgeoise. Elle habitait le centre ville et est tombée là dedans en 1986. Elle ne savait pas, après avoir pris de l'héroïne pendant plusieurs mois, et sans bourse délier, que ce produit entraînait un état de manque. Elle l'a su quand son copain étranger est rentré et qu'elle se retrouva avec des douleurs partout au niveau du corps et des symptômes de la grippe. Elle raconte ensuite ; derrière ses lunettes comment des amis lui ont fait comprendre qu'elle était en état de manque. Un état qu'elle a du fuir pendant plusieurs années. A tous les prix, même la prostitution. Très souvent. Pour éviter le manque qui rend malade et avachit le corps et l'âme qui ne distingue plus ni bien ni mal. Seule compte la dose qui libère. Avec des amis qui meurent souvent (overdose, infection a

vih, hépatites). Elle a tout vu dans ce monde. Elle a du même fuir la capitale après avoir largué famille et études. Ce séjour à l'intérieur du pays fut sa première tentative pour sortir de l'engrenage. La rechute devenait inévitable dès qu'elle revenait à Dakar. En tirant de temps à autre sur sa cigarette pour raconter le miracle de sa vie : Avoir découvert le cepiad. Son fils de 14 ans se pose toutefois des questions de voir sa mère partir si souvent à l'hôpital. (Pour prendre sa dose quotidienne de méthadone) « IL comprendra un jour mais bon.... » Soupire-t-elle. Pour le moment, elle est pair relais et ne cache pas d'être épanouie de se sentir utile et même importante. Le nouveau sens de sa vie. Une expérience qu'elle veut partager avec d'autres CDI encore dans le trou

Au fur et à mesure de la tournée, le véhicule se vide de ses kits. En lieu et place des seringues usagées destinées à la destruction. Aucune précaution n'est de trop pour prévenir les infections dans un monde où la santé est si fragile

La mise en place du Cepiad a permis de mettre en œuvre une stratégie importante du plan stratégique de lutte contre le sida : la prise en charge des groupes clés exposés au risque dont les usagers de drogue injectable

Le Cepiad est aussi un exemple type

de collaboration des différents secteurs qui ont démontré comment la recherche a permis de résoudre un problème de santé publique

IL s'agit de rappeler que la prise en charge des groupes clés est une stratégie prioritaire du Plan Stratégique. La réussite en direction des groupes clés est un enjeu majeur dans le cadre l'atteinte des résultats.

MACOUMBA MBODJI



La perception de la lutte contre le sida et de la pandémie tout court a évolué. Il s'agit de s'adapter à cette nouvelle donne. Dr Safiatou Thiam Secrétaire Exécutive du Conseil National de Lutte contre le Sida aborde les principaux défis de la riposte

DR Thiam, secrétaire exécutive du CNLS, Quels sont les grands enjeux de la riposte au-delà de 2015 ?



Dr THIAM : On ne peut plus gérer le sida de façon verticale. Nous devons voir dans quelle mesure ne plus dépendre de l'aide extérieure mais plutôt étudier la manière de compter sur nous mêmes en tant que pays pauvre. Nous devons par conséquent étudier la façon de pérenniser les acquis. Il est vrai qu'en trente ans les nouvelles infections ont reculé partout dans le monde et as seulement qu'au Sénégal. L'accès aux antirétroviraux s'est beaucoup amélioré, aujourd'hui le sida ne tue plus mais est devenu une maladie chronique qui se gère. Il y a, c'est vrai, beaucoup de défis qu'il faut relever au plan programmatique. Car même si le taux de contamination a baissé, on note qu'au Sénégal, par exemple, seuls 15% des habitants connaissent leur statut sérologique. Ainsi donc il reste 85% des personnes sur 14 millions de sénégalais a sensibiliser, dépister et prendre en charge si cela s'avère nécessaire. Alors le grand défi

programmatique est de voir comment accélérer l'accès et l'utilisation des services de dépistage afin de permettre aux personnes dépistées de se faire traiter si nécessaire. Ce qui n'est pas un problème au Sénégal ou l'on peut en bénéficier dans toutes les structures de santé.

Le défi est de convaincre le plus grand nombre de venir prendre des ARV. Au Sénégal on a autour d'un million de personnes dépistées. Très peu. La question qui se pose est de savoir pourquoi les personnes ne se dépistent pas. Il y a beaucoup de questions à creuser

L'autre grand défi est l'élimination de la transmission mère enfant. A mon avis si l'accès des femmes aux consultations prénatales est encouragé et celles qui sont positives, prises en charge, l'option B+ de l'OMS nous permet d'éradiquer la transmission mère enfant du VIH. C'est à notre portée et je pense que c'est quelque chose qu'il faut faire

Dans le contexte actuel, il est impossible de poursuivre les stratégies de lutte contre le sida comme on le faisait. Il s'agit dorénavant de concentrer les ressources vers les cibles, vers les régions ou on peut vraiment faire la différence. A mon avis il est indispensable de rechercher ou se trouvent les personnes qui ont un réel besoin d'être protégées du sida afin de diriger les ressources vers ces personnes là. En clair : nous avons défini des populations clés à savoir les CDI, les MSM et les PS qui illustrent la concentration du sida au Sénégal. Un programme adapté est donc une nécessité pour ces personnes et qui leur préserve leurs droits en tant qu'êtres humains. Si ce dernier aspect n'est pas rempli, autant dire qu'ils ne feront pas l'effort de se rapprocher des services qui

peuvent les concerner. Il faut donc un programme qui leur assure la confidentialité et qui soit accessible.

Un autre grand défi est qu'au Sénégal, des régions sont plus vulnérables que d'autres (Sud, Est) et dans lesquelles, il faut concentrer les efforts. La stratégie ne peut être la même qu'à Saint Louis et Ziguinchor qui n'ont pas les mêmes réalités ni vulnérabilités. On ne peut venir coller juste des activités mais il faut analyser en finesse.

N'oublions pas les jeunes et les adolescents qui ont besoin de services particuliers car, on le sait, les services classiques ne répondent pas à leur besoin. Ainsi une adolescente qui entre dans un service de consultation prénatale pour demander des préservatifs risque la stigmatisation. Pour ce faire il est peut-être important d'appuyer les centres ADO et les multiplier afin de permettre à ces adolescents de les fréquenter pour poser leur problème de santé sexuelle ou de la reproduction. Ils pourront ainsi trouver des réponses à leurs interrogations sur le sida ou les IST en général.

Cibler les jeunes et les adolescents, les populations clés, les régions et les populations les plus vulnérables. N'oublions pas les zones de vulnérabilité que sont les grandes villes qui posent de gros problèmes et pour ce faire travailler il est utile de travailler avec les collectivités locales

Sur le plan de l'approche stratégique, nous devons trouver des financements durables pour régler ces questions et ne plus seulement, je le répète, compter sur l'extérieur. Les problèmes qui se posent sont planétaires. Les bailleurs revoient leur stratégie pour se concentrer sur les plus atteints. Cela signifie que les pays comme le notre,

pas très atteints en dépit des poches de vulnérabilité et de concentration du sida risquent d'être lésés. Ça commence dans le nouveau cadre de financement du fonds mondial. La mobilisation de ressources internes est donc une nécessité. Les ressources externes nous permettent jusque là avec ce que nous donne l'état de combler 60% de notre plan stratégique, ce qui signifie un gap de 40% qu'il faut combler. Comment ? Il y a des initiatives qui existent dans le pays, des partenariats que nous pouvons développer afin de pouvoir mobiliser d'autres ressources. Mobiliser le secteur privé n'est pas seulement en attendre des ressources mais il s'agit d'apprendre de ce secteur privé qui dispose de services qu'il pourrait peut-être mettre à la disposition de la lutte contre le sida en plus des pratiques orientées vers la performance et qui pourraient inspirer les acteurs de la riposte. Le secteur privé qui prévoit par ailleurs dans le cadre de la responsabilité sociétale de l'entreprise des financements destinés à protéger les travailleurs et la communauté en général. Un plaidoyer est nécessaire pour l'orientation de ces ressources vers la lutte contre le Sida. Au niveau macro aussi, des choses sont à faire au niveau régional ou sous-régional à travers des partenariats public-privé pour la production d'anti rétroviraux ce qui pourrait avoir une incidence baissière sur le coût de ces médicaments.

Dr tous ces réajustements que vous venez d'évoquer ne risquent-ils pas d'avoir un impact sur les acquis qui sont déjà là ?

DR SF : On ne s'arrête pas bien sûr, on réfléchit en faisant. Il y a des interventions qui ont fait leurs preuves et qu'il n'est pas question d'arrêter. Nous sommes à un niveau stratégique ou on mène la réflexion mais les équipes sur le terrain poursuivent leurs actions. Une campagne de dépistage est ainsi en cours actuellement. Cela nous servira par exemple de base pour étudier les façons d'accélérer les dépistages et d'augmenter fortement leur nombre. Cela est conforme à ce que l'onusida appelle le fast tracking. Il s'agit d'accélérer à tous les niveaux (dépistage, élimination de la transmission mère-enfant, l'accès des groupes clés aux interventions). En ce qui concerne les droits humains, c'est tout à fait nouveau pour nous mais pourquoi ne pas nouer des partenariats avec les organisations de droits humains, le ministère de la justice et autres pour faire le plaidoyer, les

parlementaires etc.... Vous voyez donc qu'aujourd'hui il n'est pas question d'arrêter mais plus d'accélérer. Nous sommes dans une phase où après avoir pendant vingt ans fait des choses qui ont donné de bons résultats, on veut aller à une génération sans sida en 2030.

On imagine alors que de nouvelles stratégies devront être mises en place afin de porter ce courant accélérateur, non ?

DR THIAM : Recentrer la riposte et les stratégies mais aussi revoir le modèle économique de la réponse globale contre le sida. Ce sont les grands axes à travers lesquels Daouda Diouf directeur de Enda, voit les grands enjeux et les défis de la riposte contre le VIH au-delà de 2015. Si de nouvelles stratégies d'accélération ont vu le jour à travers le monde. Prenez le Test and treat (tester et traiter) En fait il s'agit d'une stratégie qui est normale en médecine. Jusque là une personne testée pouvait débiter le traitement mais à partir d'une certaine charge virale. On le faisait parce qu'à cette époque les ARV n'étaient pas en masse et il fallait traiter les patients les plus « urgents ». aujourd'hui avec le fast tracking, on traite dès le virus détecté. Cela permet d'éviter certaines pertes. Un malade porteur détecté peut ne pas revenir à un rendez vous fixé dans six mois. Par ailleurs la prise de médicaments est plus simplifiée maintenant par rapport à l'époque où il en fallait 12 par exemple.

Cette stratégie est d'autant plus importante que des études ont montré que la personne sous traitement anti rétroviral ne transmet presque plus le virus ou tout au moins le vih est-il indétectable dans le sang du patient. Et à ce niveau le traitement devient même une prévention.

Au Sénégal on a décidé de commencer par les populations clés. Ainsi à chaque fois qu'on dépiste un membre de cette population clé, on le met sous traitement et l'on rompt ainsi la chaîne de transmission du VIH au sein de cette composante

Le 90-90-90, c'est aussi la même idée. L'objectif est que d'ici 2020 90% des personnes connaissent leur statut. On en est très loin au Sénégal avec 14%. C'est là où nous devons accélérer. Un défi majeur pour le pays.

90% des porteurs de vih devront être placés sous anti rétroviraux dans cette même période. On en est plus

optimistes à ce niveau au Sénégal avec 60% environ de pvvih sous traitement. Et sur les personnes sous traitement 90% devront avoir une charge virale indétectable. A ce niveau aussi on ne se fait pas trop de soucis car, quand on est sous traitement il est facile d'avoir cette charge indétectable. Vous le constatez donc, notre plus grand défi est le premier « 90 ». Amener les gens à connaître leur statut d'ici 2020.

Mais retenez qu'il est indispensable de travailler avec tous pour atteindre ces objectifs. IL s'agit de mettre en place adapté aux besoins des uns et des autres

Pour parler des groupes-clés, les pesanteurs sociales constatées lorsqu'il s'agit de cette composante ne risquent-elles pas d'être le talon d'achille de la riposte ?

C'est là aussi un défi qu'il nous faut relever et nous en sommes conscients. Nous devons comprendre que pour faire reculer le sida il est inévitable de travailler avec ces populations. Si des services acceptables ne sont pas mis en place pour ces personnes, on ne les verra pas. Le risque est qu'elles évitent ces structures et se marient aussi quelquefois et a cause de notre société qui se pose des questions quand on ne se marie pas. Certains msm donc se marient sous la contrainte sociale si l'on ose dire.

Ce qui nous intéresse est la mise en place de services adaptés à leur besoin. Un msm, frappé d'un abcès anal risque de rester dans son coin pour éviter d'être « démasqué » par un médecin. ET à ce niveau il faut aussi former des médecins de prise en charge capables de s'occuper de ces personnes sans les stigmatiser.

En ce qui concerne les CDI par exemple, nous avons songé à mettre en place un centre où ils se sentiraient en protection. Et dans ce cas, c'est plus grave car la consommation de drogue est interdite au Sénégal. Et sans le partenariat avec les ministères de l'intérieur et de la justice, on aurait des problèmes. Mais ignorer ces populations peut être un risque de santé publique. A mon avis, c'est un devoir régalien de s'occuper de ce type de population



Recentrer la riposte et les stratégies mais aussi revoir le modèle économique de la réponse globale contre le sida. Ce sont les grands axes à travers lesquels Daouda Diouf directeur de Enda, voit les grands enjeux et les défis de la riposte contre le VIH au-delà de 2015.

“ Mr Diouf ,l'année 2015 constitue une étape charnière dans la riposte au sida. Beaucoup de nouvelles orientations sont en vue. Quels sont selon vous les grands enjeux et les défis qui nous attendent ? ”

DD : La maîtrise de l'épidémie constitue pour le Sénégal l'un des défis majeurs de la riposte post 2015. Et il faut reconnaître que le pays a déjà beaucoup d'atouts en ce sens. Par delà le taux de prévalence qui est faible, on a réussi à identifier les populations clés et aussi les zones de forte prévalence.

Il faut toutefois signaler que d'autres enjeux existent, que l'on n'avait pas suffisamment pris en compte et qui sont en train de nous rattraper. Je veux parler du traitement. Il faut faire en sorte de faire prévaloir la souveraineté du pays sur cette question. A mon avis c'est un aspect sur lequel le Sénégal ne doit plus attendre les bailleurs de fonds. Certes les ARV sont gratuits mis en partie cela s'explique par l'apport extérieur. Le traitement ne concerne pas seulement les ARV, on a les infections opportunistes qui nécessitent aussi une attention particulière.

On a aussi des défis à relever pour ce qui concerne la mobilité transfrontalière. Certaines structures sont présentes, mais seulement sur une partie de la zone sud. N'oublions pas que nous avons une frontière avec la Mauritanie et qui va de saint louis à Bakel et on n'y retrouve aucune action. Toute porte à penser que la mobilité va s'accroître sur l'axe Dakar-Bamako. Il faut en faire une priorité nationale et non l'affaire de quelques ONG. On doit comprendre que lutter contre le sida est une façon de contribuer au développement économique du pays à travers le cycle suivant : la pauvreté accroît la vulnérabilité au VIH et vice versa. Il faut tenir compte de la politique de libre circulation dans la zone et le Sénégal qui est le point de chute de beaucoup de nationalités de la sous région comme on peut le voir dans les zones aurifères. L'idée est alors de mettre en place un dispositif de surveillance de Dakar à Bamako. Le sénégalais devrait pouvoir bénéficier de soins adéquats au mali et

la même chose pour le malien au Sénégal à travers l'axe dont nous parlons.

Quand on observe bien la riposte au VIH, on peut la trouver très généralisant et toute généralisation est abusive. Les régions de saint louis, Diourbel ou Kédougou n'ont pas les mêmes réalités. par conséquent, la réponse doit prendre en considération ces spécificités en consensus avec tous les acteurs. Le Sénégal est en mesure de le faire.

Un autre défi est surement celui des populations clés. Ne faudra-t-il pas prendre en compte aussi les pesanteurs sociales ?

DD : Pour les populations clés, la vision aussi est claire. et a mon avis on peut atteindre facilement l'objectif des trois 90(90% des personnes testées, 90% sous traitement ; 90% avec une charge virale indétectable.) Cependant il est nécessaire pour cela de disposer d'un environnement moins stigmatisant et plus tolérant. On doit disposer de programmes plus clairs en matière de discrimination et de stigmatisation. Jusque là, nous n'en sommes qu'à la sensibilisation mais on ne note aucun programme clair net et précis destiné à éradiquer la discrimination. Il s'agit de comprendre que moins il y aura de violence plus il sera facile d'atteindre ces populations en question et de circonscrire l'épidémie. Pour un pays qui a accompli de si sérieux résultats en matière de lutte contre le sida, l'objectif est à portée. Après 2015, on doit aller vers ça.

Les bailleurs ont aussi revu leur mode de financement, devrait-on s'en inquiéter ?

DD : Sur cet aspect, j'ai une vision une différente de celles que j'entends par ci par là. De quoi s'agit-il ? d'expliquer aux populations que les financements ne servent pas à asseoir des commodités matérielle pour les acteurs mais plutôt servent à maintenir un faibles taux de prévalence ,à permettre une meilleure prise en charge, des dépistages disponibles pour tout le monde. il faut aussi expliquer que si nous en sommes aujourd'hui à ce stade dans la riposte c'est grâce aux différents acteurs ,de l'état ou non et qu'il est question de leur permettre de continuer à jouer leur rôle.



Daouda Diouf, Directeur de ENDA SANTE

Il est hors de question de revenir en arrière et de perdre les acquis que beaucoup de pays nous envient.

Par ailleurs la lutte contre le sida a contribué à consolider le système de santé de façon globale. Continuer à investir dans la riposte sera bénéfique pour le secteur sanitaire en général. Cela a permis de disposer de médecins mieux formés, de structures de santé plus performantes, en plus de la maîtrise d'une meilleure approche pour faire face à d'éventuelles épidémies.

Cependant il s'agit de noter une réduction des financements et cela partout dans le monde. Et à partir de ce constat, il est question de revoir le modèle économique. Il est évident qu'il est impossible de continuer à travailler de la même façon qu'à l'époque des financements plus importants. Les structures étatiques comme le cnls ou le ministère de la santé doivent aussi faire le réexamen de leur modèle économique. Il est en effet possible d'espérer qu'avec des acquis aussi bien consolidés, il est possible d'obtenir des résultats efficaces, même avec une baisse de l'apport de ressources extérieures avec des structures plus légères et des programmes avec un ciblage plus précis sur les zones de haute vulnérabilité les grands centre urbains. Ce dernier aspect est fondamental dans un pays où les campagnes se vident au profit des villes. En tout état de cause il faudra se réorienter vers des investissements à plus haut impact pour atténuer la baisse du flux financier extérieur. Certaines structures ne devraient plus avoir besoin d'être présentes dans toutes les régions mais plutôt là où leurs actions sont prioritaires.

Et à propos de financement toujours, il faut, à mon avis que l'état augmente sa contribution. La santé est un domaine



"Tenir bon et croire en la victoire,"

JE FAIS LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH ET JE ME PROTÈGE

Zéro NOUVELLE INFECTION

ACCÉLÉRONS LA RIPOSTE POUR METTRE FIN À L'ÉPIDÉMIE DU SIDA D'ICI 2030

CNLS
Conseil National de Lutte contre le Sida

www.cnls-senegal.org

prioritaire dans un pays. Cela ne signifie pas laisser tout à l'état, qui a une multitude de domaines à gérer aussi. Et c'est là qu'apparaît la nécessité de se

tourner vers des financements plus innovants. Il faudra impliquer davantage le citoyen, le secteur privé ou les collectivités locales.



CANDLE LIGHT 2015

LE RNP+ plaide pour une plus grande implication des personnes vivant avec le vih



A l'instar de la communauté internationale, le Réseau National des associations de personnes vivant avec le VIH/sida (RNP+) a organisé le dimanche 17 Mai 2015, à la Place du Souvenir Africain, la 3ème édition de Candlelight.

Cette année, le Candlelight, journée de commémoration et de souvenir des personnes décédées du VIH/sida avait pour thème, « Soutenir l'Avenir ». Une occasion pour le RNP + d'organiser différentes activités : Journée de dépistage, marche contre la stigmatisation, activité de plaidoyer.

La cérémonie officielle qui s'est déroulée dans l'après midi du dimanche a vu la participation de tous les acteurs de la riposte nationale au VIH, mais aussi les partenaires techniques qui appuient la réponse nationale au VIH.

Le président du Réseau National des personnes vivant avec le VIH, Amadou Moustapha Dia a profité de cette

occasion pour faire un vibrant plaidoyer pour l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH, une amélioration qui doit passer par l'accès aux médicaments, la résolution des problèmes de rupture, la lutte contre la stigmatisation, mais aussi, que le (GIPA), grande implication des personnes vivant avec le VIH ne soit pas un vain mot, mais, des actes.

Le président du RNP+ a insisté sur la nécessité de revoir l'application du code des marchés aux médicaments qui est souvent source de rupture de médicaments.

Pour la Directrice Exécutive de l'Alliance Nationale de lutte Contre le Sida (ANCS), Mme Magatte Mbodj GUEYE, l'ANCS est plus que jamais déterminée à faire sienne les préoccupations des personnes vivant avec le VIH qui sont parties intégrante de la société civile. Le combat va se poursuivre pour relever les défis face à un contexte de

raréfaction des ressources.

La Directrice de FHI Mme Issa Diop Touré est allée dans le même sens en réitérant l'engagement du peuple Américain à travers FHI/360 à appuyer les efforts nationaux dans le cadre de la lutte contre le sida. Et les personnes vivant avec le VIH figurent en grande place dans cet appui.

Quant à la Secrétaire Exécutive du CNLS, Dr Safiatou Thiam, elle estime que le candlelight est une journée de recueillement, de souvenir, mais aussi de prières pour toutes les personnes décédées du VIH, mais aussi, toutes celles qui ont tant contribué à la lutte contre le sida.

Auparavant, les artistes de la Troupe de Pape Faye ont interprété des sketches sur les thématiques du moment comme le dépistage pré-nuptial, ou la prise en charge des adolescents vivant avec le VIH.



Conseil National de Lutte Contre le Sida Conseil National de Lutte Contre le Sida Conseil National de Lutte Contre le Sida Conseil National de Lutte Contre le Sida
Conseil National de Lutte Contre le Sida Conseil National de Lutte Contre le Sida Conseil National de Lutte Contre le Sida Conseil National de Lutte Contre le Sida

Adresse : CHU FANN - Code postal : 25927
Ville : Dakar - Pays : SENEGAL
Tél: 33 869 09 09 - Email : cnls@cnlssenegal.org