

REPUBLIQUE DU SENEGAL
PRIMATURE
CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



Secrétariat Exécutif National



PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

**RAPPORT DE SITUATION SUR LA
RIPOSTE NATIONALE A L'ÉPIDÉMIE
DE VIH/SIDA SÉNÉGAL : 2014-2015**

SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE SUR LE VIH 2011

Unité de suivi évaluation et recherche
SE/CNLS

Octobre 2016

Auteur

Conseil national de lutte contre le Sida

Rédacteurs

Abdoul Mazid Dione, Unité de suivi-évaluation, Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida

Dr Cheikh Bamba Dieye, Unité de suivi-évaluation, Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida

Dr Gilbert Batista, Unité de suivi-évaluation, Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida

Dr Maimouna Diakhaté, Laboratoire de bactériologie et de virologie (LBV)/HALD

Dr Marie Thérèse Diop, Unité de gestion approvisionnement et stock, Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida

Dr Mouhamed Coulibaly, Division de lutte contre le sida (DLSI)- MSAS

Dr Ndèye Fatou Ngom, Division de lutte contre le sida (DLSI)- MSAS

M. Ousseynou Badio, Alliance National de Lutte contre le sida (ANCS)

M. Ousmane Badiane, Helen Keller international (HKI)

Dr Papa Amadou Niang Diallo, Unité de suivi-évaluation, Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida

Révision linguistique/Mise en pages

Mme Marème Soda Ba, Unité des communications et du marketing, Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida

M. Macoumba Mbodji, Unité des communications et du marketing, Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida

Dr Cheikh Bamba Dièye, Unité de suivi-évaluation, Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida

Citation recommandée :

Conseil national de lutte contre le SIDA (2016). *Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie du VIH/SIDA Sénégal 2014-2015: Suivi de la déclaration politique sur le VIH 2011*. Dakar Sénégal: CNLS.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site du Web Conseil national de lutte contre le Sida au: <http://www.cnls-senegal.org>

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du Conseil national de lutte contre le Sida qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement:

- Dr Safiatou Thiam, Secrétaire Exécutive du Conseil national de lutte contre le Sida,
 - Dr Demba Koné, Directeur de l'équipe d'appui de l'ONUSIDA, Sénégal,
- Pour leur soutien constant et sans faille durant le processus d'élaboration de ce document.

Nous remercions notre bailleur FHI 360 d'avoir mobilisé les fonds pour financer l'atelier de rédaction:

- Dr Isseu Diop Touré, Directrice de FHI 360, Sénégal
- M. Baïtir Ndoeye, Responsable Information stratégique
- Toute l'équipe FHI 360, Sénégal.

Nous remercions toute l'équipe de la Division de lutte contre le sida et les IST (DLSI) du Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal.

Nous remercions tous les partenaires et collaborateurs du Conseil national de lutte contre le Sida.

Nous remercions tous les rédacteurs et reviseurs.

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce document.

Nous remercions toute l'équipe du Secrétaire Exécutive du Conseil national de lutte contre le Sida.

TABLE DES MATIERES

I. PRESENTATION DU SENEGAL.....	7
I.1. Géographie	7
I.2. Démographie	7
I.3. Economique	8
II. POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE ET SITUATION SANITAIRE	10
II.1. Coup d'œil sur l'état de la situation du VIH	12
II.1.1. Situation actuelle de l'épidémie du VIH	12
II.1.2. Riposte au plan politique et programmatique	12
II.2. Aperçu des indicateurs	13
III. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH AU SENEGAL EN 2015.....	19
III.1. Situation du VIH chez les populations clés	21
III.1.1. Hommes ayant des rapports avec les hommes.....	21
III.1.2. Consommateurs de drogue injectable	22
III.2. Situation du VIH chez les populations en contexte de vulnérabilité	23
III.2.1. Camionneurs.....	23
III.2.2. Pêcheurs	23
III.2.3. Orpailleurs	23
III.2.4. Hommes en tenue.....	24
IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA	26
IV.1. Prévention.....	26
IV.1.1. Prévention auprès de la population générale	26
IV.1.2. Prévention auprès des populations clés: PS, MSM et CDI	37
IV.1.3. Prévention auprès des populations en contexte de vulnérabilité	46
IV.1.4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant.....	56
IV.2. Prise en charge des PVVIH	67
IV.2.1. Prise en charge médicale	67
IV.2.2. Prise en charge de la coïnfection TB/VIH.....	72
IV.2.3. Gestion logistique et la Gestion des Approvisionnements et des Stocks	72
V. Suivi et évaluation.....	74
V.1. Mise en œuvre.....	74
V.2. Contraintes	76
V.3. Défis et perspectives.....	76
VI. Difficulté liées à l'élaboration du rapport	77
VII. Références	78

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Indicateurs de base	17
Tableau 2. Prévalence du VIH et de différentes IST aux deux enquêtes	21
Tableau 3. Prévalence du VIH, utilisation du préservatif avec le dernier partenaire et dépistage au cours des 12 derniers mois chez les HSH	22
Tableau 4. Prise en charge médicale et psychosociale des MSM	41
Tableau 5. Nombre et pourcentage de personnes en contexte de vulnérabilité ayant reçu au moins une information, éducation, communication incitant au changement de comportement en 2015	48
Tableau 6. Evaluation des indicateurs traceurs par district	64

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Carte administrative du Sénégal	7
Figure 2. Répartition de la population du Sénégal par région en 2013 (ANSD-RGPHAE, 2013).....	8
Figure 3. Prévalence du VIH en fonction de la tranche d'âge, Eds-Mics de 2010-2011 (ANSD, 2012)	19
Figure 4. Prévalence du VIH en fonction des régions du Sénégal, Eds-Mics de 2010-2011 (ANSD, 2012).	20
Figure 5. Répartition des sites de dépistage en 2015	33
Figure 6. Evolution du nombre de sites de conseil dépistage de 2005 à 2015	33
Figure 7. Répartition (%) des camionneurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015.....	49
Figure 8. Répartition (%) des pêcheurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015	50
Figure 9. Répartition (%) des orpailleurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015	51
Figure 10. Répartition (%) des policiers ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015	52
Figure 11. Répartition (%) des militaires ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2006- 2015	53
Figure 12. Evaluation de la mise en œuvre de la PTME au Sénégal.....	57
Figure 13. Cascade PTME 1: 1er contact, proposition, acceptation dépistage et retrait...58	
Figure 14. Evolution de la cascade PTME 2 (PEC du couple mère –enfant) de 2011 à 2015	59
Figure 15. Nombre d'enfants décédés par région	60
Figure 17. Tableau Lumière de la SWAA.....	62
Figure 18. Présentation physique de la région de Sédhiou	62
Figure 19. Cascade des soins	68
Figure 20. Indicateurs de qualité de la PEC	69

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AES	Accident d'exposition au sang
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
AF	Agence Fiduciaire
ADEMAS	Agence pour le Développement du Marketing Social
ANCS	Alliance National de Lutte contre le sida
APDC	Agent Porteur de Dynamique Communautaire
APP	Approche participative de prévention
ARMP	Autorité de Régulation des Marchés Publics
ARV	Antirétroviraux
BE	Bulletin Epidémiologique
BAJANU GOX	Marraine de quartier
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCISD	Centre de coopération internationale en santé et développement/Canada
CCSE	Comité Consultatif en Suivi - Evaluation
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le sida
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CDVA	Centre de dépistage volontaire et Anonyme
CCDV A	Centre Conseil Dépistage Volontaire Anonyme
CHR	Centre Hospitalier Régional
CILS	Comités Internes de Lutte contre le sida
CLLS	Comité local de lutte contre le sida
CNLS	Conseil National de Lutte contre le sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRISC	Cadre de Référence des Interventions de la Société Civile
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le sida
CT	<i>Chlamydia trachomatis</i>
CTR	Comité Technique Restreint
DCMP	Direction Centrale des Marchés Publics
DLSI	Division de Lutte contre le Sida et les IST
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS IV	Quatrième Enquête Démographique et de Santé du Sénégal – 2005
EPP	Estimation Projection
eTME	Elimination de la Transmission Mère enfant
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
FHI	Family Health International
FIFO	First In First Out
FAFS	Fédération des Associations Féminines du Sénégal
GAMET	Global AIDS Monitoring and Evaluation Team
GASE	Groupe d'appui à la Surveillance Epidémiologique
MSM	Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
ICC	Intervention pour un changement de comportement
IEC	Information - Education - Communication
ISAARV	Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LNCM	Laboratoire National de Contrôle de Médicaments
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
NG	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>

OCB	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelins et Enfants rendus vulnérables par le VIH/sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OIP	Offre Initiale de Pilule
OSC	Organisation de la Société Civile
PDEF	Plan de Développement pour l'Education et la Formation
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PSLS	Plan Stratégique de Lutte contre le sida
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNMLS	Plan National Multisectoriel de Lutte contre le sida
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRDI	Plan Régional de Développement Intégré
Projet SIDA 3	Projet d'appui à la lutte contre les IST/VIH/sida en Afrique de l'Ouest/coopération canadienne
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
REDES	Estimation nationale des ressources et des dépenses de lutte contre le sida
REQAS	Regional External Quality Assessment Services
SCDVA	Service Conseil Dépistage Volontaire Anonyme
SE	Suivi - Evaluation
SEN	Secrétariat Exécutif National
SEN/CNLS	Secrétariat Exécutif National du CNLS
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNSE	Système national de Suivi - Evaluation
SG/NU	Secrétariat Général des Nations Unies
SREQ	Système Régional d'Evaluation Externe de la Qualité
SWAA	Society for Women and Aids in Africa
TME	Transmission Mère Enfant
UAR	Unité d'Appui Régionale
UNGASS	Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
USER	Unité de Suivi - Evaluation et Recherche
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. PRESENTATION DU SENEGAL

I.1. Géographie

Le Sénégal est un pays d'Afrique sub-saharienne situé à l'extrême Ouest du continent africain. Il est limité, au nord, par la République de Mauritanie, à l'est, par le Mali, au sud, par la Guinée Bissau et la Guinée et, à l'Ouest, par l'Océan Atlantique. Il est traversé par la Gambie qui est une enclave de terre située entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor, sur le cours inférieur du fleuve du même nom. D'une superficie de 196 722 kilomètres carrés, le Sénégal possède une grande ouverture sur l'Océan Atlantique avec ses 700 kilomètres de côtes.

Le Sénégal compte 14 régions administratives avec comme dernières créations Kaffrine, Kédougou et Sédhiou issues respectivement des anciennes régions de Kaolack, Tambacounda et Kolda. Les régions sont subdivisées en départements (au nombre de 45). On dénombre 165 communes (assimilées au milieu urbain), 123 arrondissements et 383 communautés rurales.

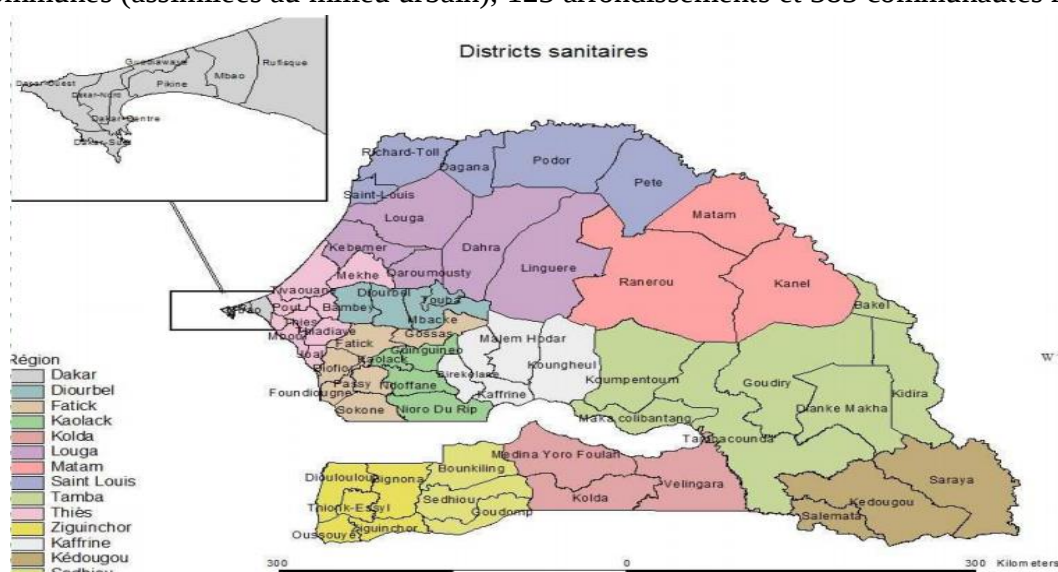


Figure 1. Carte administrative du Sénégal

I.2. Démographie

Le Sénégal dispose d'une masse importante de données sociodémographiques et économiques grâce à de nombreuses enquêtes réalisées au cours des trente dernières années. En effet, en dehors des quatre recensements généraux (Rgp, 1976 ; Rgph, 1988 ; Rgph, 2002 et Rgph, 2013), plusieurs enquêtes d'envergure nationale ont été menées, parmi lesquelles on peut citer l'Enquête sénégalaise sur la fécondité de 1978, l'Enquête sur les migrations et l'urbanisation au Sénégal en 1993, l'Enquête sénégalaise auprès des ménages (1994/1995 et 2001/2002), cinq Enquêtes démographiques et de santé (1986, 1992-1993, 1997, 2005 et 2010-2011), l'Enquête nationale sur le travail des enfants au Sénégal en 2005 et l'Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal en 2006 et en 2011. Ces différentes investigations ont permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base à différentes dates qui contribuent au suivi et à l'évaluation des projets et programmes de développement.

Dans le cadre du dernier recensement, la population Sénégalaise a été estimée à 13 508 715 en 2013 dont 49,9 % d'hommes et 50,1 % de femmes (Ansd, 2013). Cette population se caractérise par sa jeunesse avec une moyenne d'âge moyen de 22,4 ans et un âge médian à 18,7.

La population rurale y apparaît plus jeune avec un âge médian se situant à 16 ans (contre 21 ans en milieu urbain).

La population résidente est en majorité rurale avec 54,8 % contre 45,2 % de citadins. Sur le plan de la répartition spatiale, il existe une disparité dans le peuplement des circonscriptions administratives (régions et communes) du pays. La région de Dakar, avec 3 139 325 habitants, est de loin la région la plus peuplée comme le montre la figure 2, alors que la région de Kédougou est la moins peuplée avec moins de 200 000 habitants (soit 151 715 habitants) (Ansd, 2013).

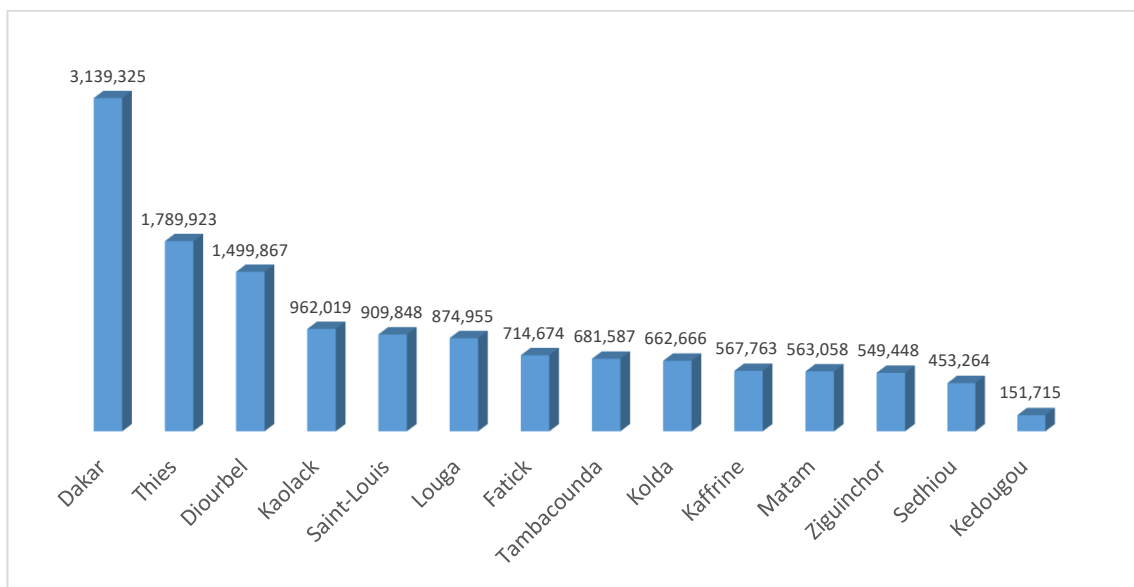


Figure 2. Répartition de la population du Sénégal par région en 2013 (ANSD-RGPHAE, 2013)

Avec une densité moyenne nationale de 69 habitants au Km², Dakar est aussi la région où la concentration du peuplement est plus accentuée avec 5 735 habitants au km² contre seulement 9 habitants au km² à Kédougou (Ansd, 2013).

I.3. Economique

En 2011, le Sénégal a formulé le Document de politique économique et social (DPES), validé pour servir de cadre de référence à l'action du gouvernement et des partenaires au développement sur la période 2011-2015. Les rapports de ce document mettent en exergue, entre autres, les différents problèmes d'ordre économique auxquels le Sénégal est confronté.

Les indicateurs sur la période 2005-2011 révèlent une stagnation relative de la pauvreté, expliquée en partie par un taux de croissance du PIB par tête d'environ de 0,5 % en moyenne par an. Même si l'incidence de la pauvreté a légèrement baissé, elle a été accompagnée par une augmentation absolue du nombre de personnes pauvres sur la période. La pauvreté est plus élevée en zone rurale que dans les centres urbains.

Ces résultats mettent en évidence la fragilité de l'économie sénégalaise et sa capacité, dans le long terme, à améliorer de manière durable les conditions de vie des populations. En outre, en 2011, l'encours de la dette publique aussi bien intérieure qu'extérieure a augmenté de manière remarquable ces quatre dernières années, en dépit des annulations de dette enregistrées dans le cadre des initiatives PPTE.

L'encours total de la dette extérieure a atteint 39,7 % du PIB, contre 26,0 % en 2008. Cette situation doit être inversée rapidement afin d'inscrire le Sénégal dans la réduction de la pauvreté et l'accélération de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), à l'horizon 2015.

II. POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE ET SITUATION SANITAIRE

Le Sénégal a un Plan directeur qui est le Plan Sénégal Emergent (PSE) et qui constitue un cadre de référence des politiques publiques gouvernementales dont le Plan stratégique national de lutte contre le sida. L'Etat du Sénégal a également défini une Politique Nationale de Santé dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS), couvrant la période 2009 – 2018, actuellement en cours d'exécution et qui intègre la stratégie de lutte contre le sida. Le PNDS a pour objectifs d'améliorer l'offre et la qualité des services de santé, d'améliorer les performances en matière de prévention et de lutte contre les maladies.

Le système de santé sénégalais est composé des structures publiques, privées et communautaires. En plus du Ministère en charge de la santé et de l'action sociale, d'autres ministères assurent la tutelle de formations sanitaires publiques.

Le système de santé est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux :

❖ **Niveau central:** *le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions dont une Direction générale de Santé (DGS) et une Direction générale de l'Action sociale (DGAS) et les Services rattachés. C'est le niveau de conception des politiques, programmes et projets de santé. (PNDS, 2009-2018, page 20).*

❖ **Niveau intermédiaire:** *le Sénégal compte 14 régions médicales. La Région Médicale (RM) dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative. Elle assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région et organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification (PNDS, 2009-2018, page 20).*

❖ **Niveau périphérique:** *Le District Sanitaire (DS) est la zone opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il comprend au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Dans l'aire de responsabilité du Poste de Santé il peut y avoir un certain nombre cases de santé et de maternités rurales. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif (PNDS, 2009-2018, page 21).*

Le système national de santé repose à la fois sur un sous système de soins diversifié publique et privée. L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide sans qu'il existe, toutefois, une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des deux systèmes à chaque niveau. Au niveau communautaire, le système est complété par les initiatives communautaires matérialisées sur le terrain, entre autres, par le développement des cases de santé. Il faut noter, en plus, la part non négligeable de la médecine traditionnelle dans le secteur de la santé. (PNDS, 2009- 2018).

Le Secteur public compte 76 districts sanitaires, 89 centres de santé, 1 247 postes de santé, 1 722 Cases de santé, 10 Etablissements Publics de santé (EPS 1), 13 EPS 2, 12 EPS 3, 2 Hôpitaux de militaires et CM de garnison (PNDS, 2009-2018).

Le Secteur Privé compte 4 Hôpitaux, 45 cliniques, 1 013 officines de pharmacie, 6 grossistes répartiteurs, 160 cabinets médicaux, 185 postes de santé et dispensaires confessionnels, 570 Cabinets paramédicaux 30 structures d'entreprise ainsi que 1 000 Tradipraticiens enregistrés.

L'offre de santé du système communautaire comprend les initiatives communautaires et la médecine traditionnelle. Elle est assurée par des ONG/OCB et des Associations spécialisées. On assiste à un développement des cases de santé avec l'appui de certains partenaires au développement et à une multiplication des initiatives communautaires comme la prise en charge communautaire des IRA, de la diarrhée, du paludisme simple et des soins essentiels du nouveau-né, etc. (PNDS, 2009 - 2018).

Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La politique dans le secteur de la santé demeure dans la dynamique de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de la réalisation des objectifs prioritaires du deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2009-2018) avec notamment pour objectif la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto juvénile, la maîtrise de la fécondité et l'accès accru aux services de base pour les plus démunis.

Ces deux dernières décennies sont marquées par une amélioration de la situation sanitaire comme en atteste la tendance de la plupart des indicateurs suivis par les programmes de santé. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile bien qu'encore élevés, ont connu une baisse significative. En effet, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 121,0 ‰ en 2005 à 72,0 ‰ en 2010-2011 et celui de la mortalité infantile est passée de 61,0 ‰ en 2005 à 47,0 ‰ en 2010-2011. Enfin, le rapport de mortalité maternelle s'établit à 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2010-2011 (Eds-Mics, 2010-2011).

La part du budget de l'État allouée au secteur de la santé est en hausse régulière ces dernières années. La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du Ministère de la Santé qui est passé de 36 milliards de Francs CFA en 1998, à 90,5 en 2008, 105,9 en 2011 et à 110,5 milliards en 2012. Ce budget représente aujourd'hui 10,4 % du budget de fonctionnement de l'État.

II.1. Coup d'œil sur l'état de la situation du VIH

II.1.1. Situation actuelle de l'épidémie du VIH

La situation épidémiologique du Sénégal est marquée par une prévalence faible et stable de 0,7 % (Eds IV, 2005 et Eds-Mics, 2010-2011) dans la population générale mais élevée chez les populations clés plus exposées au VIH. En effet, chez ces derniers la prévalence est de 18,5 % chez les Professionnelles du sexe (ENSC, 2010), de 17,8 % chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (ELIHoS, 2014) et de 5,2 % chez les Consommateurs de drogues injectables toute voie confondue et de 10,2 % pour les injecteurs (UDISEN, 2011).

II.1.2. Riposte au plan politique et programmatique

II.1.2.1. Réponse au plan politique

II.1.2.1.1 Engagement des plus hautes autorités

Cet engagement est caractérisé par le fait que la coordination nationale qui était depuis le début de la lutte contre le sida (1986) assurée par le Ministère de la Santé, a été élevée au niveau de la Primature en 2001 après la Session Extraordinaire de l'UNGASS de Juin 2001. Cette option vise à renforcer le leadership politique et à rendre plus effective l'appropriation de la lutte contre le Sida par les Ministères publics, le secteur privé et les organisations de la société civile (y compris les associations de PVVIH, les religieux, les tradipraticiens et les associations de bénéficiaires).

Les structures de coordination du programme sont les suivantes :

- Le Conseil National de Lutte contre le sida (CNLS) avec son secrétariat exécutif sous la Présidence du Premier Ministre. Le Ministre de la Santé et de la Prévention, Vice-président du CNLS, contrôle l'exécution des résolutions du Conseil National de Lutte contre le sida,
- Le Secrétariat Exécutif National (SENLS),
- Les Comités Régionaux de lutte contre le sida (CRLS) dirigés par les gouverneurs de région et coordonnés par les médecins chef de région,
- Les Comités Départementaux de Lutte contre le sida (CDLS) dirigés par les préfets de département.

Notons par ailleurs, la tenue d'une réunion annuelle d'un Forum des Partenaires, cadre de concertation de tous les acteurs et les bailleurs qui interviennent dans la lutte contre le sida.

II.1.2.1.2. Engagement financier de l'état

- ✚ Contrepartie étatique pour le fonctionnement (Coûts opérationnels) du Secrétariat Exécutif du CNLS,
- ✚ Inscription budgétaire annuelle dans le budget global des Ministères publics. Les Ministères clés ont des lignes budgétaires: Santé, Education, Famille, Jeunesse, Travail, Tourisme, Forces Armées.

Depuis décembre 2003, l'Etat s'est engagé pour une gratuité des ARV en plus des réactifs pour les bilans de suivi immuno-virologique dans l'ensemble du pays.

II.1.2.2. Au plan programmatique

Le Sénégal a élaboré, après les plans d'actions couvrant les périodes suivantes : 1987-1992, 1994-1998 et 1997-2001, les plans stratégiques quinquennaux 2002-2006, 2007-2011 et 2011-2015 et le nouveau Plan stratégique national 2014-2017.

Depuis 2006, un processus de planification Régional intégré Multisectoriel a été initié.

II.2. Aperçu des indicateurs

En l'absence d'une nouvelle Enquête démographique de santé, tous les indicateurs liés à l'Enquête démographique et de santé (de 1.1 à 1.6 et 8.1, 10.1 et 10.2) et ceux liés aux données d'enquête chez les Professionnelles de sexe (de 1.7 à 1.10) et les CDI (2.1, 2.2, 2.3 et 2.5) n'ont pas de données nouvelles.

Chez les HSH, le rapport définitif a révélé de légère différence avec les résultats issus du rapport provisoire. Ces données sont intégrées dans ce rapport.

Indicateur 1.1: Connaissances sur la prévention du VIH chez les jeunes

Les résultats de l'Eds-Mics (ANSD, 2012) avaient révélés que seuls 29,7 % (29,0 % chez les femmes et 31,0 % chez les hommes) des jeunes avaient une connaissance « approfondie » sur le VIH et le sida. En d'autres termes, ces jeunes savaient qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle qui n'est pas infecté. De plus, ils rejettent les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida (transmission par les moustiques et en partageant les repas d'une personne qui a le VIH/sida) et ils savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida. Cependant, il demeurerait chez les jeunes la persistance de fausses croyances.

Indicateur 1.2: Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

L'âge aux premiers rapports sexuels des jeunes de 15-24 ans revêt une grande importance en matière de prévention du VIH. Selon l'Eds-Mics (ANSD, 2012) des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont eu des rapports sexuels avant 15 ans (chez les jeunes hommes, 4,9 %; chez les femmes 10,7 %). Cette proportion varie peu selon l'âge ; de 8,7 % des jeunes filles et garçons âgés de 15-19 ans, elle passe de 9,9 % pour les jeunes filles et garçons groupe d'âge 20-24 ans (ANSD, 2012).

Indicateurs 1.3: Rapports sexuels à haut risque

La proportion de personnes qui ont des rapports sexuels avec plus d'un partenaire homme ou femme est relativement faible selon l'Eds-Mics (ANSD, 2012). Seul 2,2 % des personnes âgées de 15 à 49 ans ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (8,4 % chez les hommes et 0,5 % chez les femmes) (ANSD, 2012). Les hommes sont de loin les plus concernés par le multi partenariat.

Les résultats de l'enquête ont également montré que le multi partenariat est une pratique peu fréquente parmi les jeunes de 15-24 ans, seulement 0,3 % des femmes ont déclaré avoir eu au cours des 12 derniers mois des rapports sexuels avec plus d'un partenaire. Chez les hommes, cette proportion est de 2,0 % (ANSD, 2012).

Par rapport à l'âge, on constate que ce sont les hommes adultes de plus de 25 ans qui pratiquent plus le multi partenariat (13,7 %) contre 2,0 % pour les moins de 25 ans (ANSD, 2012).

Indicateurs 1.4: *Utilisation du préservatif au cours de rapports sexuels à haut risque*

Seuls 2,2 % des répondants (hommes et femmes âgées de 15-49 ans) ont déclaré avoir des rapports sexuels avec plus d'un partenaire. Parmi eux, 21,0 % (20,7 % chez les hommes et 22,3 % chez les femmes) ont utilisé un préservatif avec leur partenaire lors du dernier rapport sexuel. En d'autres termes, près de quatre personnes sur cinq (79,0 %) ont eu des rapports à haut risque non protégés (ANSD, 2012). Les niveaux d'utilisation les plus élevés sont observés chez les célibataires (65,0 %). En ce qui concerne les hommes, l'Eds-Mics de 2010-2011 (ANSD, 2012) a révélé que le taux d'utilisation de préservatif lors des rapports à haut risque est plus élevé chez les moins de 25 ans (48,8 % pour les 15-24 ans contre 16,3 % pour les 25 ans et plus). Chez les femmes aussi, le même constat est fait (30,0 % pour les 15-24 ans contre 18,7 % pour les plus de 25 ans) (ANSD, 2012). Ceci montre que le risque est beaucoup plus accru chez les adultes.

Indicateur 1.5: *Dépistage du VIH parmi la population générale*

Selon les résultats de l'Eds-Mics 2010-2011 (ANSD, 2012), 12,6 % de la population enquêtée avait effectué le test de dépistage du VIH et avait reçu les résultats au cours des 12 derniers mois (9,0 % pour les hommes contre 13,6 % pour les femmes).

Le pourcentage de la population ayant effectué un test de dépistage et qui en connaît les résultats augmente légèrement en fonction de la tranche d'âge. Chez les hommes, ce taux passe 6,0 % pour les 15-19 ans, 8,9 % pour les 20-24 ans et 10,5 % pour les 25-49 ans. Du côté des femmes, on a la même tendance: de 9,6 % chez les 15-19 ans, le taux passe à 16,5 % et 14,2 % respectivement chez les 20-24 ans et 25-49 ans (ANSD, 2012).

Comparé à l'Eds IV de 2005 où le taux de dépistage était de 1,0 % (Ndiaye et coll ,2006), on voit que des progrès ont été réalisés dans le dépistage de la population générale. En effet, en se basant sur les résultats des enquêtes (EDS IV de 2005 et EDS-MICS de 2010-2011), le nombre de personnes âgées de 15-49 ans ayant effectué un dépistage et ayant reçu le résultat est passé de 51.339¹ en 2005 à 763.176² en 2010.

Indicateur 1.6: *Prévalence du VIH chez les jeunes*

Selon les résultats de la surveillance sentinelle, la prévalence chez les jeunes femmes enceintes âgées de 15-24 ans est de 0,9 %. Les 15-19 ans ont une prévalence légèrement plus basse (0,8 %) que les 20-24 ans (0,9 %) (LBV, 2012).

Toutefois, les résultats de l'Eds-Mics de 2010-2011 (ANSD, 2012) donnent une prévalence chez les jeunes de 0,2 %. (0,3 % chez les femmes et 0,1 % chez les hommes) (ANSD, 2012).

¹ Ces estimations sont basées sur une population de 5.133.909 habitants de 15-49 en 2005 et 6.052.152 habitants de 15-49 ans en 2010 au Sénégal (Source : « Estimations de la population du Sénégal de 2003 à 2012 », Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, juillet 2008).

² Idem

Indicateur 1.7: Populations les plus à risque : Programmes de prévention

Chez les Professionnelles du Sexe, deux questions ont été administrées dans l'enquête nationale de surveillance combinée de 2010 pour évaluer l'indicateur : (i) connaissance d'un lieu de dépistage (92,3 % affirmatives – 82,4 % des moins de 25 ans et 94,7 % des plus de 25 ans) et (ii) réception de préservatifs au cours des douze derniers mois (88,2 % affirmatives – 83,1 % des moins de 25 ans et 89,4 % des plus de 25 ans). Ainsi, aux deux questions posées, 83,5 % des PS ont répondu oui (72,8 % des moins de 25 ans et 86,1 % des plus de 25 ans) (CNLS, 2010).

Indicateurs 1.8: Utilisation du préservatif chez les Professionnelles du sexe

Lors de l'enquête nationale de surveillance combinée de 2010 (CNLS, 2010) les deux questions suivantes ont été posées : Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel avec votre dernier ANCIEN client? Et la même question avec le dernier client?

Pour l'ensemble des deux questions, 93,7 % des Professionnels du sexe, ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client (89,0 % pour les moins de 25 ans et 94,9 % pour les plus de 25 ans) (CNLS, 2010).

Pour les résultats concernant la première question (rapport avec le dernier ancien client), le taux d'utilisation de préservatif est de 94,9 % contre 96,5 % en 2006 chez les PSC dans l'enquête nationale de surveillance combinée de 2006 (CNLS, 2010). Cette tendance à la baisse, notée particulièrement chez les PSC (90,7 % en 2010 contre 94,6 % en 2006), relativise l'évolution positive du taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec l'ancien partenaire payant par les PSC.

Chez les PSO, le taux d'utilisation systématique du condom avec ce partenaire n'a pas connu de variation majeure entre 2010 (98,5 %) et 2006 (98,6 %).

Pour la deuxième question (rapport avec le dernier nouveau client), 95,7 % des travailleuses du sexe avaient utilisé un préservatif.

Indicateur 1.9: Dépistage du VIH parmi les professionnelles du sexe

Les PS, HSH et IDU sont considérés comme étant les populations clés les plus exposées.

Au Sénégal, la prostitution est légalisée et toute PS doit être enregistrée au fichier sanitaire de la prostitution et doit régulièrement faire un bilan de suivi de façon volontaire. Globalement, 69,4 %, des PS ont effectué le test de dépistage du VIH et ont reçu les résultats au cours des 12 derniers mois (47,8 % pour les moins de 25 ans et 74,6 % pour les plus de 25 ans), (CNLS, 2010).

Indicateurs 1.10: Réduction de la prévalence du VIH chez les populations les plus à risque

Chez les PS, sur les 703 travailleuses du sexe qui ont participé à l'enquête comportementale, 18 ont refusé le prélèvement sanguin. Les résultats de l'ENSC de 2010 montrent une prévalence globale de 18,5 % contre 19,8 % en 2006, soit une baisse de 1,3 point de pourcentage. Les résultats de l'enquête ont également révélé une augmentation de la prévalence du VIH chez les PS avec l'âge: de 10,7 % chez les moins de 20 ans, elle passe à 13,9 % chez les 20-29 ans, 22,4 % chez les 30-39 ans, 19,2 % chez les 40-49 ans et 22,9 % chez les 50 ans et plus. La prévalence chez les PS de moins de 25 ans est de 15,0 % contre 19,3 % chez les plus de 25 ans.

Commentaires globales sur les HSH:

Les résultats obtenus lors de la 3^{ème} enquête auprès des HSH ne peuvent pas être comparés avec ceux des deux premières enquêtes.

Indicateur 1.11: *HSH touchés par les programmes de prévention*

L'enquête de 2014 révèle que 75,4 % des HSH sont touchés par les programmes de prévention montrant ainsi une légère diminution.

La troisième enquête auprès des HSH a montré une diminution des HSH touchés par les programmes de prévention passant de 84,6 % en 2007 à 75,4 % en 2014.

Indicateurs 1.12: *Utilisation du préservatif chez les HSH*

L'utilisation du préservatif a connu une légère diminution passant de 76,2 % en 2007 à 72,6 % en 2014. Cette diminution s'observe aussi bien chez les HSH de plus de 25 ans (75,6 % en 2007 contre 82,4 % en 2014) que chez les HSH qui ont moins de 25 ans (70,0 % en 2014 contre 71,6 % en 2007).

Indicateur 1.13: *Dépistage des HSH*

En 2014, 38,8 % des HSH enquêtés ont effectué un test du VIH et ont eu connaissance du résultat. Ceci montre une légère amélioration par rapport à 2007 où 34,1 % des HSH participant à l'étude avait effectué un dépistage et en connaissent le résultat (39,0 % chez les HSH qui ont plus de 25 ans et pour les moins de 25 ans). L'évolution est plus importante chez les plus de 25 ans (51,5 % en 2014 contre 39,0 % en 2007) que chez les HSH qui moins de 25 ans (30,7 % en 2014 contre 30,6 %).

Indicateur 1.14: *Prévalence du VIH chez les HSH*

Chez les HSH, la prévalence du VIH issue de l'étude de 2014 est de 18,5 %. Ceci montre une relative baisse de la prévalence par rapport à celle de 2007 où la prévalence était de 21,8 %.

Indicateur 2.4: *Dépistage chez les usagers de drogue injectable*

L'enquête UDSEN (2011) faite à Dakar sur les UDI, révèle que seul 9,1 % des injecteurs de drogues connaissent leur statut sérologique.

Indicateur 7.3: *Scolarisation actuelle des orphelins âgés de 10 à 14*

Les données de l'EDS-MICS ne collent pas avec la définition de l'indicateur.

Tableau 1: Indicateurs de base

N°	INDICATEURS	SOURCES	ANNEE	VALEUR (%)
1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	EDS-MICS	2010 - 2011	29,7
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	EDS-MICS	2010 - 2011	9,3
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	EDS-MICS	2010 - 2011	2,2
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	EDS-MICS	2010 - 2011	21,0
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	EDS-MICS	2010 - 2011	12,6
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	Surveillance sentinelle	2011	0,9
1.7	Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH	ENSC 10	2010	83,5
1.8	Pourcentage de professionnelles du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	ENSC 10	2010	93,7
1.9	Pourcentage de professionnelles du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ENSC 10	2010	69,4
1.10	Pourcentage de professionnelles du sexe qui vivent avec le VIH	ENSC 10	2010	18,5
1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	ELIHoS	2014	75,4
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur rapport anal avec un homme	ELIHoS	2014	72,6
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ELIHoS	2014	41,9
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	ELIHoS	2014	17,8
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	Rapport CRCF	2014	92,0
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	Rapport UDSEN	2011	38,5
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	Rapport UDSEN	2011	74,3
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Rapport UDSEN	2011	9,1
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	Rapport UDSEN	2011	10,2

3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	Rapport du programme	2014	56,2
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	Données LBV	2014	15,8
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant	Données de routine	2010	5,0
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	2014	55,6
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	2013	76,8
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	2014	41,6
	Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)	REDES	2013	11 985- 228 193
7.1	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	ND	ND	ND
	Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant rapporté des attitudes discriminatoires envers des personnes vivant avec le VIH	EDS-MICS	2010 - 2011	47,6
10.1	Assiduité scolaire des orphelins âgés de 10 à 14 ans*	EDS-MICS	2010 - 2011	Non disponible
10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	EDS-MICS	2010 - 2011	Non disponible

III. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH AU SENEGAL EN 2015

La dernière étude qui donne une situation nationale de l'épidémie du VIH au Sénégal est celle de l'Eds-Mics réalisée en 2010-2011. Elle montrait une prévalence de 0,7 % avec une disparité en fonction du sexe, de l'âge et de la région. Il n'a pas été noté de différence entre le milieu urbain et le milieu rural (ANSD, 2012).

Les femmes sont 1,6 fois plus infectées que les hommes. Cette prévalence plus élevée chez les femmes est notée au niveau de presque toutes les tranches d'âge.

La prévalence est plus élevée chez les adultes que chez les jeunes. Elle augmente en fonction de la tranche d'âge.

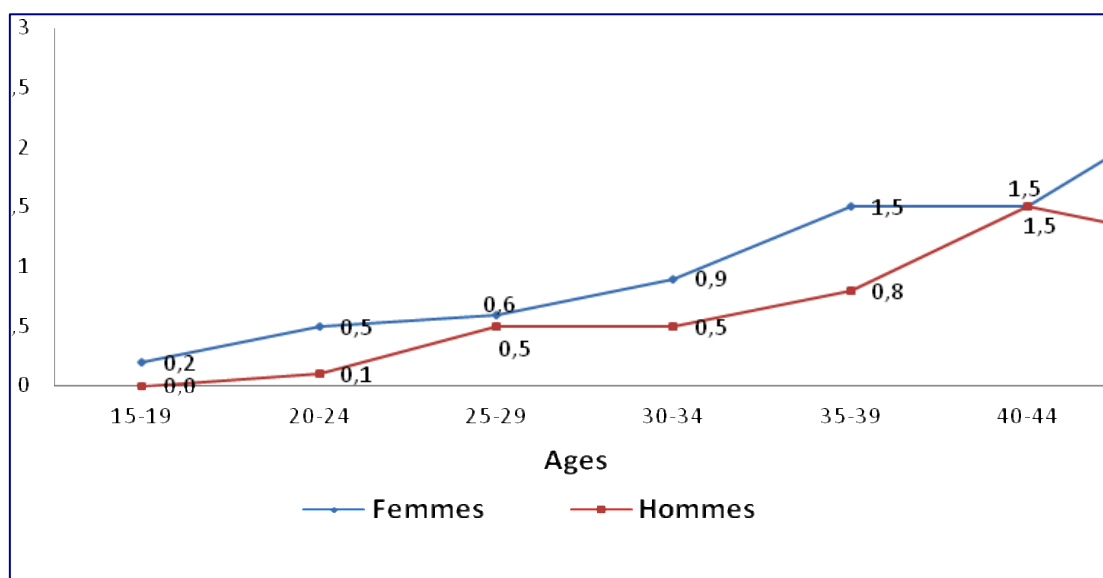


Figure 3. Prévalence du VIH en fonction de la tranche d'âge, Eds-Mics de 2010-2011 (ANSD, 2012)

Les régions les plus touchées sont les régions du Sud: Kolda (2,4 %), Sédhiou (1,1 %), Ziguinchor (1,0 %); du Sud-Est: Kédougou (1,7 %), Tambacounda (1,4 %) ; du centre: Kaolack (1,1 %) et Fatick (1,0 %) (ANSD, 2012).

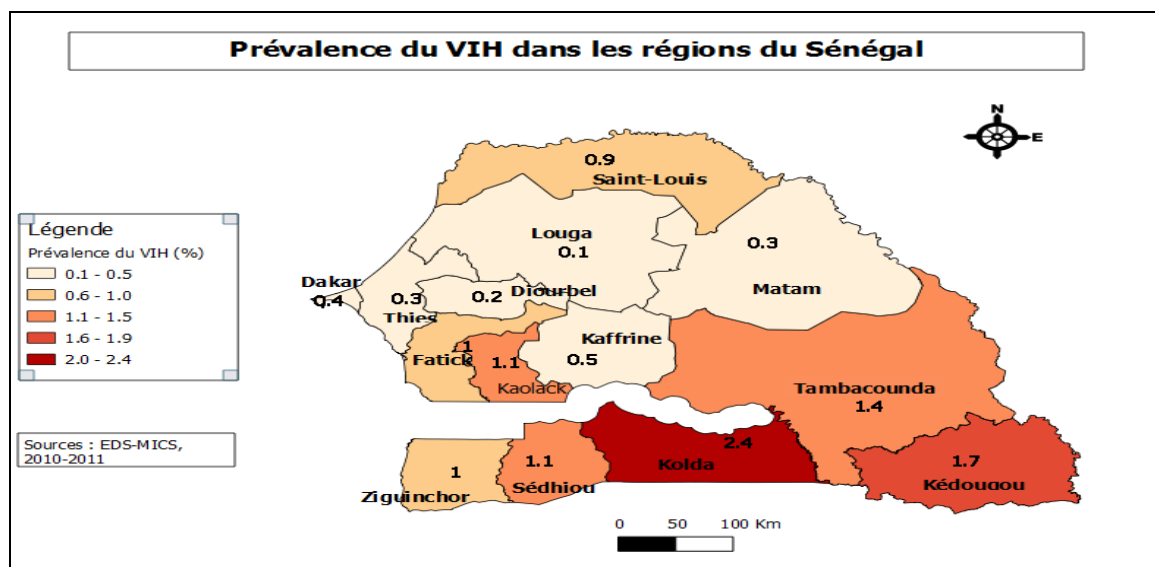


Figure 4. Prévalence du VIH en fonction des régions du Sénégal, Eds-Mics de 2010-2011 (ANSD, 2012).

Si la prévalence est faible et stable dans la population générale, elle est beaucoup plus élevée chez certaines catégories.

Nous allons analyser la situation du VIH au niveau des populations clés et celles en contexte de vulnérabilité.

III.1. Situation du VIH chez les populations clés

III.1.1. Hommes ayant des rapports avec les hommes

Les HSH ont bénéficié de 3 enquêtes en 2004, en 2007 et en 2014. Le tableau 2 donne les résultats biologiques des différentes enquêtes.

Tableau 2. Prévalence du VIH et de différentes IST aux deux enquêtes

Pathologie	Enquête 2004			Enquête 2007			Enquête 2014			p
	%	n/N	IC 95 %	%	n/N	IC 95 %	%	n/N	IC 95 %	
VIH	22,4	94/419	18,6-26,8	21,8	109/500	18,3-25,7	17,8	180/1012	15,5-20,3	ns
VHB	26,4	97/367	22,0-31,3	17,0	85/500	13,9-20,6	15,7	159/1012	13,6-18,1	ns
VHC				0,2	1/500	0,0-1,3	1,4	14/1012	0,8-2,4	ns
Syphilis	5,0	21/419	3,2-7,7	3,4	17/500	2,1-5,5	1,0	10/1012	0,5-1,9	s
Gonocoque	5,5	23/419	3,6-8,3	2,6	13/500	1,5-4,5	2,7	27/1012	1,8-3,9	ns
Chlamydia	4,1	17/419	2,5-6,6	3,2	16/500	1,9-5,3	4,1	41/1012	3,0-5,5	ns

En 2014, la prévalence du VIH chez les HSH est de 17,8 %. On note que la prévalence du VIH est restée stable entre 2004 et 2007 alors qu'elle semble diminuer en 2014.

Cette prévalence ne diffère pas entre les HSH âgés de moins de 25 ans (17,6 %) et ceux de plus de 25 ans (18,0 %) alors qu'en 2007 elle était plus élevée chez les HSH âgés de plus de 25 ans (34,4 %) que ceux de moins de 25 ans (12,7 %).

L'analyse des résultats a révélé que la prévalence du VIH a augmenté de près de 4 fois et demie dans la tranche d'âge de 18 à 19 ans entre 2007 (5,2 %) et 2014 (19,9 %). Ce constat peut être lié au fait que la pratique de l'homosexualité est très précoce chez les jeunes et sans protection. Une régression de la prévalence a été notée chez les sujets âgés de plus de 24 ans entre 2007 (35,0 %) et 2014 (17,0 %).

Aussi, les résultats ont révélé que la prévalence du VIH est plus élevée chez les HSH appartenant à une association: 22,7 % versus 13,7 %. Cette situation s'est inversée au cours du temps laissant penser que la connaissance du statut sérologique pousse les HSH à intégrer les associations de HSH.

Tableau 3. Prévalence du VIH, utilisation du préservatif avec le dernier partenaire et dépistage au cours des 12 derniers mois chez les HSH

	Prévalence du VIH			Utilisation du préservatif			Dépistage au cours des 12 derniers mois		
	< 25 ans	>= 25 ans	Total	< 25 ans	>= 25 ans	Total	< 25 ans	>= 25 ans	Total
2007	12,7	34,4	22,8	71,6	82,3	76,1	30,6	39,0	36,1
2014	17,6	18,0	17,8	74,7	69,0	72,6	44,0	38,40	41,9

Sur le plan comportemental, on note que 72,6 % des HSH ont rapporté avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire masculin en 2014 contre 76,1 % en 2007. Les HSH de moins de 25 ans utilisent légèrement plus le préservatif (74,7 %) que ceux âgés de plus de 25 ans (69,0 %) en 2014 alors que l'utilisation du préservatif était de 71,6 % chez les moins de 25 ans versus 82,3 % chez les plus de 25 ans.

Les méthodes et contenus des interventions doivent être revues, car les HSH ayant participé à ces dernières ont un risque plus important d'avoir l'infection à VIH.

III.1.2. Consommateurs de drogue injectable

L'étude auprès des CDI a été réalisée en 2011 au niveau de Dakar la capitale. Une deuxième étude sera réalisée en 2016 dans la région de Thiès.

L'étude de 2011 avait permis de montrer que la prévalence du VIH était élevée avec 5,2 % chez les CDI quel que soit leur mode d'administration et de 9,2 % chez les personnes qui se sont injectées au moins une fois alors que la prévalence était de 10,2 % chez les CDI qui se sont injectées au cours du mois précédent l'enquête.

L'étude avait aussi révélé que les CDI ont une sexualité active et peu protégée. En effet, 80,4 % ont eu des rapports sexuels durant les 12 derniers mois, 45,7 % ont eu plusieurs partenaires sexuels, 53,5 % ont déclaré n'avoir pas utilisé de préservatif. Le taux d'utilisation du préservatif est encore plus faible chez les injecteurs avec seulement 38,5 %.

III.2. Situation du VIH chez les populations en contexte de vulnérabilité

III.2.1. Camionneurs

Environ $\frac{3}{4}$ des camionneurs de notre échantillon utilisent le préservatif avec leurs partenaires soit 71,4 % pour l'ensemble en 2015, par ailleurs l'utilisation du préservatif diffère selon le type de partenaire.

Entre 2010 et 2015 on note une diminution sur les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels avec successivement 19,5 % et 15,7 %, de même qu'avec les professionnelles de sexe de 12,1 % en 2010 contre 7,6 % en 2015. Par contre, les rapports sexuels avec les partenaires réguliers autres que l'époux ont connu une augmentation passant de 63,4 % en 2010 contre 76,7 % en 2015.

Par rapport à l'utilisation du préservatif chez les camionneurs pour les partenaires occasionnels on note une augmentation de 73,8 % en 2010 à 78,8 % en 2015.

Avec les professionnelles de sexe l'utilisation du préservatif a augmenté de façon considérable soit 78,9 % en 2010 et 93,7 % en 2015.

Avec les partenaires réguliers on note une faible diminution de l'utilisation du préservatif entre 2010 et 2015 soit successivement 68,9 % et 67,7 %.

III.2.2. Pêcheurs

Le préservatif est moyennement utilisé chez les pêcheurs avec 64,4 % pour l'ensemble en 2015, par ailleurs l'utilisation du préservatif varie selon le type de partenaire.

Entre 2010 et 2015 on note une diminution sur les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels avec successivement 20,3 % et 15,1 %. Cette diminution est aussi pour les rapports avec les professionnelles de sexe de 14,3 % en 2010 à 4,4 % en 2015 alors qu'ils ont augmenté avec les partenaires réguliers de 65,4 % en 2010 à 80,3 % en 2015.

Par rapport à l'utilisation du préservatif chez les Pêcheurs pour les partenaires occasionnels on note une augmentation soit 66,7 % en 2010 contre 75,0 % en 2015.

Avec les professionnelles de sexe l'utilisation du préservatif est systématique en 2015 alors qu'elle était en 2010 de 84,2 %.

Avec les partenaires réguliers autres que la conjointe, on note une forte diminution de l'utilisation du préservatif qui passe de 80,3 % en 2010 à 59,4 % en 2015.

III.2.3. Orpailleurs

La prévalence du VIH chez les orpailleurs est de 1,5 % chez les orpailleurs. Elle est restée stable par rapport à 2010 où elle était à 1,4 %.

Le préservatif est bien utilisé chez les orpailleurs soit 86,8 % pour l'ensemble en 2015, par ailleurs l'utilisation du préservatif est important selon les type de partenaire.

Entre 2010 et 2015 on note une augmentation des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels de 26,6 % à 35,8 % respectivement ainsi qu'avec les professionnelles de sexe de 19,5 % en 2010 à 43,4 % en 2015. Par contre les rapports avec les partenaires réguliers autres que l'épouse ont diminué de 53,9 % en 2010 à 20,5 % en 2015.

Cette situation peut s'expliquer par le fait les orpailleurs sont loin de leur domicile et les croyances autour de la recherche d'or les exposent à des rapports sexuels avec des partenaires irrégulières qui ne se considèrent pas comme PS mais ont des rapports en échange d'argent ou de biens.

Le programme en collaboration avec des partenaires comme FHI 360 ont beaucoup appuyé la région pour mener des interventions de prévention et de mise à disposition de préservatifs en direction des sites d'orpaillage.

Description du circuit d'acheminement des préservatifs

Par rapport à l'utilisation du préservatif chez les orpailleurs pour les partenaires occasionnels on note une forte augmentation soit 44,1 % en 2010 contre 78,9 % en 2015.

Avec les professionnelles de sexe l'utilisation du préservatif était très faible 20,0 % en 2010, contrairement en 2015 où presque la totalité des orpailleurs utilisent un préservatif avec les professionnelles de sexe soit 95,7 % de notre échantillon.

Avec les partenaires réguliers on note aussi une forte hausse sur l'utilisation du préservatif qui passe de 62,3 % en 2010 à 81,8 % en 2015.

III.2.4. Hommes en tenue

III.2.4.1. Policiers

Les résultats de 2015 montrent que la plupart des utilise le préservatif avec leurs partenaires soit 91,0 %. Cette utilisation varie selon le type de partenaire.

Entre 2010 et 2015 on note que pourcentage de policiers qui ont eu des rapports sexuels est passé de 17,5 % et 15,6 % avec des partenaires occasionnels; de 1,8 % à 3,0 % avec les professionnelles de sexe on note une augmentation de la fréquentation 1,8 % en 2010 contre 3,0 % en 2015 et 80,7 % à 79,6 % avec les partenaires réguliers.

Par rapport à l'utilisation du préservatif, 82,2 % en 2010 contre 78,7 % en 2015 avec les partenaires occasionnels; de 100,0 % à 88,9 % avec les PS et de 86,6 % en 2010 et 93,5 % en 2015 avec les professionnelles de sexe.

III.2.4.2. Militaire

Les militaires qui avaient été ciblés lors de l'ENSC de 2006 n'ont pas été inclus dans l'ENSC de 2010. Les militaires caractérisées par leur mobilité interne (au niveau national dans les zones de la Casamance où les prévalences sont élevées), mais également leur mobilité externe (interventions dans les opérations de maintien de la paix dans la sous-région africaine avec de fortes prévalences du VIH) est une cible importante à surveiller. En 2015, les résultats de l'ENSC montrent une prévalence faible de 0,3 % contre 0,7 % en 2006.

L'analyse comparative des résultats de 2006 et 2015 montre une diminution des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels de 20,1 % et 12,8 % respectivement ; une diminution des rapports sexuels avec les professionnelles de sexe de 10,6 % en 2006 contre 5,1 %. Cependant, les rapports sexuels avec les partenaires réguliers autres que l'époux ont augmenté de 69,3 % en 2015 à 82,1 % en 2015. Globalement, les militaires utilisent le préservatif avec leurs partenaires à 82,0 % en 2015. Par ailleurs l'utilisation du préservatif varie selon le type de partenaire. Elle est de 83,7 % en 2015 contre 82,0 % en 2006 avec les partenaires occasionnels. Avec les professionnelles de sexe on note une diminution sur l'utilisation du préservatif avec 96,0 % en 2006 et 94,1 % en 2015.

Avec les partenaires réguliers on note une diminution sur l'utilisation du préservatif entre 2006 et 2015 soit successivement 86,0 % et 80,8 %.

La plupart des gendarmes de notre échantillon utilisent le préservatif avec leurs partenaires soit 88,1 % pour l'ensemble en 2015, par ailleurs l'utilisation du préservatif varie selon les type de partenaire.

12,1 % des gendarmes de notre échantillon ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels alors que pour les professionnelles de sexe on a que 4,9 % et 82,9 % des gendarmes qui ont eu des rapports sexuels avec les partenaires réguliers en 2015.

Avec les professionnelles de sexe, les gendarmes utilisent systématiquement le préservatif, alors que les rapports sont protégés à 89,9 % avec les partenaires occasionnels et à 87,2 % avec les partenaires réguliers.

La dynamique de l'épidémie

Le mode de contamination du VIH reste essentiellement par voie sexuelle. L'étude sur le modèle de transmission (MoT, 2010) avait estimé que près de 70,0 % des nouvelles infections surviennent chez les couples dites stables. En 2015, on estime à près de 1 000 les nouvelles infections essentiellement des adultes dont 2/3 surviennent chez les hommes. Moins de 100 nouvelles infections ont été estimées chez les enfants témoin des bons résultats de la mise en œuvre du plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH (Spectrum).

Environ 718 nouveaux décès liés au VIH ont été notifiés au courant de l'année 2015 dont 661 adultes et 57 enfants.

IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA

IV.1. Prévention

IV.1.1. Prévention auprès de la population générale

IV.1.1.1 Promotion des comportements sexuels à moindre risque

IV.1.1.1.1. Contexte politique : 90-90-90

Le Sénégal s'est engagé pour atteindre l'objectif «90-90-90» lancé par l'ONUSIDA (2014). Cette approche dans la lutte contre le VIH s'appuie sur des travaux de recherche qui démontrent que le traitement précoce et à vie du VIH peut améliorer considérablement la santé des personnes vivant avec le VIH et peut aussi réduire de façon drastique la transmission du virus. Bien qu'il semble que les objectifs de l'ONUSIDA portent principalement sur les programmes de traitement, les programmes et services de prévention ont un rôle très important à jouer. L'atteinte des objectifs de l'ONUSIDA exige des approches proactives permettant de toucher les personnes qui ne sont pas impliquées dans la cascade de traitement. Des stratégies axées sur le travail de proximité et l'implication dans la communauté qui sont à l'avant-plan des efforts de prévention du VIH sont nécessaires pour atteindre les personnes qui n'ont pas reçu de diagnostic et les encourager à se faire dépister, à amorcer des soins et un traitement précoces et à ne pas interrompre leurs soins (ONUSIDA, 2014).

IV.1.1.1.2. Mise en œuvre des programmes

Le renforcement de la prévention de la transmission sexuelle du VIH passe nécessairement par la promotion des comportements à moindre risque dans la population. A cet effet, le Conseil National de Lutte Contre le Sida, coordonnateur de la réponse nationale au VIH et ses partenaires ont mis en place une stratégie dont les axes sont les suivants :

- ❖ Information, Education et Communication (IEC). Cette stratégie a été utilisée par tous les acteurs à travers l'organisation d'activités de proximité par le secteur public, le secteur privé et la société civile à travers les organisations communautaires de base ;
- ❖ Approche participative de prévention (APP) est une approche novatrice qui est souvent utilisée par les OCB. L'« approche participative » est une méthode de travail active qui interpelle et implique les participants. Elle comporte trois éléments clé : l'action – le partage et la discussion et le résumé. Elle utilise des outils au nombre desquels on peut citer : dresser des cartes, établir des courbes de temps et de tendances, procéder à l'analyse d'études de cas et participer à des jeux de rôles.

Les interventions et stratégies mises en œuvre au cours des dernières années concernent les aspects suivants :

- Des interventions de masse sont menées au cours des temps forts de mobilisation sociale: Semaines jeunes sida, Semaines Femmes Sida, Journée Mondiale sida, Festival de JAZZ et d'autres activités menées de manières ponctuelles par des OCB (Journées portes ouvertes, semaines culturelles foras etc.) ;
- La combinaison des unités mobiles de dépistage et des unités mobiles de communication ont permis de booster les effectifs de personnes dépistées. Le programme dispose de 3 unités mobiles de dépistage et 5 unités mobiles de communications dans 5 régions différentes ;

- Beaucoup d'activités de médias se sont tenues à travers la signature de conventions. En effet, l'exposition aux médias est une donnée intéressante pour la mise en place de stratégies et des moyens de communication à emprunter pour atteindre les cibles.) ;
- Les principales sources d'information sur le VIH-sida restent la radio et la télévision, Par contre les journaux et la communication interpersonnelle (CIP) apparaissent encore comme des sources d'information marginales ;
- Le plaidoyer mené surtout par le secteur public et les organisations de la société civile a permis de relever un engagement fort des autorités au plus haut niveau dans la lutte contre le sida ;
 - Notons aussi l'implication des religieux et des tradipraticiens ;
 - L'utilisation des NTIC dans sensibilisation sur le VIH et la SR (plateforme clickinfoados, bipinfos avec One world etc.) est une bonne pratique à renforcer et à encourager mais également l'Intégration VIH/SR/PF dans la mise en œuvre des activités d'IEC/CCC.

IV.1.1.1.3. Résultats

On considère comme ayant une connaissance complète du VIH/sida les jeunes de 15-24 ans qui savent que l'utilisation régulière du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, qui savent également qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et qui rejettent les deux idées erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida.

Les résultats de l'EDS Continue de 2015 ont montré que parmi les jeunes 15-24 ans 27,0 % sont considérées comme ayant une connaissance « approfondie » du sida ; cette proportion est inférieure à celle des hommes (33,0 %). C'est parmi les jeunes qui vivent en milieu urbain et parmi les plus instruits que les proportions de ceux qui ont une connaissance « approfondie » du sida sont les plus élevées. Parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes sans niveau d'instruction, respectivement 11,0 % et 9,0 %, ont une connaissance « approfondie » du sida. Par comparaison, ces proportions sont de 41,0 % chez les femmes de niveau moyen/secondaire ou supérieur et de 54,0 % chez les hommes de même niveau d'instruction. Le niveau de connaissance « approfondie » du sida augmente avec le niveau de bien-être économique passant de 9,0 % à 43,0 % chez les jeunes femmes et de 11,0 % à 60,0 % chez les jeunes hommes.

IV.1.1.2. Promotion de l'utilisation du préservatif

IV.1.1.2.1. Mise en œuvre des programmes

Étant donné que la transmission du virus du sida se fait essentiellement par voie sexuelle, il est admis que l'infléchissement de l'épidémie du sida passe nécessairement par l'adoption de comportement sexuel positif des hommes et des femmes. L'utilisation régulière et correcte des préservatifs masculins et féminins reste l'une des stratégies phares dans la prévention de la transmission sexuelle dans le cadre de la lutte contre les IST et le VIH/sida, à cet effet, le programme de marketing social a été mis en place comporte les quatre axes stratégiques suivants :

- Communication interpersonnelle sur l'utilisation du préservatif au niveau communautaire par les OCB,

- Mobilisation de masse pour la promotion aussi bien du préservatif masculin que féminin menée dans toutes les quatorze régions du pays,
- les activités media (publicité) telles que des spots TV destinés à informer sur les lieux de vente, le prix et la qualité du produit,
- Développement d'un réseau de distribution aussi bien en milieu urbain, périurbain que rural.

IV.1.1.2.2. Résultats

Le multi partenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par les IST, en particulier le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important quand l'utilisation du condom comme moyen de prévention est peu fréquente.

Parmi les hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, seulement 21,0 % ont déclaré avoir utilisé un condom durant les derniers rapports sexuels. Cette proportion est plus élevée chez les hommes célibataires (69,0 %), ceux du milieu urbain (29,0 %) et ceux ayant un niveau d'instruction moyen/secondaire ou plus (42,0 %).

À l'opposé, c'est parmi les hommes en union (6,0 %), ceux résidant en milieu rural (14,0 %) et ceux sans instruction (4,0 %) que ces proportions sont les plus faibles.

Les hommes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 3,7 partenaires sexuelles au cours de leur vie. Ce nombre moyen augmente avec l'âge, passant de 2,0 chez les jeunes de 15-19 ans à 4,4 chez ceux de 40-49 ans. Les résultats selon le milieu et la région de résidence montrent que c'est en milieu urbain (4,2 contre 2,9 pour le milieu rural) et dans le Sud (4,2) qu'il est le plus élevé. Par ailleurs, le nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie augmente avec le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique des ménages.

IV.1.1.2.3. Défis

- Poursuivre et renforcer le partenariat avec les medias;
- Adapter les stratégies de communication pour l'atteinte de l'objectif «90-90-90»;
- Adapter les stratégies de communication pour l'atteinte de l'objectif «TATARSEN»;
- développer en profondeur certaines thématiques tels le dépistage, la prise en charge communautaire des PVVIH au niveau des animateurs;
- Renforcer la disponibilité des supports de sensibilisation (boîte à image, cartes conseils etc.);
- Faire encore un plaidoyer auprès des collectivités locales pour un soutien efficace et soutenu de la réponse;
- Initier des stratégies novatrices pour une meilleure capitalisation des données relatives aux préservatifs.

IV.1.1.3. Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

IV.1.1.3.1. Contexte politique

L'approche syndromique de prise en charge des IST est mise en œuvre pour la population générale dans les structures de santé publiques et parapubliques. Elle est intégrée dans les Soins de Santé Primaires.

Au niveau des laboratoires de références régionales et nationales le diagnostic étiologique est appliqué.

Le dépistage sérologique de la syphilis est intégré dans les services Santé de la Reproduction. Un accent particulier a été mis sur le plaidoyer pour une intégration du module de Prise en charge des IST dans les curricula des écoles de formation. Mais aussi sur la formation des prestataires sur les protocoles révisés en 2007 accompagnées d'une diffusion des documents. La couverture du dépistage sérologique de la syphilis a été améliorée par la disponibilité de tests rapides au niveau de près de 100 postes de santé. L'objectif spécifique concernant les IST étant qu'au moins 60,0 % de personnes atteintes d'IST qui se présentent auprès des établissements sanitaires soit examinées et traitées de manière appropriée d'ici 2017.

IV.1.1.3.2. Stratégies de mise en œuvre

- Renforcement de la prise en charge syndromique des IST qui utilise des algorithmes nationaux standardisés à travers le renforcement des capacités des prestataires des structures de santé publiques, parapubliques et privées;
- Renforcement de la prise en charge des IST chez les populations clés les plus exposées (PS, HSH, CDI) par l'approvisionnement régulier en réactifs pour le diagnostic des IST et en médicaments, pour le traitement des IST qui serviront de motivation pour augmenter la fréquentation des sites de prise en charge pour ces populations;
- Dépistage sérologique de la syphilis chez toute femme enceinte, lors des consultations prénatales (CPN), (cf. engagement du pays pour la lutte contre la syphilis néo-natale);
- Renforcement des capacités techniques des laboratoires des centres de référence en équipements et réactifs;
- Renforcement de l'implication des organisations communautaires dans la référence et la contre référence des cas d'IST;
- Implications des organisations communautaires pour un passage à l'échelle des stratégies de Marketing social des préservatifs masculins et féminins.

IV.1.1.3.3. Résultats

• Données de routine

Au cours de l'année 2015, **158 280** cas d'IST ont été notifiés au total, avec un peu plus de 93,0 % des cas chez les femmes. L'écoulement génital est le syndrome qui a été le plus répertorié dans les deux sexes avec respectivement 55,5 % des cas chez les femmes et 84,4 % chez les hommes.

Pour les autres syndromes la répartition se fait ainsi: ulcération génitale chez l'homme: 15,6 %, ulcération génitale chez la femme: 5,4 %; la douleur abdominale basse chez la femme 39,0 %. Le nombre de dépistage sérologique de la syphilis effectué s'est beaucoup amélioré, 82 233 tests ont été réalisés au niveau des structures, 97,7 % de ces tests ont été faits chez les femmes et seulement 2,3 % chez les hommes. Le nombre total de cas positifs est de 1 967 ce qui correspond à une prévalence de 2,4 %; 94,5 % de ces cas positifs étaient des femmes.

• Données d'enquête

Selon l'EDS continu (2015), sur les 6265 femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, 12,9 % ont déclaré avoir eu au moins une IST ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois. La répartition des IST selon les tranches d'âge montre que les jeunes de 15-24 ans et 25-29 ans étaient plus touchés (14,0 %) que les adultes de 30-39 ans et 40-49 ans (respectivement 12,4 % et 10,2 %); 16,5 % des femmes qui avaient un niveau d'instruction plus élevé (moyen/secondaire ou plus) avaient déclaré présenter une IST contre 12,0 % chez celles qui avaient un niveau d'instruction plus bas.

Par contre chez les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, seuls 1,5 % ont déclaré avoir eu au moins une IST ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois. Les jeunes de 15-19 ans présentaient un taux plus élevé à 4,1 %.

IV.1.1.3.4. Progrès réalisés

L'approche syndromique de prise en charge des IST est mise en œuvre pour la population générale dans tous les centres de santé et hôpitaux et dans près de 100 postes de santé. La fiche IST syndromique est intégrée dans le rapport de zone du système d'information de routine. Le dépistage sérologique de la syphilis est intégré dans le bilan de la CPN chez les femmes enceintes.

Le nombre de tests de dépistage de la syphilis réalisés a beaucoup augmenté en passant de 61 829 en 2014 à 82 233 en 2015.

IV.1.1.3.5. Défis à relever

- ❖ Etendre le renforcement des capacités et le recyclage du personnel de santé sur la prise en charge syndromique des IST et l'intégrer dans tous les curricula de formation à travers des modules révisés;
- ❖ Renforcer l'implication du secteur privé dans la prise en charge des IST
- ❖ Intégrer de manière effective la prise en charge des IST dans les services de la Santé de la Reproduction (SR);
- ❖ Améliorer la couverture pour le dépistage sérologique de la syphilis chez la femme enceinte;
 - rendre disponibles et accessibles les médicaments recommandés dans les algorithmes au niveau de la PNA et des PRA ;
 - améliorer le suivi évaluation sur les IST « collecte et remontée des données, IP6/IP7 » et actualiser l'étude sur la résistance des antibiotiques.

IV.1.1.4. Conseil dépistage volontaire

IV.1.1.4.1. Contexte politique

Le Sénégal étant un pays à épidémie concentrée, la réponse à l'épidémie du VIH a mis l'accent sur la prévention pour maintenir cette basse prévalence dans la population générale.

Le système de prévention comporte plusieurs composantes dont le conseil dépistage volontaire (CDV) qui est une stratégie importante de la lutte contre l'épidémie. Il sert de porte d'entrée aux autres services de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH.

Les recherches menées dans les pays développés et en voie de développement ont montré que le CDV peut réduire les pratiques sexuelles à haut risque ainsi que le taux de transmission des IST/VIH.

Il est reconnu à l'échelle internationale que l'offre des services de conseil dépistage volontaire du VIH est une stratégie efficace et essentielle tant pour prévenir que pour prendre en charge cette infection. Les recherches ont prouvé que cette stratégie peu coûteuse encourage les changements de comportements et constitue un point d'accès important aux services de soins et de soutien.

Cependant sa réussite dépend en grande partie de la disponibilité du service, de sa promotion et de la fréquentation des centres de CDV.

Au Sénégal ces constatations ont suscité de l'intérêt et un soutien à l'égard de la stratégie CDV en tant que volet précieux du programme national de lutte contre le VIH/SIDA. Dans ce contexte le CDV est une approche à visée préventive d'abord. C'est aussi une occasion privilégiée de fournir en plus du test VIH, des informations sur le VIH et ses modes de transmissions.

Ainsi en adéquation avec les objectifs du Plan stratégique National 2014- 2017, l'intervention du CDV doit contribuer à la réduction de moitié des nouvelles infections par le VIH avec l'objectif spécifique suivant: au moins 30,0 % de population générale ont fait leur dépistage et connaissent leur statut sérologique au cours des 12 derniers mois en 2017.

En effet la connaissance du statut sérologique parmi la population générale est un facteur important de la réduction de la transmission des nouvelles infections à VIH et une porte d'entrée pour la prise en charge avec la stratégie «Test and Treat» dont le processus de la phase pilote a été lancé dans 3 trois des 5 régions prioritaires (Kolda, Sédhiou, Ziguinchor) en 2015. Ceci devra contribuer à l'atteinte du premier volet de la cible des 3 « 90 » à savoir que 90,0 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaît leur statut sérologique d'ici 2020.

IV.1.1.4.2. Mise œuvre des programmes

Le CDV consiste à effectuer le test de dépistage du VIH chez toute personne venue volontairement ; il est gratuit, confidentiel, anonyme et est accompagné d'un counseling pré et post test et permet la prise en charge médicale, psychosociale et légale en cas de séropositivité.

Stratégies

- Dépistage des populations en stratégie fixe ou mobile ;
- Campagnes nationales de dépistage ;
- Stratégies avancées de dépistage dans les régions les plus affectées ;
- Promotion du dépistage du couple, y compris dans les services prénataux ;
- Renforcement des capacités des services de dépistage volontaire et des prestataires de services ;
- Augmentation de la couverture du CDV au niveau des postes de santé et mise en œuvre du test à l'initiative du prestataire ;
- Approvisionnement régulier en réactifs et consommables pour les services de CDV.

Suivi – évaluation

Le suivi évaluation est assuré par:

- des supervisions formatives périodiques au niveau régional et national ;

- la collecte et analyse des données après audit pour assurer la qualité ;
- un système national d'évaluation externe de la qualité du dépistage du VIH.

Coordination

Le Ministère de la Santé, à travers ses structures techniques assure la coordination des services de CDV.

▪ **Niveau institutionnel**

○ **CNLS**

Il est chargé d'assurer:

- la mobilisation des ressources ;
- le plaidoyer ;
- la coordination et l'arbitrage pour la répartition des ressources ;
- la Multisectorialité.

○ **DLSI**

Elle a pour mission d'élaborer la politique nationale et de veiller au respect de la politique, des normes et protocoles. Elle assure :

- la coordination et la gestion des activités ;
- l'appui technique aux autres secteurs ;
- la disponibilité des réactifs et consommables ;
- le suivi et l'évaluation périodique des activités
- La réunion semestrielle du comité de pilotage du CDV qui permet l'implication de tous les secteurs afin:

- ☐ d'harmoniser les pratiques pour obtention d'une meilleure qualité du suivi ;
- ☐ de valider les décisions prises dans le cadre des activités du CDV ;

▪ **Niveau décentralisé**

○ **niveau régional**

L'instance de coordination est le comité régional de lutte contre le SIDA, appuyé par un comité technique restreint. Ce comité technique sera coordonné par le MCR qui veille à l'implication de tous les secteurs.

○ **niveau district**

La coordination est assurée par le même dispositif qu'au niveau régional, dirigé par le MCD à travers les Réunion Pool SIDA

IV.1.1.4.3. Résultats du CDV

Accès aux services du CDV

❖ **Nombre de sites de dépistage**

Le nombre total de sites CDV s'élève à 1476 en 2015 avec une couverture nationale de 100,0 % (CS, hôpitaux, CDVA, CCA et EPS), 97,0 % (1224/1257) pour les Postes de santé.

Ainsi le nombre de sites de CDV est passé de 1467 à 1476 entre 2014 et 2015.

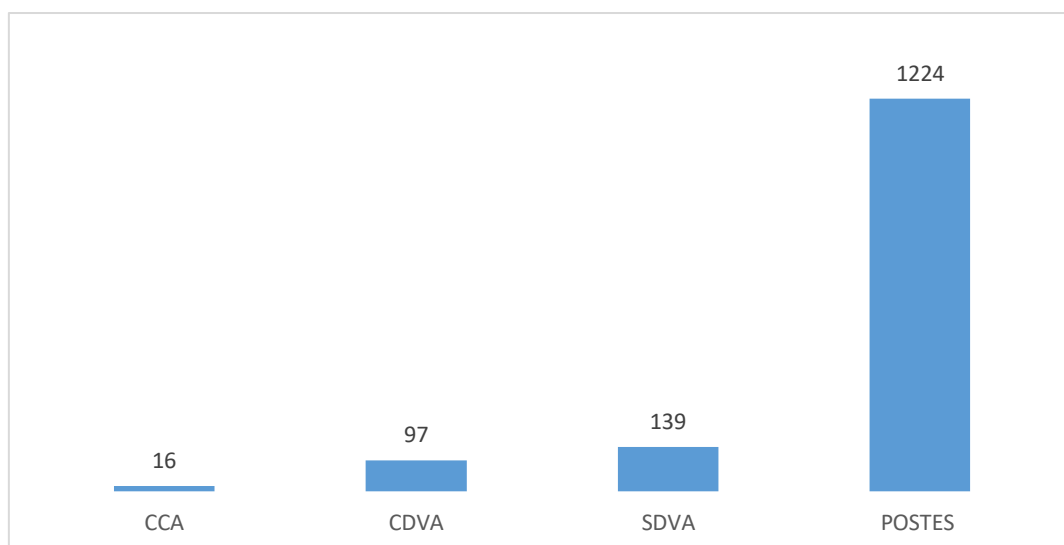


Figure 5. Répartition des sites de dépistage en 2015

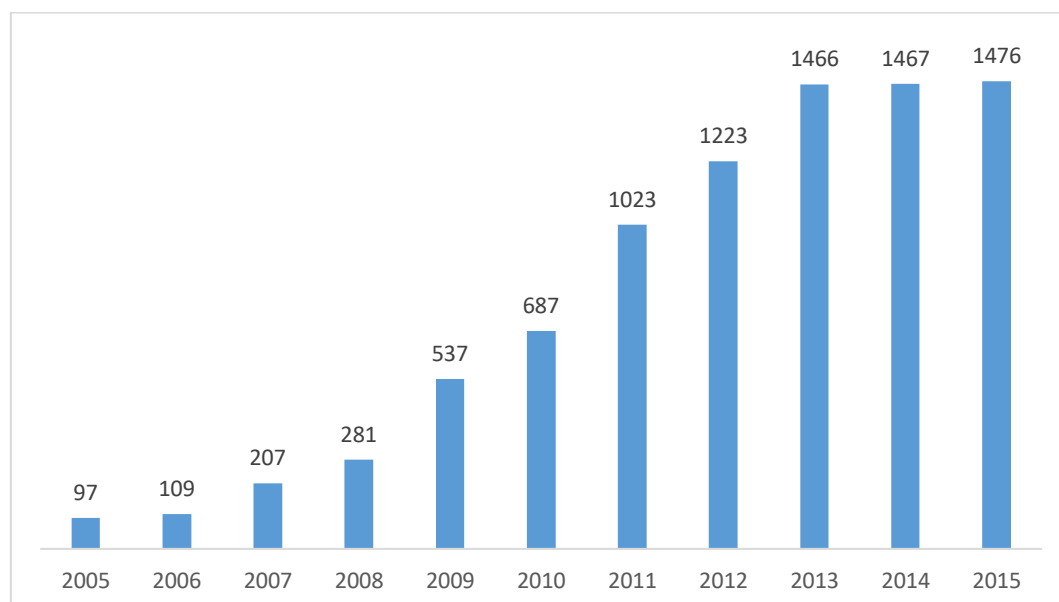


Figure 6. Evolution du nombre de sites de conseil dépistage de 2005 à 2015

❖ Nombre de personnes dépistées

➤ Au niveau national

En 2015, le nombre de personnes dépistées au VIH au niveau national est de 750 466 parmi elles 736 133 ont retiré leurs résultats ce qui représente un taux de 98,0 % de retrait.

La comparaison avec les données de 2014 montre une baisse du nombre de personnes dépistées qui passe de 831 603 à 750 466.

➤ Au niveau régional

Les objectifs du plan stratégique national de lutte contre le Sida en matière de CDV ont été désagrégés au niveau régional. L'analyse des résultats de 2015 montre une atteinte des objectifs dans la région de Ziguinchor avec un taux de 134,0 %. Les autres régions prioritaires (Kolda, Sédhiou, Kédougou, Tambacounda) n'ont pas atteint leurs objectifs avec des taux de dépistage qui varient entre 56,9 % et 86,7 %.

Par rapport aux taux de séropositivité, on note de fortes disparités régionales avec des régions présentant des prévalences plus élevées que la prévalence nationale: Ziguinchor 1,2 %; Kédougou 1,3 %; Sédhiou 1,6 %; Tambacounda 1,8 % et Kolda 2,4 %.

Les autres régions (Diourbel, Louga, St Louis, Fatick, Kaolack, Thiès, Matam, Dakar) ont des prévalences allant de 0,4 à 0,9 %.

Analyse des résultats

L'écart entre les résultats actuels et la cible de 90,0 % souligne la nécessité de réaliser des tests plus fréquents et mieux ciblés, le ciblage stratégique des services de dépistage pour assurer une connaissance du statut sérologique à 90,0 % de manière continue, y compris chez les adolescents, les populations clés et d'autres groupes qui sont actuellement à la traîne.

IV.1.1.4.4. Bonnes pratiques

- Existence de politiques de mise en œuvre,
- Existence de documents politiques normes et protocole du CDV,
- Existence de documents de counseling,
- Formation des prestataires sur le CDV et counseling,
- Décentralisation du dépistage au niveau des postes de santé (97,0 %),
- Gratuité du test,
- Intégration des services de dépistage dans les labos des centres de santé, hôpitaux publics et militaires, CMG, CMS, CCA et EPS,
- Adoption de stratégies de mise en œuvre : stratégies fixes; stratégies avancées et des campagnes nationales et régionales de dépistage,
- Multisectorialité dans la mise en œuvre,
- Suivi de la mise en œuvre avec fonctionnalité du comité de pilotage du CDV,
- Suivi évaluation et analyse de la mise en œuvre,
- Lancement de la phase pilote du TATARSEN,
- La décentralisation des services de CDV au niveau des postes de santé améliorant l'accès aux services de dépistage dans les zones les plus reculées,
- Projet d'amélioration de la qualité de service dans les districts de Dakar, Thiès, Ziguinchor,
- Interventions ciblées dans les zones de forte prévalence du sud,
- Dépistage du couple.

IV.1.1.4.5. Défis et solutions

- Malgré tous les efforts fournis par le programme de lutte contre les IST/sida pour l'accès au service de dépistage, le taux de dépistage est encore faible (de 12,6 % au sein de la population générale, 13,6 % chez les Femmes et 9,0 % chez les hommes) (données EDSV/2010);
- Faiblesse de la performance du dépistage au niveau des régions et surtout les zones sud et sud – est (Kédougou, Sédhiou) où la prévalence est forte;
- Nombre élevé de résultats non retirés;
- Insuffisance du dépistage des enfants;
- Insuffisance dans le contrôle de qualité externe dans l'ensemble des sites;

- Insuffisance dans la gestion des réactifs (insuffisance dans la tenue des outils de gestion) et des déchets biomédicaux;
- Insuffisance des unités mobiles de dépistage;
- Difficulté dans la PEC des personnes dépistées positives lors des Stratégies Avancées (SA) ;
- Mobilité du personnel formé;
- Insuffisance de formation du personnel sur l'assurance qualité;
- Insuffisance dans la promotion du CDV et dans le ciblage de certains groupes vulnérables (CDI, etc.);
- Implication insuffisance du secteur privé (non-respect politique CDV concernant les laboratoires privés) et la non capitalisation des données de certains laboratoires du secteur privé et les hôpitaux;
- Insuffisance du dépistage des couples (80,0 % des nouvelles infections sont identifiées dans les couples);
- Absence de Test différentiel au niveau régional pour le suivi des cas indéterminés (ELISA, Western Blot);
- Non démarrage de la politique sur la délégation des tâches au niveau national pour faciliter la PEC des personnes dépistées positive surtout en SA;
- Insuffisance des outils de communication en langue locale pour la promotion du cdv;
- Révision du document politique CDV;
- Valider et finaliser du document assurance qualité;
- Formation et recyclage du personnel secteur santé et communautaire avec focus sur le counseling et dépistage du couple;
- Renforcer le ciblage des dépistages au niveau des zones de forte prévalence et les cibles clés, les orpailleurs et population transfrontalière;
- Booster le dépistage des enfants;
- Booster le dépistage du couple;
- Renforcer l'implication des hommes adultes;
- Promouvoir le CDIP;
- Promouvoir le conseil dépistage pré-nuptiale (plaidoyers, sensibilisation etc.);
- Renforcer l'implication du secteur privé (plaidoyer au plus haut niveau pour le développement du partenariat public-privé; la capitalisation des données du secteur privé est un défi important à relever;
- Renforcer la qualité du dépistage surtout en stratégie avancée;
- Renforcer le contrôle qualité externe au niveau national;
- Mettre en place une unité mobile de dépistage dans chaque région;
- Prendre en charge plus de 90,0 % des personnes dépistées positives;
- Passer à l'échelle le politique national sur la délégation des tâches;
- Couverture complète de tous les points de prestation pour le suivi des PS sur l'utilisation des tests rapides;
- Améliorer le système d'information des données (logiciel);
- Evaluation de la qualité du CDV;
- Capitaliser les données du secteur privé.

IV.1.1.4.6. Perspectives

- Nécessité de mettre en place des initiatives de dépistage basées sur les droits humains et plus proactives notamment la promotion du dépistage dans des points chauds géographiques et auprès des populations clés ;
- Utilisation d'un large éventail d'approches de dépistage du VIH, y compris l'autotest, le dépistage et les conseils à l'initiative du prestataire et des approches communautaires ;
- Inclusion du dépistage du VIH dans les campagnes de santé visant plusieurs maladies pour accroître les taux de couverture du dépistage ; pour que de telles campagnes soient efficaces, de vastes consultations communautaires, une solide logistique et un marketing efficace sont essentiels.

IV.1.2. Prévention auprès des populations clés: PS, MSM et CDI

IV.1.2. 1. Contexte

Le Sénégal a le profil d'une épidémie de type concentré avec 17,8 % chez les HSH (ELIHos, 2014), 18,5 % chez les professionnelles de sexe (CNLS, 2010) et 9,4 % chez les CDI (CNLS CRCF, ANRS 2011) au moment où dans la population générale le taux est de 0,7 % selon (EDS V). Dans une telle situation la maîtrise de l'infection chez les populations clé de manière générale peut avoir des effets bénéfiques sur l'évolution de l'épidémie. Ce qui est bien comprise par les autorités politiques et sanitaires au point d'encourager une accentuation des interventions en direction des populations clé et des PVVIH.

Aussi, le Sénégal a également adopté de nouvelles orientations reçues du PEFAR qui recommandent l'alignement du programme aux objectifs de l'ONUSIDA (90 – 90 – 90). C'est ainsi que depuis deux ans les interventions ont eu pour ambition d'encourager le dépistage à grande échelle. Ce qui s'est traduit par une collaboration étroite entre les OSC, les CCA et les CDV dans la mobilisation des populations pour le dépistage. L'offre de services de prévention et de prise en charge à l'endroit des populations clé a connu un accroissement.

Du point de vue institutionnel l'année 2015 a vu la mise sur pied de l'association santé et vie qui est une association de CDI mais également l'émergence de groupe organisés de CDI dans les régions de Dakar et de Thiès. Les organisations de population clé réunies, ont mis en place le réseau national RENAPOC.

L'année 2015, a vu réalisées beaucoup d'activités portant sur le renforcement institutionnel et organisationnel avec la création d'associations et de réseau de populations clé. Ces associations ont également bénéficié de renforcement de capacités sur les thématiques de santé sexuelle, droits humains qui ont fortement contribué à leurs développements personnel et du développement des organisations.

Dans la perspective de prise en charge des flux migratoires mais également de gestion des cas de perdu de vue des activités importantes se sont déroulées dans les zones frontalières du sud ou le taux est plus élevé que la moyenne nationale. Ces activités qui ont eu pour ambition de rendre l'environnement favorable aux interventions peuvent se résumer en :

- Organisation de la réunion de haut niveau des 3 CNLS, du Sénégal, de la Gambie et de la Guinée Bissau, pour une meilleure prise en charge des besoins des groupes clé;
- Elaboration d'un outil de communication ciblant les jeunes et concernant leur santé sexuelle et reproductive;
- Organisation d'un atelier de partage de l'outil de communication ciblant les jeunes et concernant leur santé sexuelle et reproductive;
- Organisation à Ziguinchor d'un atelier de formation de 30 acteurs communautaires (MSM et PS) de la Gambie, de la Guinée Bissau et des 03 régions sud du Sénégal (Kolda, Sédhiou et Ziguinchor) sur la prise en charge communautaire.

Les activités de prévention ont été mise en œuvre dans la cadre du programme, autour de la DLSI suivant le plan stratégique national par Enda Santé, AWA et une bonne vingtaine d'OCBs.

IV.1.2.2.Prévention auprès des PS

IV.1.2.2.1.Caractéristiques démographiques des PS

Au Sénégal la population de PS est plus importante à plus de 25 ans tant chez les clandestines que chez les officielles. La proportion des PSC âgées de moins de 25 ans était de 28,1 % en 2010 et 30,5 % en 2015 au moment où celle de 25ans et plus représentaient 71,9 % en 2010 contre 69,5 % en 2015.

La proportion des PSO âgées de moins de 25 ans était de 7,4 % en 2010 et 13,8 % en 2015 les 25ans et plus qui représentaient 92,6 % en 2010 contre 86,2 % en 2015. Cette situation peut être comprise comme la faible déperdition des PS.

Activités IEC/CCC:

Sur 3822 travailleuses de sexe attendus 2853 ont bénéficié des activités de sensibilisation soit un taux de 71,5 %. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme, les professionnelles de sexes ont bénéficié de paquets d'activités que sont entre autres de:

- causeries;
- groupes de parole;
- VAD;
- renforcement des capacités sur les techniques d'animation;
- renforcement des capacités sur l'estime de soi et l'auto stigmatisation;
- sessions de formation/ recyclage et supervisions formatives;
- distribution de préservatifs.

IV.1.2.2.2. Utilisation du préservatif des PSC et PSO

Par rapport à l'échantillon en 2010 24,2 % contre 26,2 % en 2015 des PSC âgées de moins de 25ans avaient utilisé le préservatif et successivement pour les 25 ans et plus qui représentaient 63,7 % en 2010 contre 52,2 % en 2015. Parmi les PSC âgées de moins de 25 ans on note une stabilité par rapport à l'utilisation du préservatif avec leurs clients entre 2010 et 2015 avec successivement 86,1 % et 86,2 % alors que pour les PSC âgées de 25ans et plus on note une diminution sur l'utilisation du préservatif entre 2010 et 2015 soit successivement 88,6 % et 80,9 %. Pour les PSC en 2010, 7,4 % contre 13,4 % en 2015 sont âgées de moins de 25ans avaient utilisé le préservatif lors de rapport sexuel. Pour les 25 ans et plus qui représentaient 92,6 % en 2010 contre 98,0 % en 2015.

Parmi les PSO âgées de moins de 25 ans on note que l'utilisation du préservatif avec leurs clients étaient systématique en 2010 et reste presque systématique en 2015 (99,0 %) cette même tendance était maintenue chez les PSO âgées de 25ans et plus où l'utilisation était presque systématiques durant la période allant de 2010 en 2015 avec successivement 99,3 % en 2010 et 98,0 % en 2015.

Le taux d'utilisation du préservatif chez les PSO âgées de moins de 25 ans peut être compris comme l'effet des activités d'IEC/CCC tandis que la baisse de l'utilisation de préservatif chez les plus de 25 ans comme la manifestation du relâchement des acteurs dans la sensibilisation. Aussi, la familiarité des PS avec les clients peut aussi constituer un mobile de baisse de l'utilisation des préservatifs.

Le niveau d'utilisation de préservatif est obtenu grâce à un bon dispositif de distribution de préservatifs dans les régions pour prévenir les ruptures. La disponibilité du préservatif au niveau des OCB et la démocratisation de la vente ont également beaucoup aidé dans l'atteinte de ce résultat. La sensibilisation de la population générale peut aussi être considérée comme un succès qui a permis d'accéder aux PS clandestines et de les toucher avec des messages de prévention. A cela s'ajoute la définition de stratégies propres aux PSC qui ont fait leurs effets. En effet le niveau d'utilisation des préservatifs reste quand même acceptable vu le contexte.

IV.1.2.2.3. Test de dépistage chez les PSO et PSC

En 2010 on note que 88,0 % des PSO ont rapporté avoir effectué un test de dépistage au cours des 12 derniers mois. Ce nombre a augmenté en 2015 où 92,0 % des PSO déclarent avoir fait un test de dépistage durant ces 12 derniers mois.

Parmi les PSO âgées de moins de 25ans 81,0 % déclarent avoir fait un test de dépistage en 2010 on note une augmentation en 2015 où 92,0 % des PSO affirment d'avoir fait un test de dépistage au cours des 12 derniers mois. Cette hausse reste visible même chez les PSO âgées de 25ans et plus où on avait 89,0 % en 2010 et 92,0 % en 2015.

En 2010 on note que 56,6 % des PSC ont rapporté avoir effectué un test de dépistage au cours des 12 derniers mois. Ce nombre a diminué en 2015 où 55,5 % des PSC déclarent avoir fait un test de dépistage durant ces 12 derniers mois. Parmi les PSC âgées de moins de 25ans 41,0 % déclarent avoir fait un test de dépistage en 2010 cependant on note une augmentation en 2015 où 49,0 % des PSC affirment avoir fait un test de dépistage au cours des 12 derniers mois alors que pour les 25 ans et plus on note une diminution sur le dépistage de 2010 à 2015 avec respectivement 63,0 % et 58,0 %.

La hausse permanente du pourcentage de PS dépistées trouve son explication dans l'adoption par les acteurs et l'adhésion des populations à la stratégie de **90 90 90**. Ce résultat s'explique aussi par la mobilisation pour le dépistage à travers la multiplication des sites de dépistage, les stratégies avancées, le renforcement de stratégies de mobilisation de groupes clés pour le dépistage, le renforcement des sites de prise en charge. Le suivi médical incitatif au dépistage aura également beaucoup aidé dans le dépistage des PSO.

IV.1.2.3. Prévention chez les HSH

Les interventions auprès des Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont permis cette année de toucher 2470 personnes. Les OCB de HSH au nombre de onze (11), ont déroulé dans 7 régions du pays, des activités de prévention et de prise en charge. L'année 2015 n'a pas spécifiquement connu d'étude sur les HSH. Si la « sise estimation » a démarré, elle n'a pas révélé ses résultats au cours de l'année. Dans le cadre du programme le nombre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) qui devaient bénéficier des programmes de prévention contre le VIH était de 1253 HSH toutefois attendus seuls **993** ont bénéficié des programmes.

IV.1.2.3.1. Caractéristique socio démographique

La dernière estimation des MSM date de 2014. Si l'on compare les populations de MSM on peut aisément constater la jeunesse croissante du groupe. En effet, si en 2007 la tranche d'âge 15-19 ans était de 19,4 % alors que leurs partenaires sexuels étaient de 24,8 % pour cette même tranche d'âge. Successivement celle de 20 à 24 ans a représenté 38,7 % alors que leurs partenaires du même âge étaient de 56,4 %.

Pour les 25 à 29 ans les MSM enquêtés sont 17,6 % alors que leurs partenaires de 45,4 %. Cette tendance va se confirmer en 2014. En effet, si en 2007 les 15-19 ans représentaient 19,4 % ils sont passés à 22,3 % et leurs partenaires à 43,4 % le phénomène est remarqué dans la tranche d'âge de 20,0 % à 25 % ans qui passe à 38,7 % à 41,4 % même si le nombre de partenaires sexuels dans cet âge semble baisser.

Il peut ainsi être déduit une certaine déperdition liée à l'âge. En effet des MSM enquêtés dans les années et de leurs partenaires il se note une baisse croissante plus on tend vers la vieillesse. Effectivement, si les MSM enquêtés représentent pour la tranche de 30 à 39 ans 17,6 % et leurs partenaires 45,4 % entre 40 et 49 ans ils sont à 1,4 % et 18,8 % en 2007. Pour la tranche de 40 à 49 ans n'a produit que 3,1 % enquêté avec comme partenaires 6,5 %. Seul 1,0 % des MSM enquêtés à plus de 50 ans avec des partenaires d'un autre âge.

IV.1.2.3.2. Utilisation du préservatif

Les dernières estimations relatives à l'utilisation du préservatif lors de rapport sexuel tendaient à la hausse avec 71,6 % en 2007 contre 74,7 % en 2014 chez les jeunes HSH de moins de 25 ans. Le taux a connu une forte tendance inverse qui est passé de 82,3 % en 2007 à 69,0 % en 2014. Le même phénomène a été noté dans le cadre du dépistage chez les HSH de plus de 25 ans qui a connu une hausse passant de 30,6 % en 2007 à 44,0 % en 2014 pour connaître une tendance à la stagnation de 39,0 % en 2007 à 38,4 % en 2014 chez ceux de moins de 25 ans. Cette situation de haut risque a renforcé la mobilisation des acteurs qui ont développé plusieurs stratégies à leur endroit :

- Ateliers de recyclage des relais MSM, PS et CDI sur les IST/VIH/SIDA;
- Activités de prise en charge psychosociale (groupes de parole et d'auto supports, VAD et intra hospitalières);
- Appui à la prise en charge médicale (consultations, appuis aux bilans, analyses et bilans);
- Appui à la formation professionnelle et aux AGR.

IV.1.2.3.3. Mobilisation communautaire

Plusieurs organisations ont appuyé la mise en œuvre des interventions auprès des MSM. On peut en citer le Fond Mondial, le programme ARP (ANCS), Caritas Kaolack, Fond Canadien,

Les activités IEC/CCC

Les HSH ont bénéficié de paquets d'activités que sont entre autres de :

- causeries;
- groupes de parole;

- VAD;
- renforcement des capacités sur les techniques d'animation et sur l'estime de soi et l'auto stigmatisation, sessions de formation/ recyclage, supervisions formatives et distribution de préservatifs.

Tableau 4. Prise en charge médicale et psychosociale des MSM

SITE DLSI	Total	15-19 ans	20-24 ans	25-49 ans	+ 49 ans
Nbre de Consultés	648	188	227	122	61
Nbre d'IST diagnostiqués et traités	60	26	28	06	00
Nbre de personnes dépistées	360	128	155	76	01
Nbre de positifs	80	18	43	19	00
Cohorte suivie PVVIH	246	14	84	113	35
Nbre de PVVIH sous ARV	120	26	62	32	00
Sous TB	00	00	00	00	00
Nbre de Condoms Masculins distribués	96200				
Nbre de Condoms Féminins distribués	200				
Nbre de lubrifiants distribués	123205				

IV.1.2.3.4. La prise en charge médicale

Dans le cadre du nouveau modèle de financement du FM qui a débuté en juillet 2016, la ligne prise en charge médicale a été supprimée du budget de la société civile. Cette situation a occasionné des difficultés liées à la référence, à la rapidité et au coût de la prise en charge dans les différentes régions d'intervention. En effet, les conventions signées avec les structures sanitaires (centres de santé, hôpitaux, pharmacies) au cours des années précédentes permettaient de répondre plus rapidement aux besoins de prise en charge médicale des PS et des HSH (bilans, examens, analyses, ordonnances). De plus, la contribution au fonctionnement des cliniques mobiles assurait le suivi médical des PS clandestines, une cible de plus en plus croissante et absente des structures de santé.

A ce titre, il est fortement recommandé de revoir et de préciser les attributions de la rubrique prise en charge médicale (structures de référence au niveau régional, allocations et lignes budgétaires) en vue d'en faciliter l'accès aux populations clés.

Par rapport aux années précédentes, Il peut être noté une nette amélioration de l'environnement. Toutefois, des efforts restent à faire pour améliorer et assurer la pérennisation des acquis en termes d'appui technique aux associations.

Respect des droits humains

L'année 2015, au-delà des difficultés dans la prise en charge médicale a également connu des arrestations de HSH et d'autres formes de violences qui n'ont pas manqué, par moment, de déstabiliser les systèmes de prise en charge et de prévention.;

Des cas de violence ont été notés à Dakar, Kaolack et Ziguinchor. Cependant à chaque cas d'arrestation une mobilisation des acteurs a permis d'assurer le respect des droits des prévenus. En termes de perspectives, un accent particulier sera mis sur les activités de renforcement de capacités. De même, les activités de prévention et de prise en charge psychosociale seront renforcées.

NB: des appuis ponctuels sont été offert à des HSH et PS pour soutenir leur prise en charge juridique et sociale.

IV.1.2.4. Prévention chez les Consommateurs de drogues par injection et leurs partenaires

Pour 530 consommateurs de drogues injectables (CDI) attendus 523 ont bénéficié des interventions. La prévention de la transmission du VIH chez les CDI a connu des développements importants. Plusieurs programmes notamment Fonds Mondial, les Programmes de l'Alliance Internationale à travers le programme ARP et les Fonds innovants ont aidé dans la sensibilisation, les activités de prévention et de prise en charge chez les CDI. L'année 2015 a surtout été marquée par le démarrage effectif du CEPIAD.

Dans le cadre des activités du CEPIAD, 1757 contacts ont été touchés dont 1676 hommes et 81 femmes. Parmi ces personnes touchées, 59 étaient des nouveaux et 206 sont des contacts d'injecteurs.

La faiblesse principale notée dans le cadre des interventions a été la faible couverture du pays. En effet les interventions auprès des CDI n'ont couverts que deux région Dakar et Thiès et particulièrement Mbour et la distribution de la méthadone réduite simplement dans la région de Dakar.

IV.1.2.4.1. Caractéristique démographique

Les interventions menées par le CPIAD, en début d'année ont permis d'établir une catégorisation des CDI au Sénégal. En effet, sur un échantillon de 249 consommateurs de drogues injectables (227 hommes et 22 femmes) l'âge médian est de 47 ans (extrêmes de 17-66 ans).

Parmi cet échantillon, le produit consommé est pour 229 de l'héroïne, pour 3 de la cocaïne et 17 consommaient les deux (héroïne et cocaïne). Les injecteurs représentaient 10 % de cette population avec 22 hommes et 3 femmes).

IEC CCC chez les UDI:

- Organisation de Sorties l'équipe d'Outreach pour le suivi des UDI;
- Organisation de groupes de paroles sur la réduction des risques au profit des UDI;
- Mobilisation de 4 médiateurs accompagnant la mise en œuvre des programmes de réduction de risques UDI;
- Organisation d'une revue semestrielle d'1 jour pour partager les résultats de la mise en œuvre des activités UDI.

L'équipe d'Outreach du CEPIAD a pu réaliser 148 sorties sur les 144 prévues. Ces sorties ont permis d'avoir 1757 contacts avec des consommateurs de drogues injectables: 1676 contacts avec des hommes, 81 contacts avec des femmes. Parmi ces contacts, 59 étaient des nouveaux contacts et 206 étaient des contacts d'injecteurs.

Ces sorties ont permis de réaliser des activités de réduction de risques à travers l'information, l'éducation et la communication sur les risques infectieux encourus et à travers la distribution de matériel stérile d'injection et de préservatifs. Ainsi, durant cette période :

- 1468 seringues distribuées et 630 récupérées (43,0 %);
- 8091 préservatifs ont été également distribués;
- 168 consommateurs de drogues injectables ont été référés soit dans des structures de soins et de prise en charge médicale ou psychiatrique ou dans des structures de dépistage;
- Organisation de 24 causeries. Au profit de 495 CDI autour des thèmes suivant :
 - ❖ Méthadone et risques associé;
 - ❖ Comportement à moindres risques;
 - ❖ Méthadone et poly consommation;
 - ❖ Tuberculose: facteurs d'exposition;
 - ❖ Prévention positive;
 - ❖ Rappel des comportements sur la transmission des VIH et VHC;
 - ❖ Estime de soi;
 - ❖ prévention de la transmission et traitement;
 - ❖ Sexualité et méthadone, VIH/droque/ facteurs d'exposition;
 - ❖ Prévention de la transmission VIH : bon port du préservatif;
 - ❖ Drogue et VIH : injection;
 - ❖ VHC/usage de drogue;
 - ❖ Overdose;
 - ❖ IST : prévention de la transmission et traitement;
 - ❖ VIH/droque/ facteurs d'exposition.

IV.1.2.4.2. Mobilisation communautaire

Cette année plus de dix organisations ont mené en direction des CDI des activités de prévention et réduction de risques (causerie, sessions de discussion, distribution de préservatifs et de seringues) et de prise en charge. Ces sorties ont permis de réaliser des activités de réduction de risques à travers l'information, l'éducation et la communication sur les risques infectieux encourus et à travers la distribution de matériel stérile d'injection et de préservatifs.

IV.1.2.4.3. Dépistage des CDI

Les activités de RDR ont permis de toucher 2363 personnes et d'en dépister 98 CDI. La faiblesse du nombre de CDI dépistés en 2015 peut s'expliquer par le démarrage tardif des activités de dépistage, à eux, expressément dédiés.

IV.1.2.4.4. Distribution de seringues

Durant cette période, 5589 seringues ont été distribuées et 3113 récupérées (ce qui fait un taux de récupération de 55,6 %). 7970 préservatifs ont été également distribués. Le matériel d'injection stérile (stericup, eau pour préparation injectable, tampons alcoolisés) a été distribué à hauteur de 2951 pièces.

IV.1.2.4.5. Distribution de la méthadone

La distribution de méthadone a permis d'inclure plus de 115 patients. Les patients se présentent tous les jours au CEPIAD pour de ravitailler. La seule faiblesse dans cette activité reste son confinement dans le département de Dakar alors que le besoin est ressenti dans beaucoup de régions du pays.

IV.1.2.5. Les politiques favorables aux soins des populations clé

La question de l'environnement favorable aux soins préventifs et curatifs continue de constituer un goulot d'étranglement. En 2015, des initiatives fortes ont été développées pour une meilleure implication des autorités politiques, religieuses et coutumières mais aussi pour un meilleurs accès aux soins des populations clé et une quiétude de l'environnement de travail. Ces interventions ont aussi visé une autonomisation des OCB et des bénéficiaires. Les activités les plus saillantes ont tourné autour de:

- La réalisation de visites de proximité, entretiens, auprès de leaders: religieux (Imams et Prêtres), communicateurs traditionnels et correspondants d'organes de presse, dans les régions de Ziguinchor, Sédhiou, Kolda, Kaolack, Louga et Dakar;
- L'organisation d'un atelier national sur le plaidoyer et le dialogue politique avec les forces de Sécurité sur les interventions auprès des MSM, PS et CDI;
- L'organisation d'un atelier national sur droits humains et VIH au profit des PVVIH, MSM, PS et autorités judiciaires;
- L'organisation de panels de discussions à Dakar pour le respect des droits humains des PVVIH, MSM et PS;
- L'appui institutionnel aux associations de MSM et PS en équipement de bureau.

IV.1.2.6. Contraintes et défis

- Elaboration de supports de communications adaptés aux contextes sociopolitiques des 3 pays (Sénégal, Gambie, Guinée Bissau);
- Pérennisation des interventions;
- Réalisation de l'évaluation participative pour les CDI dans la région de Ziguinchor;
- Suppression de la prise en charge médicale pour les populations clé (bilans, examens, analyses, ordonnances);
- Manque d'appui institutionnel pour les SSR;
- Manque de financement de certaines activités ou prestation comme les repas communautaires, la distribution de kits alimentaires et la Prévention Positive.

IV.1.2.7. Solutions préconisées

- Adaptation des supports selon le contexte de chaque pays;
- Appuis, Conseils et Assistance juridique aux PS et HSH en difficulté avec la justice et ou les forces de sécurité;
- Formation des leaders PVVIH, MSM+ et PS+ sur la santé sexuelle et reproductive
- Amélioration de la compréhension des acteurs sociaux culturels sur les stratégies du programme sida et de la gestion des populations clé;
- Contribution à la mise en place d'un fond de garanties sociales pour la PEC du paquet spécifique aux PVVIH dans le CMV+ (Inscription et Fond de Garantie dans les Unités de gestion du CMV Assurer un appui institutionnel des OCB des groupes clés les plus exposés aux risques d'IST et VIH;
- Appui au RNP+ et associations membres pour la tenue régulière de leurs instances de gouvernance par an;

- Appui institutionnel des associations de PVVIH par an.

IV.1.2.8. Perspectives

- Organisation de sessions thématique sur VIH et Droits humains auprès des acteurs communautaires;
- Edition et diffusion de l'outil de communication sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Edition et diffusion en anglais et en portugais des cartes conseils.

IV.1.3. Prévention auprès des populations en contexte de vulnérabilité

IV.1.3.1. Contexte politique

Au niveau mondial, après plus d'une trentaine d'année de lutte, on observe une tendance à la baisse de l'infection à VIH. Aussi, la combinaison de plusieurs stratégies notamment, l'accès au traitement antirétroviral, l'accélération de la prévention et de la prise en charge, ont contribué à la réduction des décès liés au sida au cours des dernières années.

La prévention occupe une place importante sur l'ensemble des stratégies de lutte contre l'infection à VIH. Ainsi, lors de la 65ème Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida tenue à New York en Juin 2011, une nouvelle déclaration politique dénommée « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida » a été élaborée avec 10 objectifs dont le premier vise la réduction de moitié du taux de transmission du VIH par voie sexuelle d'ici 2015. Avec les nouvelles orientations politiques des 90-90-90 qui visent à mettre fin à l'épidémie d'ici 2030, la prévention et le ciblage des interventions demeurent des stratégies essentielles dans le dispositif de lutte contre le VIH/Sida.

Dans le but de faciliter l'atteinte des trois 90, l'ONUSIDA a aussi lancé l'initiative « Test Treat and Retain ». Cette stratégie associe un dépistage renforcé et un traitement précoce pour toutes les personnes séropositives permettant ainsi de réduire le risque de transmission du VIH.

Le Sénégal a très tôt adopté cette nouvelle stratégie en lançant l'initiative TATARSEN pour accompagner les 90-90-90.

Au Sénégal, l'organe de coordination et d'orientation de la riposte au VIH s'est doté d'un nouveau Plan stratégique national 2015-2017. La vision de ce plan est un Sénégal à l'horizon 2030 avec zéro nouvelle infection, zéro décès dus au Sida et zéro discrimination.

Le Plan stratégique national a établi des priorités qui ciblent les populations en contexte de vulnérabilité comme les personnes handicapées, les personnes privées de liberté, les camionneurs, les pêcheurs, les orpailleurs, les policiers, militaires, etc.

Avec les partenaires financiers (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et de l'USAID/FHI 360) plusieurs régions du Sénégal (Thiès, Ziguinchor, Kédougou, Sédhiou et Kolda) sont impliquées dans la réalisation de cartographies participatives de vulnérabilité, destinées à un meilleur ciblage des interventions, une prise en compte graduelle des dynamiques évolutives de l'épidémie et une répartition spatiale des interventions plus équilibrée.

IV.1.3.2. Mise en œuvre des programmes

Le conseil national de lutte contre le sida (CNLS) s'est doté d'un plan stratégique national 2015-2017. Ce Plan vise à réduire de moitié les nouvelles infections par le VIH mais aussi à réduire les décès et améliorer la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH.

Un des résultats d'effets du PSN est de faire adopter des comportements à moindre risque d'ici 2017 à au moins 70,0 % des populations en contexte de vulnérabilité. Pour arriver à ce résultat, un certain nombre d'activités d'IEC/CCC destinées à ces populations ont été mises en œuvre pour l'adoption de comportements sécuritaires.

Il s'agit généralement d'éléments couverts dans la prévention de la transmission sexuelle comme : 1) la promotion des comportements sexuels à moindre risque par des causeries, sessions éducatives etc.; 2) la promotion de l'utilisation du préservatif; et la distribution de préservatifs et 3) le dépistage.

IV.1.3.3. Résultats de la mise en œuvre

IV.1.3.3.1. Promotion des comportements sexuels à moindre risque

Il s'agit d'activités de préventions, d'éducation et de promotion (IEC/CCC) effectuées au cours de l'année 2015. Lesquelles activités ciblent les populations en contexte de vulnérabilité. L'indicateur de couverture « Nombre et pourcentage de populations en contexte de vulnérabilité ayant reçu au moins une information, éducation, communication incitant au changement de comportement au cours des 12 mois précédant » permet dans quelle mesure ces populations cibles qui sont rejointes à travers ces activités.

Le tableau 1 présente une synthèse des activités d'IEC/CCC destinées aux populations en contexte de vulnérabilité et qui sont déroulées durant l'année 2015 par les différents acteurs impliqués dans la riposte au VIH/Sida. Les résultats montrent un niveau de performance qui varie de 57,4 % à 102,1 %.

Les faibles performances observées dans la mise en œuvre de ces activités au cours de l'année 2015 s'expliquent essentiellement par un retard accusé dans le financement de ces dernières.

Tableau 5. Nombre et pourcentage de personnes en contexte de vulnérabilité ayant reçu au moins une information, éducation, communication incitant au changement de comportement en 2015

communication visant au changement de comportement en 2019							
RESPONSABLES	Prévu	Réalisé				%	
		T 1	T 2	T 3	T 4	Total	
Niveau programmatique							
- Secteurs: Forces armée, Justice, Intérieur et Tourisme	3660	3738		S/O		3738	102,1
- Secteurs : Travail (orpailleurs), Forces armée, Justice, Tourisme, Transport	6 485	S/O		3 721		3 721	57,4
ANCS	14641	14952		S/O		14952	102,0
FHI							
- Groupes passerelles (Routiers, Pêcheurs, etc.)	18 000	2 785	1 876	22 014	294	26 757	148, 6
- Population générale y compris les orpailleurs	60 000	1 972	25 382	13 071	1 205	41 505	69,2

Sources: PUDR CNLS, 2015 ; Rapport annuel 2015 ANCS, Synthèse des résultats 2015, FHI-USAID

IV.1.3.3.2. Promotion de l'utilisation du préservatif

Les résultats de l'Enquête Nationale de Surveillance Combinée (Biologique et Comportementale) de 2015 ont permis de mesurer le degré d'utilisation de préservatifs par certaines populations en contexte de vulnérabilité lors du dernier rapport avec leur partenaire.

IV.1.3.3.2.1. Promotion de l'utilisation du préservatif: Chez les camionneurs

Selon l'Enquête nationale de surveillance combinée (ENSC) de 2015 (CNLS, 2015), 71,4 % des camionneurs interrogés ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel varie selon le type de partenaire. En effet, parmi les camionneurs ayant des rapports sexuels avec une professionnelle du sexe, 93,7 % ont utilisé des préservatifs, chez ceux ayant un partenaire occasionnel, 78,8 % ont utilisé des préservatifs et pour les camionneurs qui ont un partenaire régulier, 67,7 % utilise le préservatif.

La figure 1 montre l'évolution de l'utilisation de préservatifs lors du dernier rapport chez les camionneurs selon le type de partenaire entre 2010 et 2015 (CNLS 2010 et 2015). Elle montre une augmentation, de 2010 à 2015, de l'utilisation de préservatif chez les camionneurs ayant des rapports sexuels avec des professionnels du sexe (78,9 % contre 93,7 %) et des partenaires occasionnels (73,8 % contre 78,8 %). Par contre, dans la même période, le pourcentage de camionneurs utilisant des préservatifs lors de leur rapport avec un partenaire régulier est passé de 68,9 % à 67,7 % (CNLS, 2015).

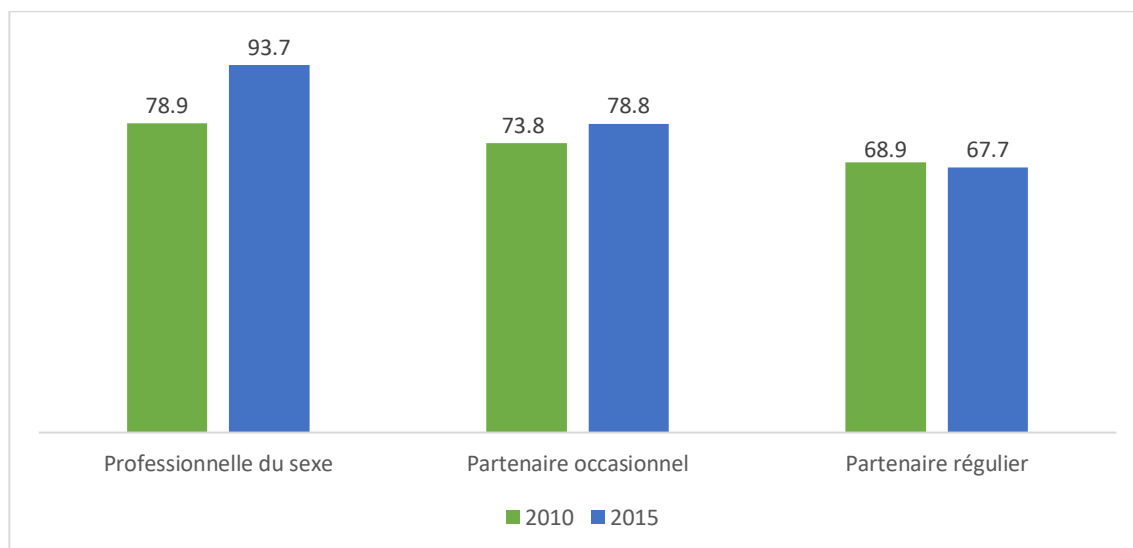


Figure 7. Répartition (%) des camionneurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015

Concernant les comportements sexuels à moindre risque chez les camionneurs, une diminution des rapports sexuels avec les partenaires occasionnels a été notée entre 2010 et 2015 soit respectivement 19,5 % et 15,7 %. Il en est de même avec les professionnelles de sexe 12,1 % versus 7,6 %. Par contre les rapports sexuels avec les partenaires réguliers autres que l'époux ont connu une augmentation passant de 63,4 % en 2010 à 76,7 % en 2015.

IV.1.3.3.2.2. Promotion de l'utilisation du préservatif: Chez les Pêcheurs

Dans le cadre de l'ENSC de 2015, 64,4 % des pêcheurs participants ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels. Selon le type de partenaires, 100,0 % des pêcheurs interrogés ont déclaré avoir utilisé des préservatifs dans leur dernier rapport sexuel avec des professionnelles de sexe, 75,0 % avec des partenaires occasionnels et 59,4 % avec des partenaires réguliers.

L'analyse comparative portant l'utilisation de préservatifs lors du dernier rapport sexuel chez les pêcheurs va porter sur les résultats des ENSC de 2010 et de 2015. La figure 3 présente l'évolution de l'utilisation de préservatifs lors du dernier rapport chez les pêcheurs selon le type de partenaire entre 2010 et 2015. Elle montre une augmentation de l'utilisation de préservatif chez les pêcheurs ayant des rapports sexuels avec des professionnels du sexe (84,2 % versus 100,0 %), chez ceux ayant des rapports avec des partenaires occasionnels (66,7 % versus 75,0 %). Par contre, chez les pêcheurs ayant des rapports sexuels avec un partenaire réguliers, l'utilisation du préservatif est passée de 61,0 % à 59,4 %.

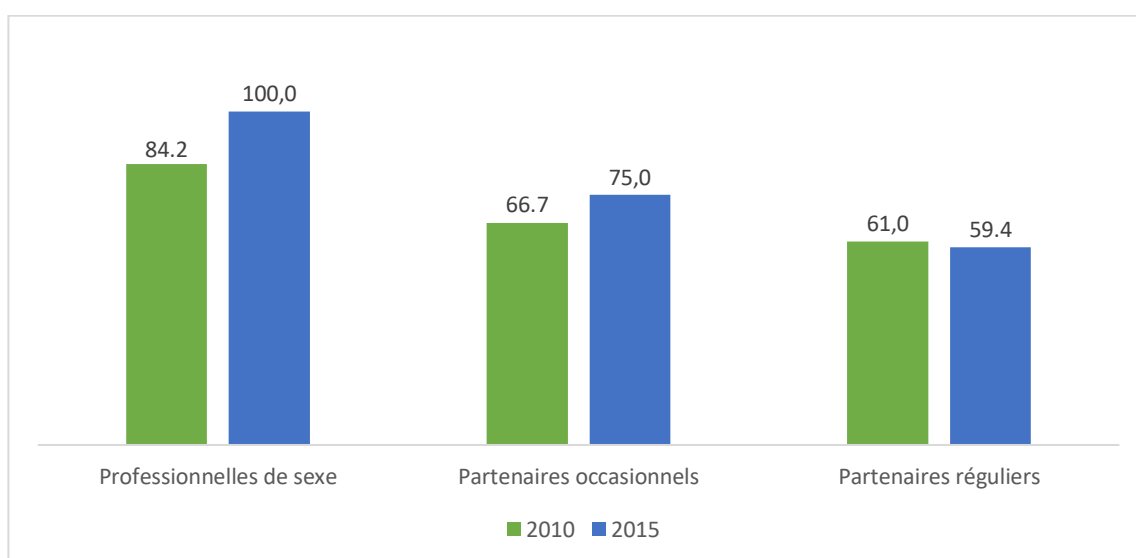


Figure 8. Répartition (%) des pêcheurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015

Du point de vue comportemental, entre 2010 et de 2015 on note une diminution des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels (20,3 % versus 15,1 %) et des professionnelles de sexe (14,3 % versus 4,4 %) chez les pêcheurs interrogés lors de ces enquêtes. Par contre, les rapports sexuels avec les partenaires réguliers sont passés de 65,4 % en 2010 à 80,3 % en 2015.

IV.1.3.3.2.3. Promotion de l'utilisation du préservatif: Chez les Orpailleurs

Chez les orpailleurs 86,8 % des personnes interrogées ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel varie selon le type de partenaire.

Parmi les orpailleurs ayant des rapports sexuels avec une professionnelle du sexe, 95,7 % ont déclaré avoir utilisé des préservatifs, 81,8 % des orpailleurs lors de leurs rapports sexuels avec un partenaire régulier et 78,9 % pour les orpailleurs qui ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.

La figure 4 montre l'évolution de l'utilisation de préservatifs lors du dernier rapport chez les orpailleurs selon le type de partenaire entre 2010 et 2015. Elle montre une augmentation drastique de l'utilisation de préservatif chez les orpailleurs ayant des rapports sexuels avec des professionnels du sexe (20,0 % contre 95,7 %), chez ceux ayant des rapports avec des partenaires occasionnel (44,1 % versus 78,9 %) et chez les orpailleurs ayant des rapports avec un partenaire régulier (62,3 % à 81,8 %).

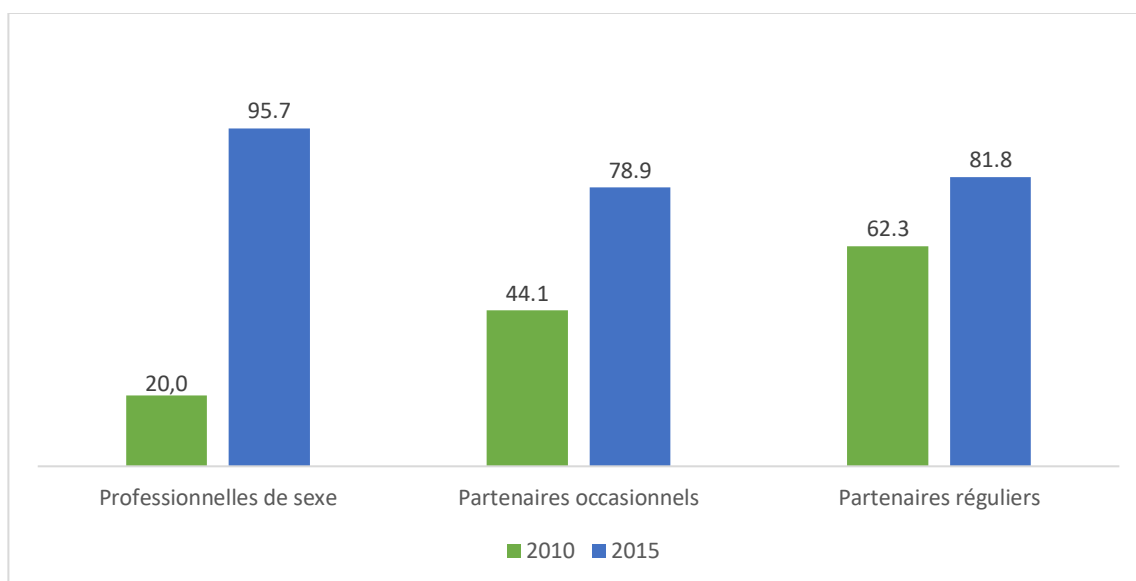


Figure 9. Répartition (%) des orpailleurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015

Dans le chapitre des comportements sexuels à moindre risque chez les orpailleurs, la comparaison des résultats des Enquêtes de 2010 et de 2015 montre une forte augmentation des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels soit 26,6 % et 35,8 % respectivement. Le pourcentage d'orpailleurs ayant déclaré avoir eu rapports sexuels avec les professionnelles de sexe est passé de 19,5 % à 43,4 %. Par contre, le pourcentage d'orpailleurs ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec les partenaires réguliers ont diminué passant de 53,9 % en 2010 à 20,7 % 2015.

IV.1.3.3.2.2. Promotion de l'utilisation du préservatif: Chez les Hommes en tenue

🚓 Policiers

Parmi les policiers interrogés dans le cadre de l'ENSC de 2015 91,0 % ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels. Selon le type de partenaires, 93,5 % des policiers participants ont affirmé avoir utilisé des préservatifs dans leur dernier rapport sexuel avec des partenaires réguliers, 88,9 % avec des professionnelles de sexe et 78,7 % pour les partenaires occasionnels.

L'analyse comparative portant l'utilisation de préservatifs lors du dernier rapport sexuel chez les policiers concerne les données des ENSC de 2010 et de 2015.

La figure 5 présente l'évolution de l'utilisation de préservatifs lors du dernier rapport chez les policiers selon le type de partenaire entre 2010 et 2015. Il est noté une augmentation de l'utilisation de préservatif chez les policiers ayant des rapports sexuels avec un partenaire régulier (54,4 % contre 93,5 %). Par contre, une diminution de l'utilisation de préservatifs a été enregistrée chez les policiers ayant des rapports sexuels avec un professionnel du sexe (100,0 % contre 88,9 %) et avec des partenaires occasionnels (82,2 % contre 78,7 %).

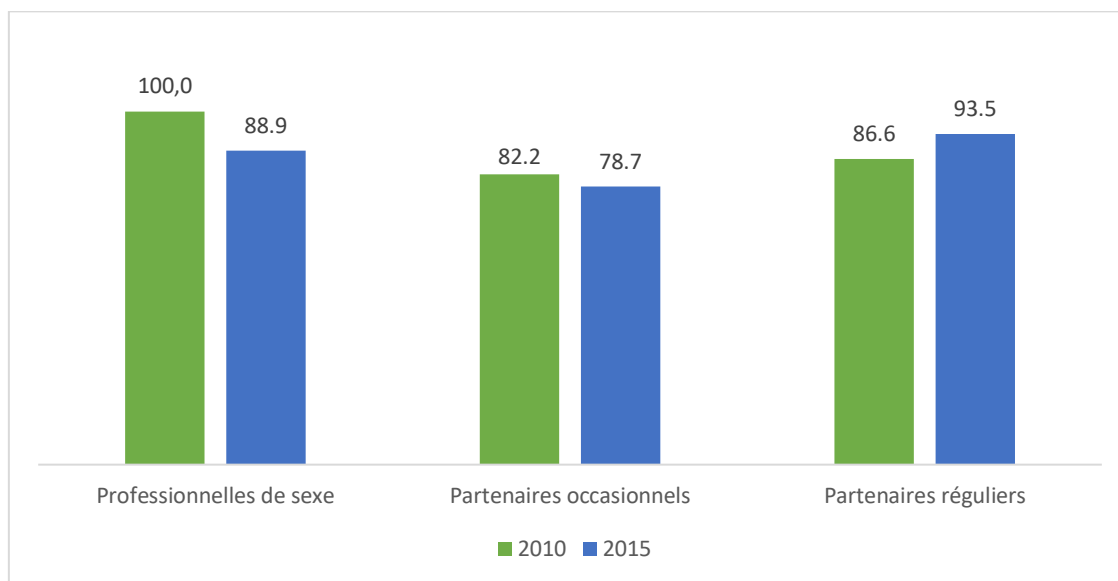


Figure 10. Répartition (%) des policiers ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015

Dans le chapitre des comportements sexuels à moindre risque chez les policiers, la comparaison des résultats des Enquêtes de 2010 et de 2015 montre une diminution sur les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels soit 17,5 % et 15,6 %, respectivement. Par contre, le pourcentage de policiers ayant déclaré avoir eu rapports sexuels avec les professionnelles de sexe est passé de 1,8 % en 2010 à 3,0 % en 2015. Le pourcentage de policiers ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires réguliers est passé de 80,7 % à 79,6 % entre 2010 et 2015.

Militaires

Chez les militaires interrogés, 82,0 % ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel varie selon le type de partenaire. Le pourcentage de militaires ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec une professionnelle du sexe est de 94,1 %, alors qu'il est de 83,7 % chez ceux ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel et 80,8 %, pour les militaires qui ont un partenaire régulier.

L'analyse comparative portant l'utilisation de préservatifs lors du dernier rapport sexuel chez les militaires va porter sur les données des ENSC de 2006 et de 2015 car les militaires ciblés dans l'Enquête de 2006 n'ont pas été inclus dans celle de 2010.

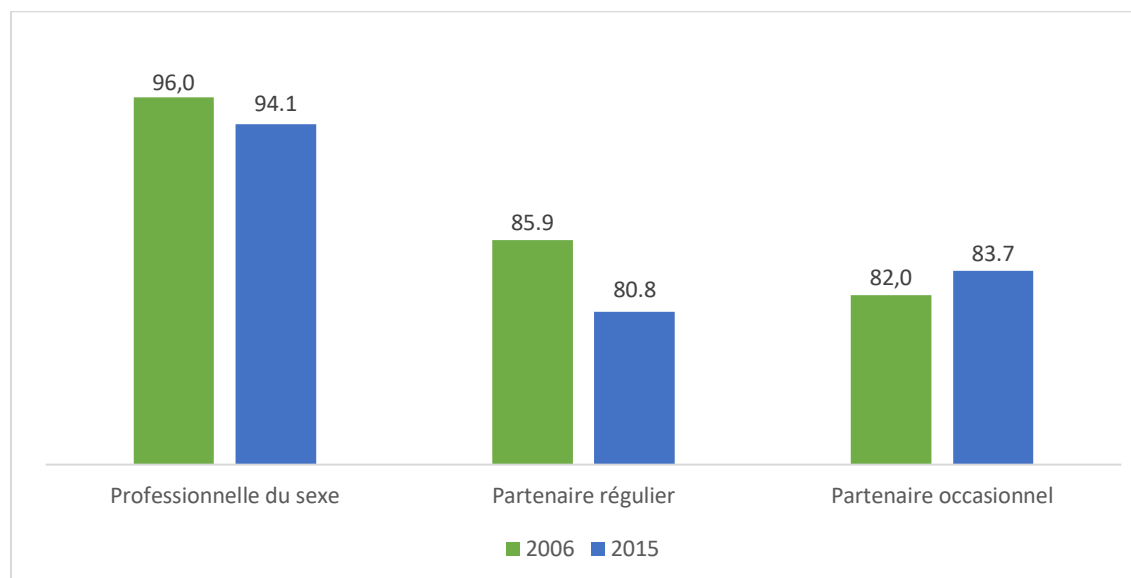


Figure 11. Répartition (%) des militaires ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2006- 2015

La figure 11 montre l'évolution de l'utilisation de préservatifs lors du dernier rapport chez les militaires selon le type de partenaire entre 2006 et 2015 (ENSC de 2006 et 2015). Elle montre une diminution de l'utilisation de préservatif chez les militaires ayant des rapports sexuels avec des professionnels du sexe (96,0 % contre 94,1 %) et chez ceux ayant des rapports avec un partenaire régulier (85,9 % à 80,8 %). Chez les militaires ayant des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, l'utilisation du préservatif est passée de 82,0 % à 83,7 %.

En ce qui concerne les comportements sexuels à moindre risque chez les militaires, la comparaison des résultats des Enquêtes de 2006 et de 2015 montre une diminution des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels soit 20,1 % et 12,8 % respectivement. Le pourcentage de militaires ayant déclaré avoir eu rapports sexuels avec les professionnelles de sexe est passé de 10,6 % en 2006 à 5,1 %. Par contre, le pourcentage de militaires ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec les partenaires réguliers autres que l'époux ont augmenté de 69,3 % en 2006 à 82,1 % en 2015.

Les militaires sont caractérisés par leur mobilité à travers le Sénégal (par exemple dans les zones de la Casamance où les prévalences sont élevées) et hors de nos frontières (dans le cadre des opérations de maintien de la paix dans la sous-région africaine avec de fortes prévalences du VIH) ce qui fait d'eux une cible importante à surveiller. En 2015, les résultats de l'ENSC montrent une prévalence faible de 0,3 % contre 0,7 % en 2006.

Gendarmes

Parmi les gendarmes interrogés dans le cadre de l'ENSC de 2015, 88,1 % ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels.

Selon le type de partenaires, 100,0 % des gendarmes interrogés ont affirmé avoir utilisé des préservatifs dans leur dernier rapport sexuel avec des professionnelles de sexe, 89,9 % avec les partenaires occasionnels et 87,2 % pour les partenaires réguliers.

Pour les comportements sexuels à moindre risque, il faut noter que 12,1 % des gendarmes interrogés ont affirmé avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels tandis que 4,9 % ont eu des rapports sexuels avec les professionnelles de sexe et 82,9 % avec les partenaires réguliers en 2015.

IV.1.3.3.3. Promotion du dépistage au VIH

IV.1.3.3.3.1 Promotion du dépistage au VIH : Chez les camionneurs

En 2010 25,4 % des camionneurs avaient effectué un test de dépistage sida au cours des 12 derniers mois qui étaient constant en 2015 soit 26,5 %, parmi ces 25,4 % de 2010 81,5 % avaient reçu leurs résultats alors que 97,9 % des 26,5 % de 2015 avaient reçu leurs résultats.

IV.1.3.3.3.2 Promotion du dépistage au VIH : Chez les pêcheurs

En 2010 25,7 % des pêcheurs avaient effectué un test de dépistage sida au cours des 12 derniers mois alors qu'en 2015 23,8 %, parmi ces 25,7 % de 2010 que 83,2 % avaient reçu leurs résultats alors que 97,9 % des 23,8 % de 2015 avaient reçu leurs résultats.

IV.1.3.3.3.2 Promotion du dépistage au VIH : Chez les orpailleurs

En 2010, 19,7 % des orpailleurs avaient effectué un test de dépistage sida au cours des 12 derniers mois alors qu'en 2015 47,3 %, parmi ces 19,7 % de 2010 que 70,0 % avaient reçu leurs résultats alors que 86,5 % des 47,3 % de 2015 avaient reçu leurs résultats.

IV.1.3.3.3.2 Promotion du dépistage au VIH : Chez les hommes de tenue

Policiers

En 2010 23,0 % des policiers avaient effectué un test de dépistage sida au cours des 12 derniers mois on a constaté une légère diminution soit 22,2 % en 2015, parmi ces 23,0 % de 2010 95,9 % avaient reçu leurs résultats alors que 94,7 % des 22,2 % de 2015 ont reçu leurs résultats.

Gendarmes

En 2015 43,4 % des gendarmes de notre échantillon avaient effectué un test de dépistage sida au cours des 12 derniers mois et 82,7 % avaient reçu leurs résultats.

Militaires

En 2010 33,0 % des militaires avaient effectué un test de dépistage sida au cours des 12 derniers mois alors qu'en 2015 48,1 %, parmi ces 33,0 % de 2010 que 51,2 % avaient reçu leurs résultats alors que 81,3 % des 48,1 % de 2015 avaient reçu leurs résultats.

IV.1.4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

IV.1.4.1. Contexte

La santé de la mère et de l'enfant constitue une préoccupation majeure en Afrique. Cet intérêt se justifie du fait de l'importance de la mortalité maternelle et infantile. L'infection à VIH en est l'une des principales causes. Le VIH reste une cause majeure de décès chez les femmes en âge de procréer au niveau mondial et aussi une cause importante de la mortalité maternelle et infantile dans plusieurs pays à forte prévalence. La prévention de la transmission mère-enfant (PTME) est une stratégie fondée sur des évidences qui vise à s'assurer que la mère vivant avec le virus ne le transmet pas à son bébé pendant la grossesse, l'accouchement et pendant l'allaitement. Malgré cela, des milliers d'enfants sont infectés par le VIH chaque année dans le monde.

Compte tenu de l'urgence et des opportunités actuelles pour améliorer la prévention du VIH et la santé maternelle et néonatale, il existe aujourd'hui un consensus solide et partagé sur le rôle de la PTME en tant que réponse adaptée à cette problématique, en témoigne les engagements internationaux et régionaux visant non seulement la mise à échelle des interventions de PTME, mais surtout l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (eTME) pour contribuer à la réalisation des OMD et des cibles définies dans les instruments régionaux.

Pour atteindre ces objectifs, le Sénégal a souscrit à ces nombreux engagements sous régionaux et internationaux, visant l'amélioration de l'état de santé de ses populations en général et la lutte contre le VIH en particulier. Parmi ces engagements figurent en bonne place la Stratégie Globale du Secrétariat Général des Nations Unies pour la Santé des femmes et des Enfants pour renforcer l'engagement et l'effort collectif pour l'accélération des progrès vers les OMD 4 et 5, l'élimination de nouvelles infections du VIH chez les enfants d'ici à 2015 tout en maintenant leurs mères en vie.

A cet effet, le Sénégal a lancé le 1^{er} Décembre 2012 son plan d'eTME. Dans le cadre de la mise en œuvre du dit plan, il était prévu d'élaborer les micros plans eTME pour les 14 régions du pays. Au mois de juin 2015, les 14 micros plans eTME régionaux sont disponibles grâce à l'appui technique et financier de l'UNICEF. Par ailleurs, suite aux dernières recommandations de l'OMS sur la PEC du couple mère-enfant dans le cadre de la PTME, la Sénégal qui était déjà à l'option B depuis 2010 a adopté en Août 2012 l'option B+ qui consiste à mettre les femmes enceintes séropositives sous TARV à vie dès que le diagnostic de grossesse est posé. Ceci est en étroite ligne avec les dernières recommandations de l'OMS: « test and treat » afin de mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 avec les objectifs intermédiaires de 2020 l'atteinte des 90 90 90.

IV.1.4.2. Mise en œuvre de la PTME

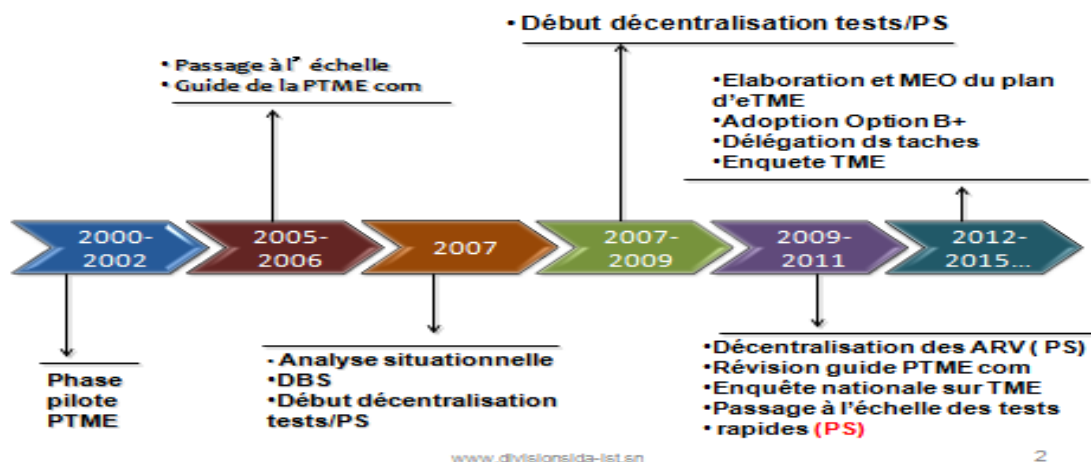


Figure 12. Evaluation de la mise en œuvre de la PTME au Sénégal

La stratégie de la PTME va permettre de réduire la prévalence du VIH au sein de la population, mais aussi de réduire la transmission du VIH de la mère séropositive à son enfant, voir même d'éliminer cette transmission. La mise en œuvre de la PTME a débuté au Sénégal par son intégration dans l'ISAARV de 1998 à travers plusieurs étapes :

- La phase pilote de 2000 à 2002 avec l'introduction des interventions de la PTME au niveau de 4 sites situés à Dakar (HEAR, HPD, ARLD, CS de Guédiawaye). L'évaluation de la phase pilote faite en 2004 avait montré un taux de transmission mère-enfant évalué à 3,6 %,
- Le passage à l'échelle de la PTME initié à partir de 2005 avec une décentralisation au niveau des centres de santé et hôpitaux,
- En 2007, la décentralisation de l'utilisation des tests rapides au niveau des PS a été amorcée suite afin de résoudre le problème lié à l'accessibilité du dépistage pour les FE reçues en CPN,
- En 2010, suite aux recommandations de l'OMS, notre pays est validé et adopter l'option B et allaitement maternel protégé jusqu'à 12 mois,
- En 2011, la consultation régionale sur l'élimination de la transmission mère- enfant du VIH en Afrique de l'ouest et du centre organisée par WCARO dans le cadre du JURTA, a permis au Sénégal d'élaborer sa feuille de route pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH d'ici 2015,
- Le 1^{er} Décembre 2012, le Sénégal a lancé son plan national d'eTME,
- Durant l'année 2013, les 5 régions prioritaires (Sédhiou, Kolda, Ziguinchor, Tambacounda et Kédougou) ont élaborés et mis en œuvre leurs micros plans d'eTME,
- Durant l'année 2014, 3 autres régions (Kaolack, Thiès et Saint Louis) ont été enrôlées dans ce processus de micro planification eTME,
- A la fin du mois de Juin 2015, toutes les 14 régions du Sénégal disposent de leurs micros plans d'eTME soit un total de 76 districts qui sont en train de l'implémenter,

Pour rappel, il s'agissait lors de cet exercice d'élaboration des miro plan eTME dans les 76 districts de:

- Remplir la maquette simplifiée de l'analyse des goulots d'étranglement de la PTME et de la SMNI (outil MBB);
- Identifier les stratégies adaptées à la situation décrite et les actions prioritaires ;
- Elaborer un cadre de performance annualisé par objectif;
- Elaborer des plans d'actions par districts et régional.

IV.1.4.2. Résultats de la mise en œuvre : analyse comparative

Depuis plus de 3 ans, les performances en termes de dépistage des femmes enceintes vues en CPN se sont nettement améliorées. En effet, En 2013, 75,0 % des femmes enceintes reçues en CPN ont bénéficiées du Counseling dépistage VIH contre 77,0 % en 2014. Pour ce qui est de l'année 2015, le nombre de femmes enceintes dépistées est de 367 623 soit 81,0 % par rapport au 1^{er} contact.

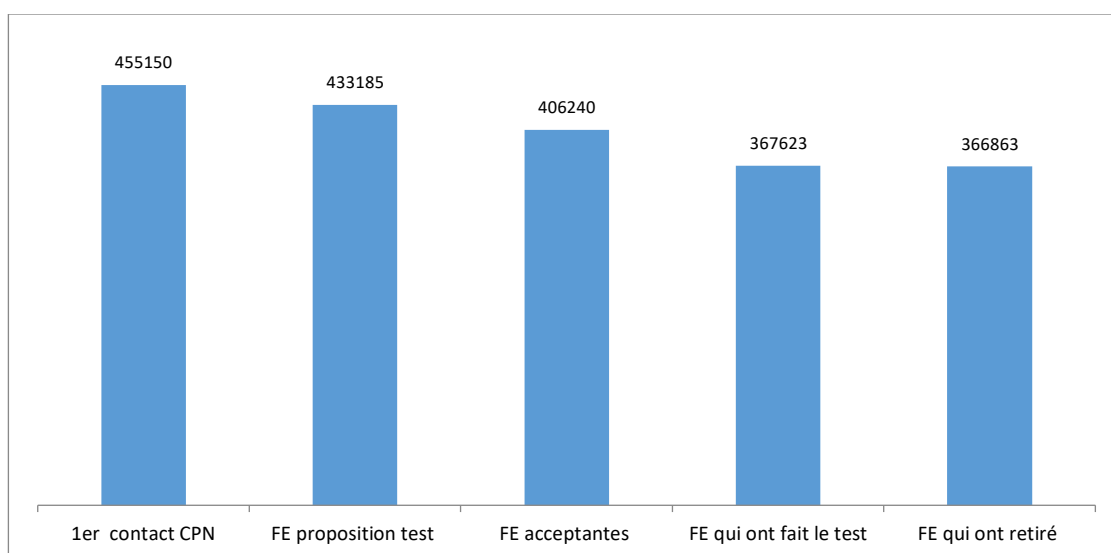


Figure 13. Cascade PTME 1: 1er contact, proposition, acceptation dépistage et retrait

S'agissant de la PEC du couple mère enfant, malgré les progrès enregistrés depuis 2013, notre pays est encore loin des objectifs d'eTME.

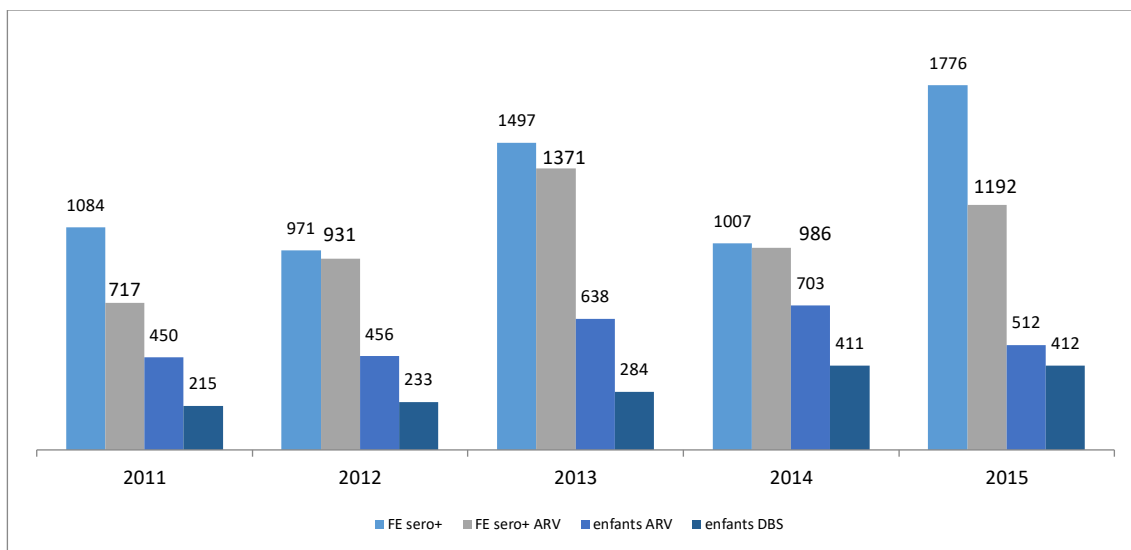


Figure 14. Evolution de la cascade PTME 2 (PEC du couple mère –enfant) de 2011 à 2015

La figure 14 nous montre la PEC du couple mère-enfant de 2011 à 2015. Le pourcentage de mise sous ARV chez les femmes dépistées positives est passé de 52,0 % en 2014 à 58,0 % en 2015 (dénominateur utilisé projection du spectre des femmes séropositives attendues). Cette légère progression est due entre autre à un timide passage à l'échelle de la politique de délégation de tâches adoptées depuis 2013 au Sénégal. En revanche si nous rapportons ce pourcentage aux femmes enceintes dépistées positives, nous sommes à 67,0 % de performance. Pour ce qui est de la mise sous prophylaxie des enfants nés de mère séropositives, le programme a enregistré un recul du aux ruptures des CDF pendant l'année 2015.

Ainsi seulement 26,0 % des enfants issus de la PTME ont pu bénéficier d'une prophylaxie antirétrovirale contre à 31,5 % en 2014.

Le diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositives par la méthode de prélèvement sur papier buvard a démarré au Sénégal depuis fin 2011 avec un passage à l'échelle effective en 2013. Cependant l'absence de circuit formel pour l'acheminement des DBS et le rendu des résultats a plombé les performances des sites. En effet, le pourcentage des enfants qui ont bénéficié du prélèvement sur papier buvard est passé de 18,5 % en 2014 à 21,0 % en 2015.

Enquête nationale sur l'évaluation du taux de TME du VIH au Sénégal (2015)

Dans le plan national d'eTME du VIH au Sénégal lancé le 1^{er} Décembre 2012, il était prévu de faire une enquête nationale sur le taux de TME du VIH en 2015. Cette enquête a constitué l'activité phare du bureau de la prévention de la DLSI.

Une première évaluation du programme de PTME avait été faite en 2011 et elle avait montré un taux de transmission mère enfant du VIH de 4,2 % en 2010.

➤ Méthodologie de l'enquête

Elle a ainsi été menée sur les 14 régions du Sénégal. Il s'agissait d'une part d'une enquête exhaustive sur les enfants nés de mère séropositive, entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2014 dans les structures de santé répertoriées comme sites PTME et d'autre part d'entretiens individuels avec les prestataires, les responsables de laboratoire et de pharmacie ou dépôt de médicament.

Une recherche active de perdus de vue menée au niveau des régions a permis la détermination des statuts d'environ 600 enfants supplémentaires soit 33,0 %. Ceci a permis une réduction significative du nombre d'enfants sans statut sérologique améliorant ainsi la validité de l'étude. Cette recherche active a été complétée par l'utilisation des bases de données du laboratoire de bactériologie virologie et de la division de la lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles. Les résultats de l'enquête de 2015 ont été comparés à ceux de 2011 à l'aide du test du khi 2.

➤ Résultats de l'enquête

La période de l'étude était de 2011 à 2014. Elle a porté sur 2 730 enfants nés de mère séropositive. Le taux de transmission a été calculé selon plusieurs hypothèses. L'analyse des résultats chez les enfants montre un taux à 3,1 % en 2014.

L'allaitement maternel protégé était pratiqué chez 80,6 % des mères. La prophylaxie était complète chez 82,6 % des enfants. 2,6 % des femmes ont bénéficié de charge virale. Au total, 8,5 % des enfants étaient décédés.

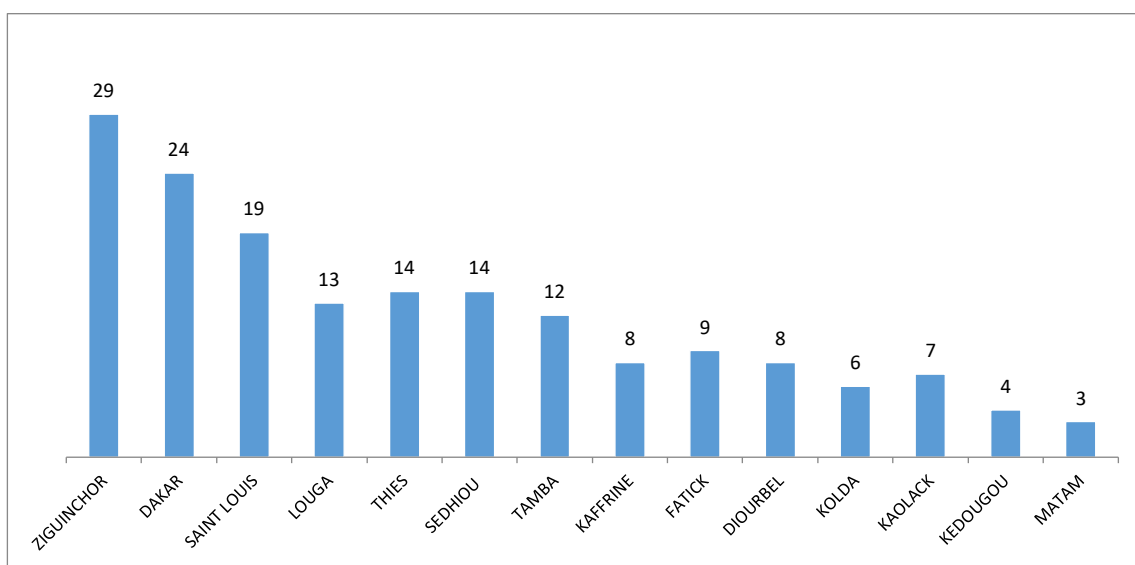


Figure 15. Nombre d'enfants décédés par région

La figure 15 montre le nombre d'enfants décédés par régions. Au total, 170 enfants soit 8,5 % sont décédés. Les régions de Ziguinchor, Dakar, Saint Louis, Sédhiou Thiès et Louga totalisent 100 enfants décédés (59 %) soit plus de la moitié des cas de décès. L'enquête n'a pas pu établir les causes des décès.

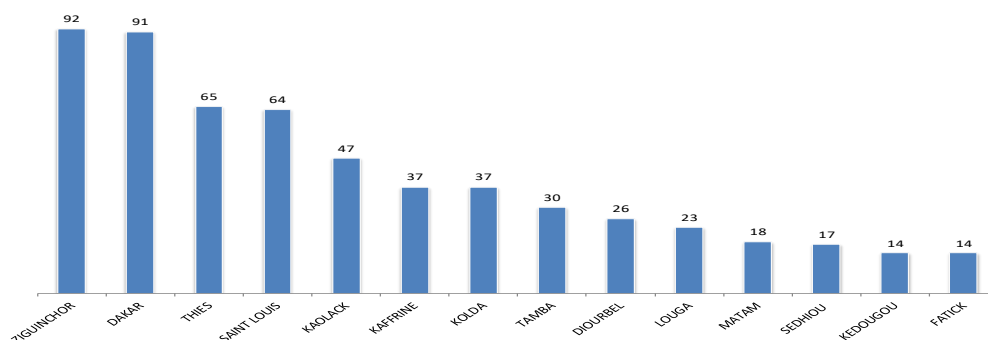


Figure 16. Nombre d'enfants PDV par région

Durant cette enquête, une recherche active de perdus de vue menée au niveau des régions a permis la détermination des statuts d'environ 600 enfants supplémentaires soit 33,0 % cependant 577 enfants soit 29,0 % perdus de vue n'ont pas été retrouvés. Le graphique N°5 montre que les régions de Ziguinchor (92 enfants PDV), Dakar (91), Thiès (65), Saint Louis (64), Kaolack (47), Kaffrine (37) et Kolda aussi 37 enfants PDV enregistrent les taux de PDV les plus importants.

Les entretiens menés auprès des principaux acteurs ont révélé une difficulté dans l'accès aux résultats des tests par Polymérase Chain Réaction (PCR) effectués.

En définitive, l'évaluation du programme de transmission du VIH de la mère à l'enfant a montré une réduction du taux de transmission de 4,2 % en 2010 à 3,1 % en 2014. Cependant, la détermination précoce du statut virologique des enfants pose toujours problème. La mise en place d'un circuit d'acheminement des prélèvements et de retour des résultats constitue un défi majeur pour le programme.

IV.1.4.3. Bonnes pratiques de la PTME

✓ Bonne pratique N°1: Le tableau lumière de la SWAA



Figure 17. Tableau Lumière de la SWAA

Au Sénégal, le taux d'utilisation de la CPN est de 96,0 % source EDS C (2014) en revanche selon la même source, le taux d'achèvement est de 48,0 %. Afin de booster le respect des 4 CPN selon le calendrier établi par la Division Santé de la Reproduction et Survie de l'Enfant (DSRSE), l'ONG SWAA a mis en place le tableau «Lumière» dans certains sites de CPN. Ce tableau est constitué de 12 pochettes représentant les 12 mois de l'année plus une pochette supplémentaire dénommée pochette à problème. Si une femme enceinte qui devait venir au mois d'Avril n'est pas venu à son rendez-vous, passé le délai la sage-femme met son nom et adresse dans la pochette à problème et de concert avec l'agent de santé communautaire, une recherche de PDV est organisé afin qu'elle puisse venir faire sa consultation prénatale.

✓ Bonne pratique N°2 : suivi de la mise en œuvre du micro plan eTME de la RM de Sédhiou

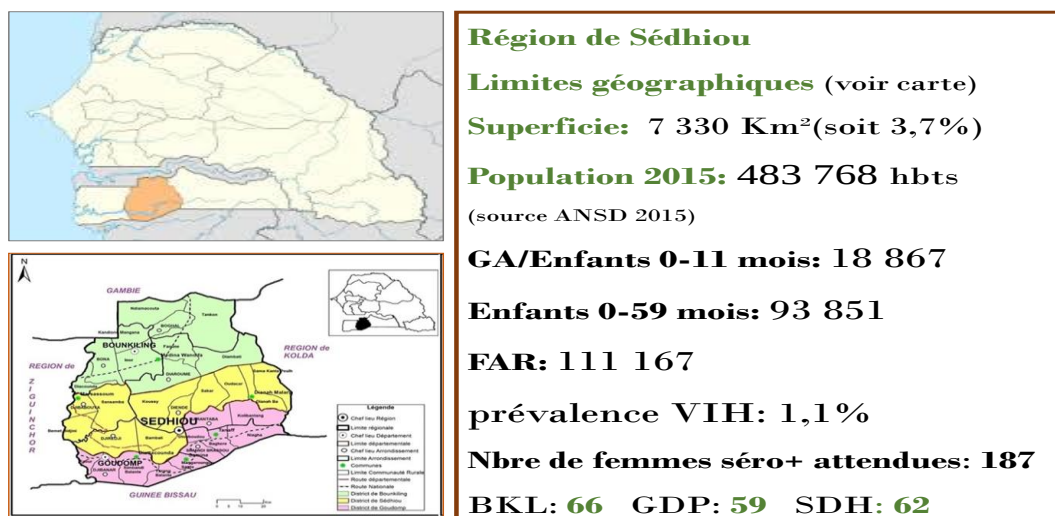


Figure 18. Présentation physique de la région de Sédhiou

La région de Sédhiou à plus de 60,0 % de la population qui vit dessous au seuil de la pauvreté. Cette pauvreté s'exprime, selon les données ESPS-2 et EDS-MICS (2011), par une vulnérabilité extrême des populations, qui se caractérise, notamment, par le faible pourcentage de naissances assistées par du personnel formé (médecin, sage-femme, infirmière), à 35,0 % ; le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'un retard de croissance est à 41,0 % ; le taux de mortalité infanto-juvénile, à 142,0 ‰. Aussi, le taux de prévalence du VIH/SIDA, à 1,1 %, demeure largement au-delà de la moyenne nationale (0,7 %).

La RM de Sédhiou a élaboré son plan d'eTME au mois de janvier 2013 et des évaluations périodiques ont permis de voir des indicateurs traceurs en regard des 4 piliers de d'eTME.

Tableau 6. Evaluation des indicateurs traceurs par district

TRACEURS		Evolution des indicateurs 2012 et la fin de l'année 2015									
		Baseline RM	District Bounkiling		District Goudomp			District Sédhiou			Synthèse RM
		2012 (%)	S1 2015 (%)	2015 (%)	2012 (%)	S1 2015 (%)	2015 (%)	2012 (%)	S1 2015	2015	Année 2015 (%)
PF	Prévalence contraceptive	6,0	12,0	10,0	6,0	7,0	10,0	6,0	13,7	14,7	11,6
CPN	Proportion de formations sanitaires offrant la CPN sans Rupture de fer/acide folique, SP et VAT au cours des 3 derniers mois des 3 derniers mois	44,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	92,0	100,0	100,0	100,0
	Proportion de FE ayant fait 4 CPN selon les normes normes.	12,0	13,6	14,0	ND	7,0	8,0	9,0	20,0	22,0	15,0
DEPISTAGE AU COURS DE CPN	% de FE dépistées	100,0	79,6	85,7	ND	72,0	85,0	60,0	82,0	97,0	87,0
	Proportion de FE dont le partenaire est dépistée Dépisté durant la période	ND	0,0	16,0	ND	ND	4,0	ND	ND	ND	17,6

ARV POUR LA PTME	% de PPS avec services PTME sans ruptures d'ARV des trois derniers mois	5,0	25,0	85,0	100,0	100,0	100,0	92,0	100,0	100,0	94,0
	% de FE séro+ qui reçoivent Les ARV pour la PTME	44,9	100,0	89,39	51,5	120,0 (hors zone)	100,0	19,0	55,0	51,0	84,0
	% de Nés de mère séro+ avec prophylaxie ARV	28,6	33,0	34,8	27,9	53,0	40,0	1,3	61,0	56,4	57,0
DIAGNOSTIC PRECOCE	% de structures offrant la CPN sans rupture de DBS Durant les 3 mois	94,0	95,0	95,0	ND	100,0	100,0	92,0	88,	89,0	96,0
	% de nourrissons nés de mères séropositives attendues qui ont bénéficié du diagnostic précoce à S6 de vie	6,1	36,4	30,3	ND	6,0	8,0	1,3	51,0	42,0	25,0
TARV PEDIATRIQUE	% d'enfants infectés par le VIH qui ont commencé le traitement ARV	0,1	24,2	18,2	ND	0,0 (pas enfant séropositif)	4,0	0,0	0,0 (0 enf sero)	0,0 (2 enf+ Non mis sous TAR)	58,0

Le Tableau 6 nous montre l'évaluation des indicateurs traceurs par districts de même que la synthèse régionale de 2012 à fin 2015. La quasi-totalité des indicateurs traceurs depuis le dépistage des femmes enceintes, la mise sous ARV du couple mère –enfant, le diagnostic précoce de même que la PEC pédiatrique des enfants vivant avec le VIH ont connu des progrès. En effet, le pourcentage de mise sous ARV des femmes enceintes séropositives pour toute la région est passé de 44,9 % en fin 2012 à 84,0 % en fin 2015. Pour ce qui est de la mise sous prophylaxie antirétrovirale des enfants nés de mère séropositives, le taux est passé de 28,6 % à 57,0 % sur les 3 ans de mise œuvre. Il en est de même du diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositives qui a connu un bond significatif; le pourcentage est passé de 6,1 % à 25,0 %.

La mise sous PEC TARV des enfants infectées a connu des progrès remarquables avec en 2012 seulement 0,1 % des enfants infectés étaient mise sous TARV contre 58,0 % en fin 2015. La PEC des enfants s'est beaucoup amélioré grâce au dépistage de la fratrie mais aussi au dépistage actif des enfants hospitalisés et malnutris.

IV.1.4.4.Principaux défis et solutions

L'élimination de la transmission mère enfant est une réalité pour certaines structures de santé voir même certains districts. Toutefois, notre pays malgré les progrès enregistrés dans ce domaine n'a pas encore éliminé la TME du VIH en fin 2015. Les défis majeurs pour ce programme demeurent le suivi des enfants nés de mère séropositive mais surtout comment arriver à certifier la TME du VIH à l'horizon 2018. Pour ce faire, il s'agira de partager avec tous les acteurs concernés les critères de certification de la TME mais aussi mettre à leurs dispositions les ressources matérielles et financières pour atteindre cet objectif.

Pour ce faire, le ministère de la santé à travers la DLSI est en train d'assurer une bonne couverture des appareils pour le dosage de la CV et du diagnostic précoce avec la mise en place de 9 appareils en 2015 dans 8 régions. En outre, notre pays a participé au mois de Novembre 2015 à un atelier sous régional sur comment « **Accélérer la Prise En Charge du VIH/SIDA Pédiatrique pour combler l'écart entre les enfants et les adultes séropositifs pour une atteinte équitable des 90*90*90 d'ici 2020** ». A l'issue de cet atelier un appel a été lancé: c'est «l'Appel de Dakar». Pour ce faire, certaines actions prioritaires ont été identifiées et doivent être mise en œuvre dans le plan d'action 2016/2017 de notre pays. En outre, dans le cadre de cet atelier sous régional beaucoup de bonnes pratiques de la PTME et de la PEC pédiatrique ont été partagé. Il s'agit pour le programme de voir comment l'adopter à nos réalités et les passer à l'échelle.

IV.2. Prise en charge des PVVIH

IV.2.1. Prise en charge médicale

IV.2.1.1. Contexte politique : 90-90-90

Le Poids de l'infection par le VIH reste préoccupant malgré les progrès réalisés. Près de la moitié des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique et moins de 10 pour cent des enfants exposés ont bénéficié d'un diagnostic précoce. L'approche « Tester et Traiter » est donc une initiative pour améliorer la qualité de vie des PVVIH, basée sur des évidences.

En 2013, les autorités sénégalaises se sont engagées dans la stratégie « tester, traiter et retenir » et l'ont dénommé TATARSEN. La faisabilité et la capacité des structures sanitaires à la mettre en œuvre sont en train d'être testées dans les régions sud, les plus affectées par le VIH.

La finalité est de relever le défi de l'élimination de l'épidémie VIH en 2030. L'atteinte de cet ambitieux objectif passera par la réalisation des 90-90-90 de l'ONUSIDA en 2020. Les résultats attendus de cette nouvelle stratégie TATARSEN sont:

1. 90 % des PVVIH attendues sont dépistées
2. 90 % des PVVIH diagnostiquées sont mis sous TAR
3. 90 % des patients mis sous TAR ont une suppression durable de la charge virale

Ce rapport met l'accent sur les progrès constatés en 2015, notamment l'adoption de la stratégie «*Test and Treat and Retain*», le renforcement des points de charge virale, l'institutionnalisation de la délégation de tâches et l'accélération de la décentralisation PEC au niveau des postes de santé.

IV.2.1.2. Mise en œuvre des programmes

Couverture des services de PEC des PVVIH Adultes et Enfants

En 2015, La prise en charge des PVVIH adultes et enfants reste effective dans la quasi-totalité des hôpitaux et centres de santé publiques avec une couverture de 83,0 % des hôpitaux et 90,0 % des centres de santé pour les adultes contre respectivement 80,0 % et 85,0 % pour les enfants. Le Sénégal est passé de 13 sites de PEC de PVVIH Adultes en 2004 à 183 en 2014 et de 3 à 106 sites de PEC chez les enfants.

Cependant, ces efforts doivent être renforcés car seuls six (06) centres médicaux de garnison sur quinze (15), six (06) structures privées sur (266) offrent la prise en charge. Par ailleurs, avec le démarrage de la délégation des tâches, la prise en charge des PvVIH est décentralisée dans 61 postes de santé publiques sur 1211 offrant le service.

Le laboratoire occupe une place de choix dans la réussite de l'approche « Tester et Traiter ». C'est ainsi que le pays est en train de combler le gap en terme de relèvement du plateau technique avec l'acquisition de plateformes pour l'analyse de la charge virale et le diagnostic précoce dans les régions Sud (Ziguinchor, Sédhiou et Kolda), Est (Tambacounda et Kédougou), Centre (Diourbel, Kaolack et Thiès) et Nord (Saint Louis). Dix (10) appareils sont installés dans les régions dont 05 fonctionnels rejoignant ainsi les autres appareils déjà fonctionnels à Dakar. Pour une utilisation adéquate de ces automates, des formations théoriques et pratiques des

prestataires de laboratoire ont été faites, un plan de maintenance préventive et curative a été élaboré et le circuit d'approvisionnement en intrants et réactifs a été clairement défini.

IV.2.1.3. Résultats de la mise en œuvre: analyse comparative

En 2015, 19 595 patients vivant avec le VIH étaient régulièrement suivis dans les 14 régions du Sénégal dont 18 375 sous TAR. Le nombre de nouveaux patients mis sous ARV est de 5 140 patients. Le nombre de nouvelles PVVIH incluses dans le traitement ARV reste stables entre 2014 (5 086 cas) et 2015 (5 140) avec une légère tendance à la hausse. La nouvelle approche «tester, traiter et retenir»: TATARSEN se précise avec la réduction de l'écart entre le nombre de cas nouvellement dépistés séropositifs et le nombre ayant bénéficié pour la première fois les soins qui passe de 36,9 % en 2014 à 8,6 % en 2015.

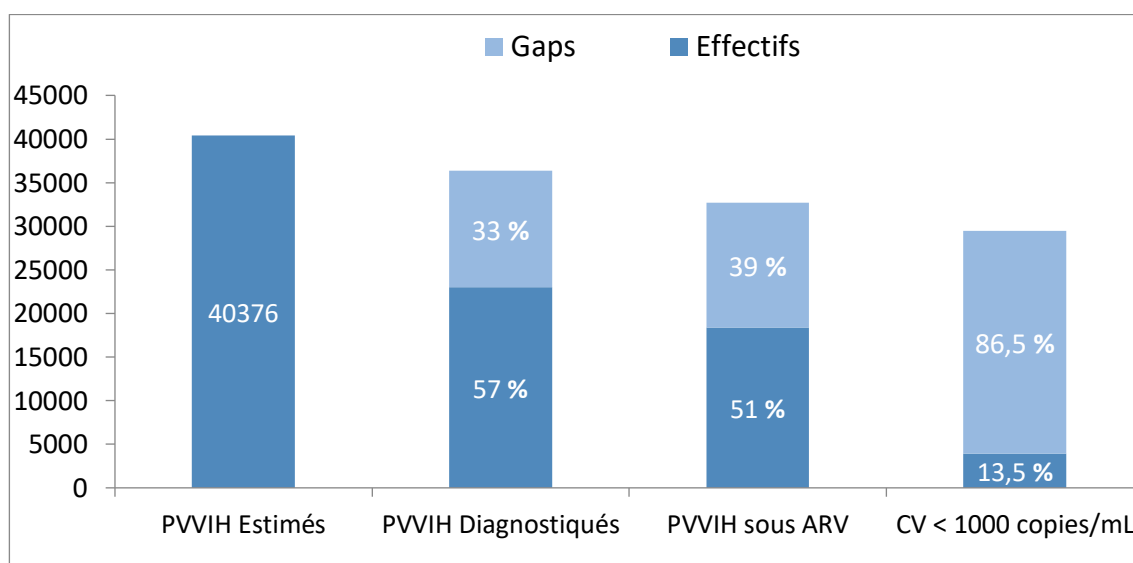


Figure 19. Cascade des soins

En 2015, on estime à 22 978 le nombre estimé de PVVIH connaissant leur statut au Sénégal, soit 57,0 % du nombre total attendu. Le gap à combler par rapport à l'atteinte du premier objectif « 90 » est de 33,0 % d'ici 2020.

Comparé à l'année 2014, il y a une légère amélioration de la proportion de PVVIH connaissant leur statut, qui était de 53,2 % et du gap par rapport au premier «90», qui était à 36,7 % sensibilisation, le dépistage reste encore tardif chez 37,8 % des PVVIH diagnostiquées en 2015. Le nombre de PVVIH suivant les soins sous ARV est de 18 375, soit 50,6 % par rapport au 90,0 % des PVVIH attendues, ce qui laisse un gap de 39,4 % pour atteinte des UN 90 d'ici à 2020. Par rapport à 2014, le gap est réduit passant de 48,8 % à 39,4 %. Aussi, 5 578 PVVIH ont bénéficié d'une mesure de la charge virale et parmi eux 4 425 ont atteint une suppression (CV < 1000 copies/ml) soit 79,3 % de suppression. Ceci ne représente que 13,5 % avec un gap important de 77,9 %. Ce résultat ne reflète pas la qualité du TAR d'autant plus que seulement 27,8 % des PVVIH régulièrement suivi sous ARV ont bénéficié d'une mesure de charge virale.

Cependant, des mesures sont en train d'être prise avec l'installation et la mise en marche d'appareil de mesure de la charge virale dans la plupart des régions.

L'analyse de ces résultats au regard des 90-90-90 ciblés par le TATARSEN montre encore des gaps importants mais rapporté aux objectifs annuels la capacité d'enrôlement dans les soins et le traitement reste satisfaisant avec une moyenne de 5 000 cas par an.

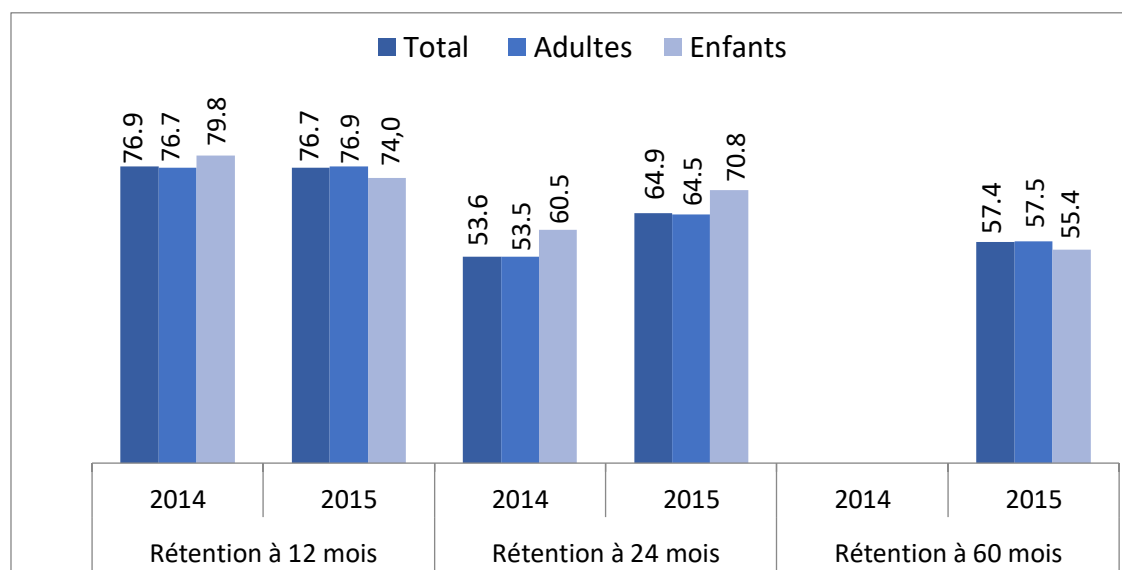


Figure 20. Indicateurs de qualité de la PEC

La rétention à 12 mois de PVVIH est à 76,7 % en 2015 alors qu'elle était à 76,9 % en 2014. Cet indicateur intermédiaire reste capital dans le processus permettant l'atteinte du 3^{ième} 90 mais aussi met en évidence la qualité des services. La stagnation du taux de rétention s'explique par le coup d'arrêt observé lors de la clôture du R9 FM et le démarrage du NMF/FM. Des efforts seront faits pour améliorer la rétention des patients dans le suivi.

La légère baisse de la rétention des PvVIH dans le TAR s'explique par le manque de répondant fiable surtout chez les orphelins, par la non annonce du statut VIH beaucoup d'entre eux et l'absence de ressources pour l'éducation thérapeutique, l'accompagnement psychologique et sociale spécifique aux enfants.

IV.2.1.4.1. Politiques favorables

Dans l'optique d'atteindre les «3X90», le Sénégal a élaboré une plateforme pour mettre en œuvre la stratégie TATARSEN (test all, treat all and retain in Senegal). Cette plateforme est dirigée par un comité d'orientation et de suivi stratégique incluant tous les acteurs du secteur public, privé et de la société civile. Ce comité est présidé par le ministre de la santé.

IV.2.1.4.2. Extension des programmes de prévention efficaces

Au sortir de la phase pilote 2013 – 2014 pour la mise en place de la prophylaxie à l'INH, le passage à l'échelle a démarré en 2015 ce qui a permis de mettre 1846 nouveaux PVVIH sous prophylaxie à l'IHN.

Par rapport à la prophylaxie au cotrimoxazole, 98,0 % des coinfectés TVVIH en ont bénéficié en 2015.

IV.2.1.4.3. De traitement et de soutien, le suivi et l'évaluation

L'approche graduelle de la mise en œuvre de la stratégie TATARSEN qui comporte plusieurs phases :

- La phase pilote (2016) qui va couvrir les régions de Ziguinchor, Kolda, Sédhiou puis Tambacounda et Kédougou. Pour cette phase, toutes les cibles seront concernées. Dans les autres régions, la stratégie va se concentrer sur les cibles populations clés (TS, MSM, CDI), les femmes enceintes, les patients co-infectés TB/VIH, hépatite/VIH.
- L'Evaluation de la phase pilote en 2017, au bout d'un an de mise en œuvre ;
- La Phase d'extension de 2017 à 2020 : TATARSEN sera étendu à l'ensemble du pays avec une couverture de toutes les cibles.

IV.2.1.5. Principaux défis et solutions

IV.2.1.5.1. Progrès réalisés par rapport aux défis clés mentionnés dans le rapport d'activité nationale

Parmi les défis qu'on s'était fixé pour l'année 2015, bon nombre d'entre eux ont été réalisés. Nous pouvons en citer:

- l'élaboration d'une note technique de la stratégie «test, treat and retain» au Sénégal (TATARSEN) pour l'atteinte des UN 90-90-90,
- l'élaboration d'une plateforme TATARSEN pour mettre en œuvre la stratégie «tester & traiter»,
- l'organisation du lancement de la plateforme Sénégalaise de la stratégie «test, treat and retain» au Sénégal (TATARSEN),
- l'élaboration et la diffusion de note circulaire pour la mise en œuvre de la délégation des tâches,
- l'organisation de sessions de formation sur la délégation des tâches au profit des prestataires dans sept régions (Ziguinchor, Sédhiou, Kolda, Kaolack, Kédougou, Fatick et Saint-Louis),
- la finalisation du processus d'élaboration du logiciel national de gestion des cohortes VIH (LONAGEV),
- l'installation en 2015 de 9 appareils de mesure de la charge virale dans 08 régions dont 4 déjà fonctionnels. Pour les autres non fonctionnels, les prestataires sont en cours de formation,
- la finalisation du document d'orientation de la stratégie tutorat des enfants vivant (TEV+) avec son partage au niveau national,
- l'organisation de sessions de formation sur le tutorat des EVVIH (TEV+) dans les sites pédiatriques de référence (Hôpital d'enfant Albert Royer, EPS Roi Baudoin de Guédiawaye et hôpital Aristide Le Dantec),
- l'initiation d'un programme d'amélioration de la qualité de la Prise en Charge dans six sites des régions de Ziguinchor, Sédhiou et Kolda,

- l'extension de la couverture médicosociale des PVVIH (CMV+). La CMV+ est une approche visant à appuyer les PVVIH dans la prise en charge des coûts des soins et aider à l'autonomisation de ces derniers. La porte d'entrée est l'adhésion de la PVVIH dans une mutuelle de santé au Sénégal. Ceci lui offre une prise en charge de 80,0 % des frais liés aux soins dans les structures publiques et de 50,0 % dans le privé,
- la région de Kaolack a abrité la phase test en 2014 qui fut concluante. La CMV+ est élargie dans les régions de Ziguinchor, Kolda et Sédhiou où les comités régionaux de gestion avec leurs unités opérationnelles ont été installés et les adhésions aux mutuelles de santé ont démarré.

IV.2.1.5.2. Défis rencontrés tout au long de la période étudiée

Au sortir de l'année 2015, nous nous sommes fixé de nouveaux défis qui tournent tous autour du «tester et traiter» pour la réalisation des UN 90-90-90:

- Organiser un Atelier de Lancement de la stratégie TATARSEN et de Partage avec les régions de Ziguinchor, de Kolda et de Sédhiou,
- Organiser des Ateliers régionaux de planification TATARSEN dans les régions de Ziguinchor, Kolda et Sédhiou,
- Trouver les Financements des ateliers de planification TATARSEN dans les autres régions (3 prioritaires et 9 autres régions),
- Assurer la Disponibilité et la fonctionnalité de la mesure de la charge virale pour tous les patients sous TAR,
- Parachever la décentralisation du TAR au niveau des postes de santé,
- Mettre en œuvre la stratégie TATARSEN dans les régions du sud et du sud-est,
- Assurer un suivi des activités TATARSEN selon la cascade des soins.

IV.2.1.5.3. Solutions concrètes planifiées pour garantir la réalisation des objectifs convenus

- Mise en place de la plateforme de CV dans toutes les régions,
- Mise en place de circuits locaux pour acheminement des prélèvements et le rendu des résultats de CV ,
- Consolider la délégation des tâches :
 - Organiser des ateliers de formation des paramédicaux sur la PEC globale
 - Renforcer les comités médico-techniques des sites des districts en intégrant les paramédicaux impliqués dans la PEC des PVVIH
- Renforcer les activités d'accompagnement soutien pour améliorer la rétention des PVVIH dans le suivi:
 - Renforcer la stratégie du tutorat des EVVIH (TEV+),
 - Renforcer l'intégration des médiateurs dans les équipes de soins,
 - Mettre en place un programme d'annonce du statut sérologique aux enfants,
 - Mettre en place un programme d'ETP dans tous les sites pédiatriques,
 - Renforcer la PEC psychosociale et la santé sexuelle et reproductive des ados.

IV.2.2. Prise en charge de la coïnfection TB/VIH

En 2015, sur 13 599 cas de tuberculose diagnostiquée, 10 841 ont été testés au VIH soit 80,0 % de taux de dépistage. Ce taux est resté ainsi stable depuis 2013.

Dans l'optique du «tester et traiter», tous les cas de tuberculose devraient être dépistés au VIH, nous concédons ainsi un gap de 20,0 % de tuberculeux à dépister.

Le nombre total de Co-infectés TB/VIH était de 777 cas en 2015, ce qui représente 7,0 % de l'ensemble des tuberculeux dépistés au VIH. La mise sous TAR des patients Co-infectés TB/VIH est passée de 85,0 % en 2014 à 95,0 % en 2015.

IV.2.3. Gestion logistique et la Gestion des Approvisionnements et des Stocks

IV.2.3.1. Contexte

Le gouvernement du Sénégal et le Fonds Mondial de Lutte contre la Tuberculose le paludisme et le Sida allouent dans leurs subventions une part importante pour la gestion des approvisionnements en médicaments et produits VIH. Le SE/CNLS, la DLSI, la PNA ainsi que les structures de références travaillent en étroite collaboration dans la planification et la quantification des besoins.

La PNA est le principal acteur de l'approvisionnement il assure un maillage territorial au niveau de 11 régions avec 11 PRA fixes et des PRA mobiles qui vont desservir les trois régions dépourvues de PRA.

Depuis la décentralisation des ARV le circuit de distribution de la PNA se limitait aux PRA mais avec les nouvelles stratégies de Distribution intégrant le Push Model la PNA depuis 2013 pilote le « *Jegessina* » qui consiste à amener les produits jusqu'au niveau des Districts. Par ailleurs une autre stratégie pilote est également envisagée appelée « *Aksina* » qui assure une livraison jusqu'aux PPS.

Dans le cadre des nouvelles stratégies de l'ONUSIDA à travers le « *Fast Track* », la DLSI en partenariat avec le privé a mis en place 6 charges virales au niveau des régions pour atteindre le troisième 90. De plus une bonne disponibilité des médicaments intrants sera assurée pour traiter 90,0 % des personnes dépistées séropositives.

IV.2.3.2. Contraintes

- Importation de 80,0 à 90,0 % des besoins en médicaments,
- Faiblesse du Système d'Information de la Gestion Logistique,
- Déficit du Financement : Plan stratégique PNA,
- Faible capacité de stockage dans la chaîne,
- Faiblesse de la logistique roulante,
- Faiblesse de la coordination entre les acteurs,
- Absence de financement,
- Déficit d'engagement de l'Etat.

IV.2.3.3. Défis

- Mises-en place d'un système d'approvisionnement performant,
- Accès au financement FM pour la mise en œuvre du plan d'action de l'atelier sur le renforcement des chaines d'approvisionnement,
- Pérennisation des financements.

V. Suivi et évaluation

Dans un monde de plus en plus exigeant et demandeur de **performance** dans la mise en œuvre des programmes **et de transparence** dans l'utilisation des fonds alloués à la lutte contre le VIH/Sida (Bonne gouvernance), le Système de Suivi-Evaluation est essentiel.

Dans sa mise en œuvre, le système de Suivi évaluation national est guidé par les principes directeurs suivants :

- la réaffirmation du principe des « Three ones » dans le cadre du Suivi évaluation,
- l'Approche Multisectorielle et participative,
- la Simplicité et Utilité: «Recueillir ce qu'il faut, et pas plus que ce qu'il faut»,
- la Responsabilité de chaque bénéficiaire de projet,
- la planification axée sur les résultats,
- la quête permanente des données de qualité et validées à tous les niveaux,
- la contractualisation de l'évaluation, audits et des surveillances à des institutions spécialisées,
- l'Unité de Suivi évaluation du CNLS joue un rôle de coordination nationale.

La programmation en matière de VIH se développe de plus en plus, du fait de l'évolution de l'épidémie, de la révision des stratégies mondiales et nationales, des nouvelles technologies et approches et de trois décennies d'expérience dans la mise en œuvre. Le suivi et l'évaluation sont des processus importants pour la collecte et l'utilisation des données sur la mise en œuvre, tant en ce qui concerne la qualité de ces activités que l'évaluation des progrès généraux vers la réalisation des objectifs internationaux et nationaux. Ces processus reposent sur de solides sources de données, systèmes de collecte, d'analyse et de rapports, ainsi que sur la capacité d'appliquer ces informations en vue d'améliorer les programmes.

V.1. Mise en œuvre

Dans le domaine des capacités organisationnelles:

- l'unité de suivi évaluation du SE/CNLS, s'est renforcée durant la période avec le recrutement d'un spécialiste en épidémiologie positionné comme adjoint chargé de la planification et de la surveillance.
- les acteurs du niveau opérationnel (gestionnaires de données, médecins de prise en charge, biologistes, dispensateurs, CDT, points focaux PTME) dans les 14 régions ont bénéficié de renforcement de capacités sur les outils harmonisés, le circuit de remontée des données du système de suivi évaluation, sur les principaux indicateurs du programme, sur la gestion des données dans le DHIS2.

NB: le CNLS a connu une restructuration de son cadre institutionnel avec la suppression des Unités d'Appui Régionales qui jouaient un rôle important dans le système de suivi et d'évaluation entraînant une certaine désorganisation dans la gestion des informations du programme.

Dans le domaine de la planification stratégique et opérationnelle basée sur les résultats, les Plans Annuels de Travail (PTA) des districts ont intégré les activités du programme, un proposal a été élaboré et le PSN 2014-2017 a été élaboré selon un processus participatif et inclusif.

Dans le domaine du système d'information Globale, il faut noter la consolidation du processus de désignation de gestionnaires de données de district, des hôpitaux régionaux et de gestionnaires de données régionaux pour assurer une collecte et une remontée régulières des données de la base au sommet, la tenue d'ateliers de validation des données au niveau des régions au sein des CRLS, l'appui à la supervision au contrôle qualité et l'audit des données à tous les échelons (niveau central et au niveau régional).

Dans le domaine des évaluations, ont été réalisées :

- Des revues régionales trimestrielles et des revues nationales semestrielles,
- Evaluation du Round 9 du Fonds Mondial,
- Une évaluation de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant,
- Une évaluation du taux de survie à 12 mois, 24 mois et 60 mois a été réalisée,
- L'élaboration de la cartographie de vulnérabilité et des offres de services réalisée à Dakar,
- Evaluation de la qualité des données de la PTME dans les sites sentinelles,
- Audit de la qualité des données.

Dans le domaine de la surveillance, ont été effectuées:

- La surveillance sentinelle des femmes enceintes,
- L'enquête bio comportementale des personnes handicapées au niveau national,
- Enquête de surveillance combinée auprès des hommes en tenue (Militaires, Gendarmes et Policiers), des groupes mobiles (Camionneurs, pêcheurs et orpailleurs), des détenus et des Professionnelles du sexe,
- L'enquête Démographique et de Santé (EDS continue),
- L'enquête continue sur la prestation des services de santé, prenant en compte le VIH/SIDA et les IST.

Dans le domaine de l'Informatisation du système avec des bases de données au niveau régional et central, on peut noter :

- Le paramétrage des outils harmonisés dans le DHIS2 (Système d'information Sanitaire en ligne de remontée de données) au niveau de tous les districts,
- Le déploiement du logiciel LONAGEV dans 45 sites pilotes.

Il faut noter aussi les efforts consentis dans le domaine de la diffusion des informations stratégiques à travers les sites WEB améliorés (DLSI, ANCS, SECNLS). Des ordinateurs ont été mis en place dans les districts et hôpitaux des régions et pourront servir comme support de l'opérationnalisation du DHIS2 et du LONAGEV accessibles via Internet.

V.2. Contraintes

- Non-respect par certains acteurs des outils harmonisés, du circuit unique de collecte et de remontés des données de qualité;
- Difficulté de recouvrement de tous les plans d'action annuels et des partenaires techniques pour l'élaboration du Plan opérationnel annuel consolidé du programme;
- Le manque de visibilité des interventions de la société civile et la difficulté de disposer de leurs données de manière exhaustives;
- Difficulté de recouvrement de tous les rapports annuels des partenaires techniques pour l'élaboration du Rapport annuel du Programme National;
- Difficulté de capitaliser les données du secteur privé;
- Difficulté d'assurer un bon remplissage des outils de collecte primaire de la prise en charge ARV;
- Insuffisance en ressources humaines qualifiées dans le domaine du suivi et de l'évaluation;
- Insuffisance de ressources pour la gestion informatisée des données du système de santé;
- Manque de financement pour la réalisation d'évaluations d'impact;
- Turn-over du Personnel formé constitue une difficulté dans le domaine du renforcement des capacités (Gestionnaires de données);
- Faiblesse notée dans le remplissage des outils particulièrement ceux de la prise en charge;
- Logiciel de gestion de cohorte différent d'un site de prise en charge à un autre;
- Faiblesse notée dans l'opérationnalisation du DHIS2.

V.3. Défis et perspectives

- Mise en œuvre des Etudes auprès des populations clés à l'échelle nationale (Estimation de la taille, enquêtes bio comportementales, etc.);
- Renforcement du système d'information de la prise en charge par l'opérationnalisation du logiciel de suivi des cohortes de PVVIH (LONAGEV) au niveau de tous les sites de PEC;
- Opérationnalisation de la gestion des données du programme dans le DHIS2;
- Renforcement du personnel de suivi et évaluation.

Pour l'amélioration du système de suivi évaluation, le défi majeur est de parvenir à un système unique et fiable de productions des informations stratégiques. En effet, le DHIS2 en cours de développement, prévoit l'informatisation des données intégrées. Par ailleurs, il faudra renforcer la coordination de la collecte et de l'utilisation des données, la qualité de la supervision, de l'audit des données, leur analyse et leur utilisation au niveau opérationnel. Un logiciel de suivi des cohortes de PVVIH (LONAGEV) au niveau des sites sera mis en place pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients en vue d'harmoniser les différents logiciels utilisés (ESOPE, OOA). La recherche opérationnelle doit être développée pour améliorer la qualité des services.

VI. Difficulté liées à l'élaboration du rapport

Les problèmes rencontrés au cours de l'élaboration du rapport GARP ont pour noms :

- La non complétude et l'incohérence de certaines données des régions,
- La difficulté de mobilisation des acteurs et des partenaires bilatéraux et multilatéraux,
- La non implication du système des nations unies qui ne participent plus au processus d'élaboration des rapports d'activités.

VII. Références

Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (2014). *Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection à VIH, VHB et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar Sénégal (UDISEN) 2011: Rapport final*. Dakar: ANRS. Disponible au : http://www.crcf.sn/wp-content/uploads/2014/03/Rapport-final-e%CC%81tude-ANRS-12243_Fev2014.pdf. Consultée le 30/09/2016.

Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (2013). *Evaluer les interventions de prévention des IST et du VIH auprès des homosexuels masculins au Sénégal*. : Projet ELIHoS. Dakar : ANRS.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International. (2015). *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2015)*. ICF International Rockville, Maryland, USA.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF International. (2015). *Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2014)*. Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF International.

Agence nationale de la statistique et de la démographie (2014). *Recensement Général de la Population et de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE) de 2013 : Rapport définitif*. Dakar: Agence nationale de la statistique et de la démographie.

Agence nationale de la statistique et de la démographie (2013). *Deuxième Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal 2010-2011: Rapport Définitif*. Dakar: Agence nationale de la statistique et de la démographie.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2012-2013)*. Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.

Agence nationale de la statistique et de la démographie [Sénégal], et ICF International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé à indicateurs Multiples (EDS-MICS) de 2010-2011*. Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.

Agence nationale de la statistique et de la démographie (2008). *Résultats définitifs du troisième recensement de la population et de l'habitat de 2002: Rapport national de présentation*. Dakar: Agence nationale de la statistique et de la démographie.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (2008). *Situation économique et sociale du Sénégal en 2008*. Dakar. Ministère de l'Economie et des Finances. Disponible au : http://www.ansd.sn/ressources/ses/chapitres/4-Sante_2008.pdf. Consultée le 07/10/2016.

Agence nationale de la statistique et de la démographie (2007). *Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal 2005-2006: Rapport national*. Dakar: ANSD.

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (2005). *Enquête Nationale sur le Travail des Enfants Sénégal de 2005*. Dakar : Ministère de l'Economie et des Finances.

Assemblée générale des Nations-Unies sur le VIH/Sida (2001). *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida: Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/Sida*. New York, USA : ONU.

Centre de coopération internationale en santé et développement-CCISD/SIDA 3 (2005). *Rapport de la première enquête de Surveillance de Seconde Génération (SSG) chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires sexuels masculins au Sénégal*. Dakar : MSPM-CNLS-ACDI- CCISD.

Conseil national de lutte contre le SIDA (2016). *Enquête Nationale de Surveillance Combinée de 2015. Rapport de synthèse*. Dakar : CNLS/APAPS/MSAS/DLSI-MST.

Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal (2014). *Rapport de l'Enquête comportementale et biologique auprès des HSH*. Dakar: CNLS.

Conseil National de Lutte contre le sida du Sénégal (2011). *Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2011-2015*. Dakar : Primature, Gouvernement du Sénégal.

Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal (2010). *Rapport d'Enquête de Surveillance Combinée*. Dakar: CNLS.

Conseil National de Lutte contre le sida du Sénégal (2008). *Rapport Annuel 2008*. Dakar : Primature, Gouvernement du Sénégal.

Conseil National de Lutte contre le sida du Sénégal (2008). *Rapport Annuel 2009*. Dakar : Primature, Gouvernement du Sénégal.

Conseil National de Lutte contre le sida du Sénégal (2007). *Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011*.Dakar: Primature, Gouvernement du Sénégal.

Conseil National de Lutte contre le sida du Sénégal (2007). *Manuel de Mise en Œuvre du Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011*. Dakar : Primature, Gouvernement du Sénégal.

Conseil National de Lutte contre le sida du Sénégal (2007). *Manuel Opérationnel de Suivi - Evaluation du Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011*. Dakar : Primature, Gouvernement du Sénégal.

Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal (2006). *Rapport d'Enquête de Surveillance Combinée*. Dakar: Primature, Gouvernement du Sénégal.

Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal (2005). *Cartographie des interventions : rapport final. Cadre de référence des interventions de la société civile dans la réponse globale au VIH/SIDA*. Dakar : Primature, Gouvernement du Sénégal -FHI-USAID-Banque Mondiale.

Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal (2005). *Rapport de l'audit technique du Plan stratégique 2002-2006 du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA*. Dakar: Primature, Gouvernement du Sénégal.

Direction de la prévision et de la statistique (2004). *Rapport de synthèse de la deuxième Enquête sénégalaise auprès des ménages de 2001-2002*. Dakar: Ministère de l'économie, des finances et du plan.

Direction de la prévision et de la statistique (1998). *Enquête sur les Migrations et l'Urbanisation au Sénégal, 1992-1993 : Rapport national descriptif*. Dakar: Ministère de l'économie, des finances et du plan. Disponible au : <http://anads.ansd.sn/index.php/citations/65>. Consultée le 30/09/2016.

Direction de la prévision et de la statistique (1997). *Enquêtes Démographiques et de Santé au Sénégal (EDS III) de 1997*. Dakar : Ministère de l'économie, des finances et du plan. Disponible au : <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR89/FR89.pdf>. Consultée le 30/09/2016.

Direction de la prévision et de la statistique (1997). *Enquête sénégalaise auprès des ménages Mars 1994-Avril 1995 : Rapport de synthèse*. Dakar: Ministère de l'économie, des Finances et du Plan.

Direction de la prévision et de la Statistique (1994). *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-II) de 1992/93*. Dakar: Ministère de l'économie, des finances et du plan.

Direction de la prévision et de la statistique (1993). *Recensement général de la population et de l'habitat de 1988: Rapport national (Résultats définitifs)*. Dakar: Ministère de l'économie, des finances et du plan.

Direction de la prévision et de la Statistique (1988). *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS I) de 1986*. Dakar: Ministère de l'économie, des finances et du plan.

Direction de la prévision et de la statistique (1978). *Enquête Sénégalaise sur la Fécondité de 1978*. Dakar: Ministère de l'économie, des finances et du plan. Disponible au : <http://anads.ansd.sn/index.php/catalog/26>. Consultée le 30/09/2016.

Direction de la prévision et de la statistique (1976). *Recensement général de la population : Rapport*. Dakar: Ministère de l'économie, des finances et du plan.

Division de Lutte contre le Sida et les IST (2015). *Rapport de synthèse CNLS-DLSI 2014*. Dakar : MSAS.

Division de Lutte contre le Sida et les IST (2014). *Rapport de synthèse CNLS-DLSI de 2013*. Dakar : MSAS.

Division de Lutte contre le Sida et les IST (2009). *Rapport annuel 2008*. Dakar : Ministère de la santé et de prévention.

Division de Lutte contre le Sida et les IST (2008). *Rapport annuel 2008*. Dakar : Ministère de la santé et de prévention.

Family Health International 360 (2012). *Rapport sur l'estimation de la taille des PS et HSH au niveau de Dakar*. Dakar : FHI.

Family Health International 360 (2009). *Rapport Annuel 2008-2009 : Accord de subvention n° 685-A-00-06-00059-00*. Dakar : FHI.

Gouvernement du Sénégal (2014). *Plan Sénégal Emergent (PSE)* : Dakar : Gouvernement du Sénégal. Disponible au : <http://www.gouv.sn/-Plan-Senegal-Emergent-PSE,65-.html>. Consultée le 30/09/2016.

Handicap International (2013). *Rapport d'Enquête auprès des personnes handicapées à Ziguinchor*. Dakar : HI.

Handicap International (2010). *Rapport d'Enquête auprès des personnes handicapées à Dakar*. Dakar : HI.

International HIV/AIDS Alliance (2010). Report and accounts 2010. UK: International HIV/AIDS Alliance. Disponible au : http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/974/Report_and_Accounts_2010_original.pdf?1409062683. Consultée le 07/10/2016.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie (2012). *Bulletin N°15 de la surveillance sentinelle du VIH au Sénégal*. Dakar : MSPM-FHI-CDC.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie (2009). *Données Epidémiologiques du VIH/sida n°14*. Dakar : MSPM-FHI-CDC.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie (2008). *Données Epidémiologiques du VIH/sida n°13*. Dakar : MSPM-FHI-CDC.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie (2007). *Rapport du Contrôle de qualité des SDV de 8 régions*. Dakar : MSPM-FHI-CDC.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie (2006). *Données Epidémiologiques du VIH/sida n°12*. Dakar : MSPM-FHI-CDC.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie (2004). *Bulletin séro-épidémiologique n° 11 de surveillance du VIH*. Dakar : MSPM-FHI-CDC.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie (2002). *Bulletin séro-épidémiologique n° 9 de surveillance du VIH*. Dakar : MSPM-FHI-CDC.

MBAYE, N. et Becker, C. (2006). *Guide de prise en charge des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/Sida au Sénégal : Transformer les handicaps en opportunité*. Dakar : SPE/AI/HACI.

Ministère de l'Economie et des Finances (2012). *Stratégie Nationale de Développement économique et sociale (SNDES) 2013/2017*. Dakar : Gouvernement du Sénégal. Disponible au : http://www.gouv.sn/IMG/pdf/SNDES_2013-2017_-_version_finale_-_08_novembre_2012.pdf. Consultée le 30/09/2016.

Ministère de l'Economie et des Finances (2011). *Document de Politique Economique et Sociale (DPES) 2011-2015*. Dakar : Gouvernement du Sénégal. Disponible au : <http://www.gouv.sn/IMG/pdf/DPES-senegal2011.pdf>. Consultée le 30/09/2016.

Ministère de la santé et de la prévention (2009). *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) ,2009–2018*. Dakar: Gouvernement du Sénégal. Disponible au: http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Senegal/PNDS2009_2018.pdf. Consultée le 30/09/2016

Ministère de l'économie et des Finance (2006). *Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté*. Dakar : MEF, Gouvernement du Sénégal. Disponible au: http://www.gouv.sn/IMG/pdf/DSRP_II.pdf. Consultée le 30/09/2016.

National Council for the Fight against AIDS in Sénégal (2009). *Senegal proposal- Global fund round 9*. Dakar: CNLS-Country Coordinating Mechanisms (CCM)/Global Fund Senegal.

Nations Unies (2015). *Objectifs du Millénaire pour le Développement : Rapport 2015*. New York : NU. Disponible au : http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf. Consultée le 07/10/2016.

Ndiaye, S. et Ayad, M. (2006). *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS IV) 2005*. Calverton, Maryland, USA : Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et ORC Macro. Disponible au : <http://crdhvision.com/docs/EDS4-2005/00PagesPreliminaires00.pdf>. Consultée le 30/09/2016.

Organisation Mondiale de la santé (2004). *Recommandations intégrées de l'Organisation mondiale de la Santé en matière de traitements antirétroviraux dans le cadre des soins de santé primaires*. Geneve : OMS. Disponible au : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68683/1/WHO_HIV_2003.20_fre.pdf. Consultée le 07/10/2016.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida-ONUSIDA (2015). *Directives rapport d'activité 2015 sur la riposte au Sida dans le monde*. Genève : OMS et ONUSIDA. Disponible au: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2702_GARPR2015guidelines_fr.pdf. Consultée le 07/10/2016.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida-ONUSIDA (2014). *90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida*. Genève : ONUSIDA. Disponible au : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf. Consultée le 07/10/2016.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida-ONUSIDA (2013). *Rapport mondial sur l'épidémie mondiale de sida 2013*. Geneve : ONUSIDA. Disponible au : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_fr_1.pdf. Consultée le 07/10/2016.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA-ONUSIDA (2010). *Nouvelles infections du VIH par mode de transmission en Afrique de l'Ouest : une analyse plurinationale*. Dakar : ONUSIDA RST/WCA.

Wade, A.S., Kane, C.T., Diallo, P.A.N., Diop, A.K. et al. (2007). *HIV infection and Sexually Transmitted Infections among Men who have Sex with Men in Senegal*. Dakar: PNLS-LVB/HALD/CNLS/INSERM.