

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/SIDASÉNÉGAL : 2015-2016

SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE SUR LE VIH 2016

UNITE SUIVI EVALUATION ET RECHERHCE

SECRETARIAT EXECUTIF DU CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Avril 2017

Auteur

Conseil national de lutte contre le Sida

Rédacteurs

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

Dr. Alassane Moussa Niang, Division de lutte contre le sida (DLSI)- MSAS

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

M. Famara Mané, Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS)

Dr Maimouna Diakhaté, Institut de recherche en santé, de surveillance épidémiologique et de formation (IRESSEF)

M. Mame Mor Fall, Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS)

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 Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS)

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

Révision linguistique/Mise en pages

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 (2017). *Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie du VIH/SIDA Sénégal 2015-2016: Suivi de la déclaration politique sur le VIH 2016*. 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

 Pour leur soutien, nous remercions:

- Dr Safiatou Thiam, Secrétaire Exécutive du Conseil national de lutte contre le Sida,
- M. Demba Koné, Directeur de l'équipe d'appui de l'ONUSIDA, Sénégal.

 Par leur implication ainsi que leur participation active tout au long du processus, 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.
- Toute l'équipe de l'Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS).

Nous remercions tous les rédacteurs et reviseurs.

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

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
II. POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE ET SITUATION SANITAIRE.....	9
III. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH AU SENEGAL.....	11
III.1. Caractéristiques socioéconomiques et démographiques	11
III.1.1. Niveau régional	11
III.1.2. Milieu de résidence	11
III.1.3. Sexe et âge.....	11
III.1.4. Niveau de scolarité.....	12
III.2. Situation matrimoniale.....	13
III.3. Couples.....	13
III.4. Femmes enceintes	14
III.5. Comportement sexuel	14
III.6. Populations clé	15
III.6.1. Professionnelle du sexe	15
III.6.2. Hommes ayant des relations sexuels avec les hommes	16
III.6.3. Consommateurs de drogues injectables	16
III.6.4. Détenus	16
III.7. Populations vulnérables	18
III.7.1. Policiers	18
III.7.2. Gendarmes	18
III.7.3. Militaires.....	18
III.7.4. Camionneurs.....	19
III.7.5. Pêcheurs.....	19
III.7.6. Orpailleurs	20
III.7.7. Personnes Handicapées.....	20
III.8. La dynamique de l'épidémie	20
IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA	21
IV.1. Prévention.....	21
IV.1.1. Prévention auprès de la population générale.....	21
IV.1.2. Prévention auprès des populations clés: PS, MSM et CDI	36
IV.1.3. Prévention auprès des populations en contexte de vulnérabilité	51
IV.1.4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant.....	61
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	77
IV.2.3. Gestion logistique et la Gestion des Approvisionnements et des Stocks	77
V. SUIVI EVALUATION.....	79
V.1. Mise en œuvre.....	79
V.1.1. Planification stratégique et opérationnelle basée sur les résultats	80
V.1.2. Système d'Information Globale	80
V.1.3. Evaluations	80
V.1.4. Surveillance	80
V.1.5. Informatisation du système avec des bases de données au niveau régional et central	80
V.2. Contraintes.....	81
V.3. Défis et perspectives.....	81
VI. Difficulté liées à l'élaboration du rapport.....	82
VII. Références	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Typologie des cas d'IST notifiés en 2016	25
Tableau 2: Prévalence de la syphilis chez les femmes et les hommes 2016	26
Tableau 3: Répartition par tranche d'âge de la prévalence déclarée des IST chez les femmes et les hommes	26
Tableau 4. Proportion d'enquêtés qui déclare avoir vécu au moins un symptôme d'IST au cours des 12 derniers mois	27
Tableau 5. Données populations clé programme Fonds Mondial NMF	39
Tableau 6. Activités de convivialité entre janvier et décembre 2016	46
Tableau 7. Activités effectuées par l'équipe Outreach entre janvier et décembre 2016	47
Tableau 8. Répartition en nombre des populations vulnérables selon la cible	52
Tableau 9. Evaluation des indicateurs traceurs	66
Tableau 10. Récapitulatif des défis et mesures correctrices	67
Tableau 11. Répartition des sites de PEC des PVVIH	69
Tableau 12. Synthèse des données de la prise en charge du VIH par region, 2016	71

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Carte administrative du Sénégal.....	7
Figure 2. Répartition de la population du Sénégal selon la région	8
Figure 3. Prévalence du VIH selon le sexe et le groupe d'âge, 2011.....	12
Figure 4. Prévalence du VIH dans le couple en fonction de la prévalence de la région, 2011.....	14
Figure 5. Répartition de la prévalence du VIH chez les femmes enceinte selon la région	14
Figure 7. Répartition des sites de dépistage en 2016	31
Figure 8. Evolution des sites de CDV entre 2015 et 2016.....	31
Figure 9. Performances régionales par rapport à l'objectif annuel 2016	33
Figure 10. Evolution du taux (%) de séropositivité par région entre 2015 et 2016	33
Figure 11. Évolution de la proportion d'enquêtées selon les raisons avancées contre le fémidon.....	41
Figure 12. Répartition (%) des camionneurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors	53
Figure 13. Répartition (%) des pêcheurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors	54
Figure 14. Répartition (%) des orpailleurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors	55
Figure 15. Répartition (%) des policiers ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors	57
Figure 16. Répartition (%) des militaires ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors	58
Figure 17. Gap (%) sur la PEC du couple mère enfant.....	62
Figure 18. Découpage administratif de la région de Sédhiou.....	65
Figure 19. Tableau Lumière de la SWAA	65
Figure 20. Cascade des soins	70

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 situé à l'extrême ouest de l'Afrique occidentale avec une façade maritime de plus de 700 km sur l'océan atlantique. Il s'étend sur une superficie de 196 712 Km². Le Sénégal est limité au Nord et à l'Est par la Mauritanie, à l'Est par le Mali et au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. La République de Gambie constitue une enclave de 25 km de large et près de 300 km de profondeur à l'intérieur du territoire sénégalais.

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.

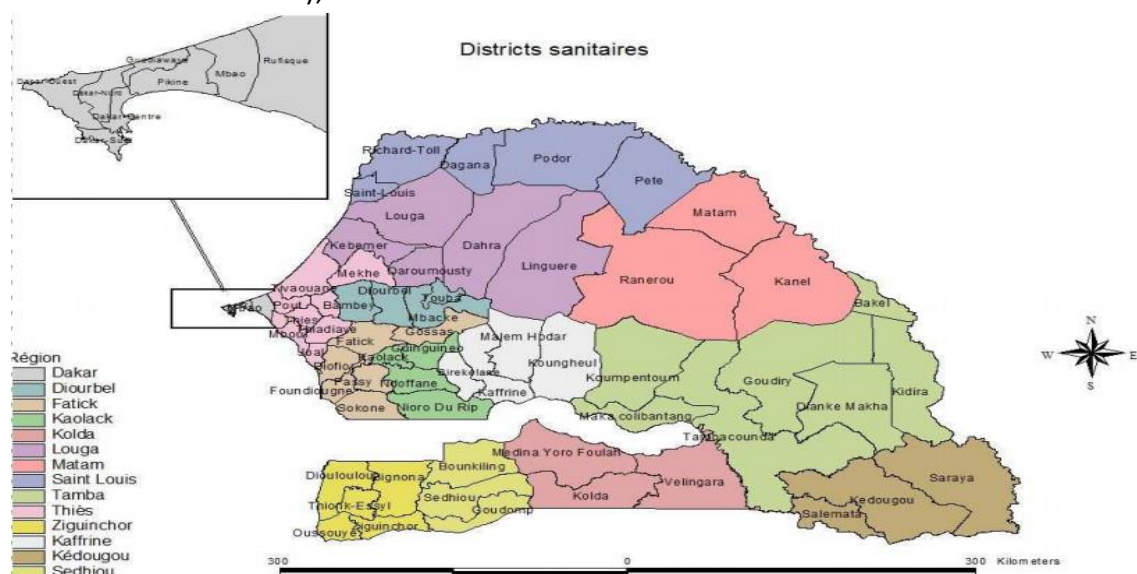


Figure 1. Carte administrative du Sénégal

I.2. Démographie

Le Sénégal dispose d'une masse importante de données sociodémographiques et économiques grâce à de nombreuses enquêtes et recensements qui sont réalisées au cours des trente dernières années. 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.

Lors du dernier recensement de 2013, la population sénégalaise a été estimée à 13 508 715 dont 6 735 421 d'hommes (49,9 %) et 6 773 294 de femmes soit 50,1 % (ANSD, 2013).

La population est relativement jeune avec respectivement des âges moyen et médian de 22,4 et 18,7 ans. 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 (figure 2), est de loin la région la plus peuplée, sa densité est de 5 739 habitants au km² contre une densité moyenne nationale de 69 habitants au Km². La région de Kédougou est la moins peuplée avec moins de 200 000 habitants et une densité de 9 habitants au km² (ANSD, 2013).

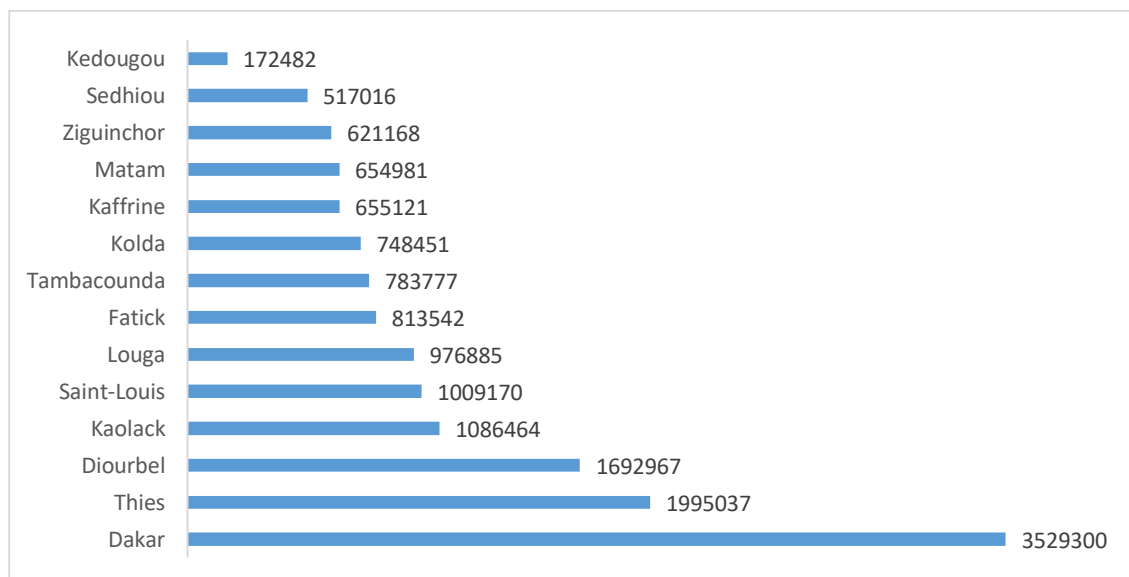


Figure 2. Répartition de la population du Sénégal selon la région

Source: Projection ANSD 2017

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 de 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), du Plan Sénégal Emergent (PSE), des Objectifs de Développement Durable (ODD) 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.

III. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH AU SENEGAL

Au Sénégal, la prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans s'élève à 0,7 %. Cette prévalence est restée stable (0,7 %) pour la même population entre 2005 et 2011 (*EDS-MICS, 2005 et 2011*).

L'épidémie de VIH/sida est définie comme une épidémie concentrée. En effet, la prévalence est basse dans la population générale et élevée chez les populations clé les plus exposées au risque du VIH (Professionnelles du sexe (6,6 %) (*ENSC, 2015*), Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (17,8 %) (*ELIHOS, 2014*)., Consommateurs de drogues injectables (5,2 %) (*UDSEN, 2011*)).

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs multiples (EDS-MICS) de 2011 montraient des disparités dans la prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques (*EDS-MICS, 2011*).

III.1. Caractéristiques socioéconomiques et démographiques

III.1.1. Niveau régional

Les régions du sud, de l'est et certaines du centre présentent les prévalences les plus élevées. Il s'agit respectivement des régions de Kolda (2,4 %) suivi de Kédougou (1,7 %), Tambacounda (1,4 %), Sédhiou (1,1 %), Kaolack (1,1 %) puis Ziguinchor (1,0 %) et Fatick avec 1,0 % (*EDS-MICS, 2011*).

III.1.2. Milieu de résidence

La prévalence du VIH ne varie pas selon que l'on réside en milieu urbain ou rural (0,7 %). Cependant, elle est plus forte chez les femmes vivant en zone urbaine (0,9 vs 0,7 %) et elle est deux fois plus élevée chez les hommes en milieu rural soit 0,6 versus 0,3 % (*EDS-MICS, 2011*).

III.1.3. Sexe et âge

La prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes âgées de 15 à 49 ans soit 0,8 % versus 0,5 % pour les hommes du même groupe d'âge. Il en résulte un ratio d'infection femmes/ hommes de 1,6. Cependant, il a été noté une baisse de ce ratio (2,2) entre les deux enquêtes de 2005 et 2011. Aussi pour les deux périodes, la prévalence est passée de 0,9 à 0,8 % chez les femmes et de 0,4 à 0,5 % chez les hommes (*EDS-MICS, 2011*).

Cette prévalence plus élevée chez les femmes est aussi notée dans trois régions où elle est au-dessus de 2,0 %. Il s'agit de Kolda (2,4 %); Kédougou (2,5 %) et Sédhiou avec 2,0 % (*EDS-MICS, 2011*).

Bien que la prévalence chez les jeunes de 15-24 ans est relativement basse (0,2 %), il existe cependant des écarts entre garçons et filles. En effet, les jeunes filles sont 3 fois plus infectées que les garçons soit 0,3 % contre 0,1 % (*EDS-MICS, 2011*).

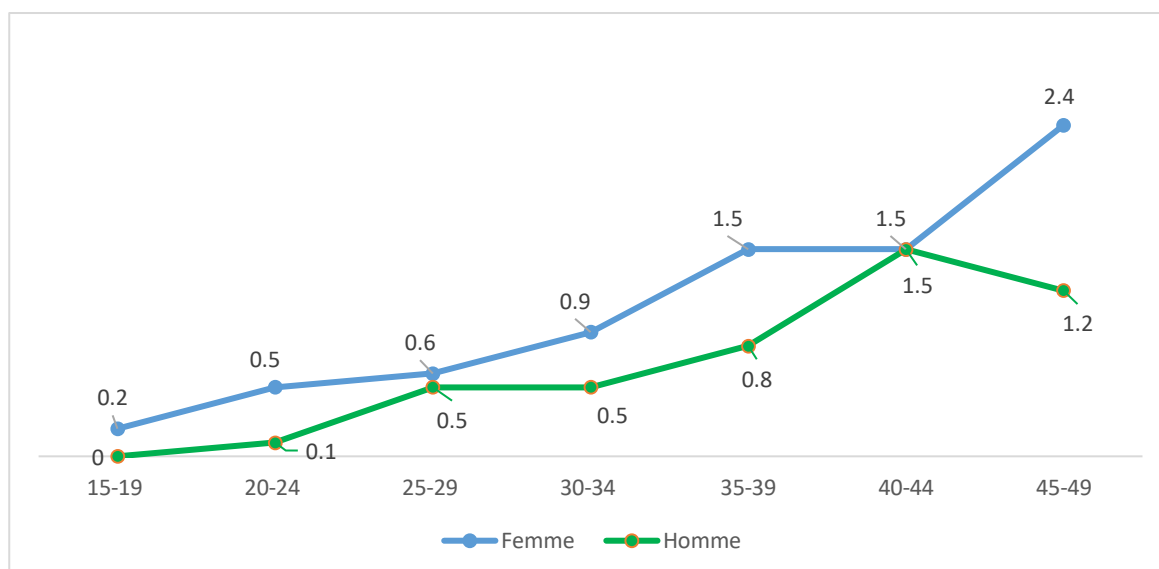


Figure 3. Prévalence du VIH selon le sexe et le groupe d'âge, 2011

Source: EDS-MICS 2011

La prévalence augmente proportionnellement avec l'âge jusqu'à 44 ans autant chez les hommes que chez les femmes.

Chez les femmes, la prévalence la plus élevée se trouve dans le groupe d'âge des 45-49 ans (2,4 %) tandis que chez les hommes, elle est retrouvée dans le groupe d'âge des 40-44 ans soit 1,5 % (Figure 3).

Résumé No 1.

Selon l'EDS-MICS de 2011, la prévalence révèle une féminisation de l'infection à VIH et une augmentation avec l'âge chez les 15-44 ans.

III.1.4. Niveau de scolarité

Concernant la prévalence selon le niveau d'instruction, elle s'établit globalement à 1,0 % pour les hommes et les femmes n'ayant aucune instruction; 0,6 % pour ceux qui ont atteint le niveau primaire et 0,2 % pour ceux ayant le niveau secondaire ou plus (EDS-MICS, 2011).

Chez les hommes, la prévalence est plus élevée parmi ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction (0,9 % contre 0,0 % pour le niveau primaire et 0,3 % pour le niveau moyen/secondaire ou plus).

Chez les femmes, celles qui ont le niveau primaire présentent la plus forte prévalence (1,2 %), suivi de celles qui sont sans instruction (1,0 %) et celles qui ont un niveau secondaire ou plus avec 0,1 % (EDS-MICS, 2011).

La prévalence du VIH est mesurée selon « le quintile de bien-être économique ». Ainsi, elle est plus élevée parmi les personnes les plus pauvres (0,8 %) et celles du «second quintile» (1,2 %) contre 0,5 % chez les personnes des trois autres quintile (plus riche, quatrième quintile et quintile moyen) (EDS-MICS, 2011).

Résumé No 2.

La prévalence selon le niveau d'instruction et de bien-être économique montre que les personnes ayant un niveau d'instruction bas ou aucune instruction et celles les plus pauvres sont les plus infectées au VIH (EDS-MICS, 2011).

III.2. Situation matrimoniale

La prévalence du VIH varie selon le statut matrimonial. Elle se situe à 3,7 % chez les personnes divorcées ou séparées, 0,9 % chez les personnes mariées ou qui vivent ensemble et 0,3 % chez les célibataires (EDS-MICS, 2011).

Chez les femmes, selon l'état matrimonial, la prévalence du VIH présente de très fortes variations. En effet, les femmes en rupture d'union (divorcées ou séparées) ont une prévalence (4,6 %) environ six fois plus élevée que celles en union (0,8 %). Les femmes en union sont elles aussi environ deux fois plus fréquemment infectées que les célibataires (0,8 % contre 0,4 %).

Par contre, chez les hommes, ceux qui sont en rupture d'union (divorcés ou séparés) sont aussi infectés (0,9 %) que ceux en union (1,0 %) (EDS-MICS, 2011).

Selon le type d'union, quel que soit le sexe, les personnes infectées par le VIH et qui sont en union polygame sont plus nombreuses 1,1 % que celles qui sont en union monogame 0,8 % (EDS-MICS, 2011).

Chez les jeunes filles, la prévalence la plus élevée est observée chez les célibataires qui ont déjà eu des rapports sexuels (1,6 %), alors que pour les jeunes hommes c'est ceux qui sont en union avec 1,0 % (EDS-MICS, 2011).

Résumé No 3.

Selon la situation matrimoniale, les personnes divorcées ou séparées sont les plus infectées au VIH. Dans ce groupe, les femmes sont plus infectées que les hommes. Par ailleurs, les personnes qui sont dans une union polygame sont plus infectées (EDS-MICS, 2011).

III.3. Couples

Les résultats de l'EDS-MICS 2010-11 montrent que 98,3 % des couples sont négatifs et dans 0,4 % des couples, les deux partenaires sont séropositifs.

Par ailleurs, 1,3 % des couples sont discordants, c'est à dire un partenaire est infecté et l'autre ne l'est pas. Parmi les partenaires discordants, 0,6 % représente les cas où l'homme est séropositif et la femme est négative pour le VIH, et 0,7 % représente les cas où la femme est séropositive et l'homme est négatif pour le VIH.

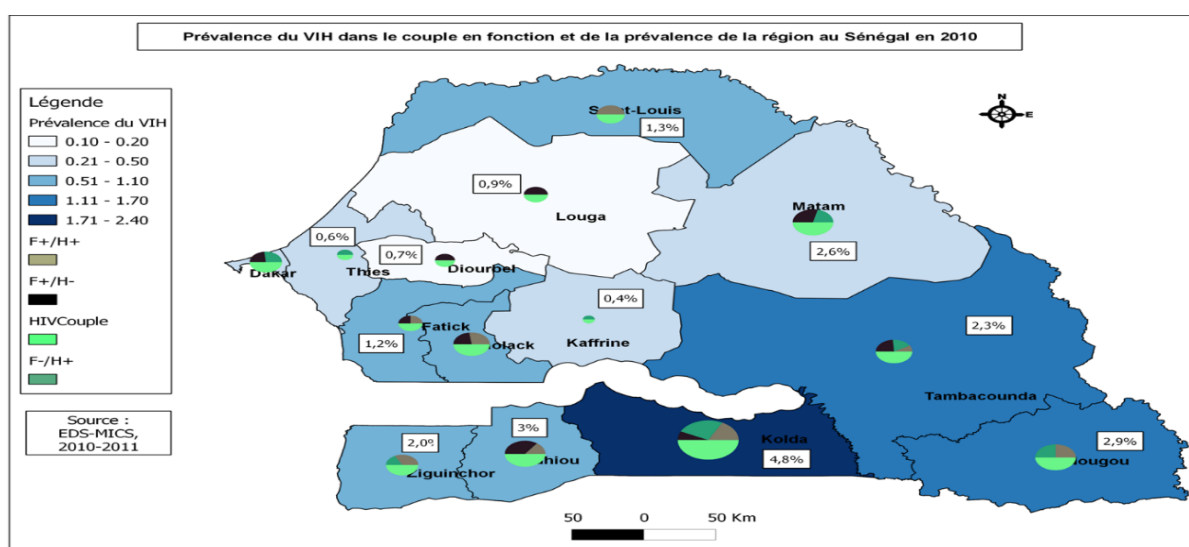


Figure 4. Prévalence du VIH dans le couple en fonction de la prévalence de la région, 2011

Source: EDS-MICS 2010-2011

III.4. Femmes enceintes

Les résultats de la dernière enquête de surveillance sentinelle réalisée, en 2015, dans les différentes régions et au niveau des sites sentinelles révèlent une prévalence de 0,8 % chez les femmes enceintes (LBV, 2015).

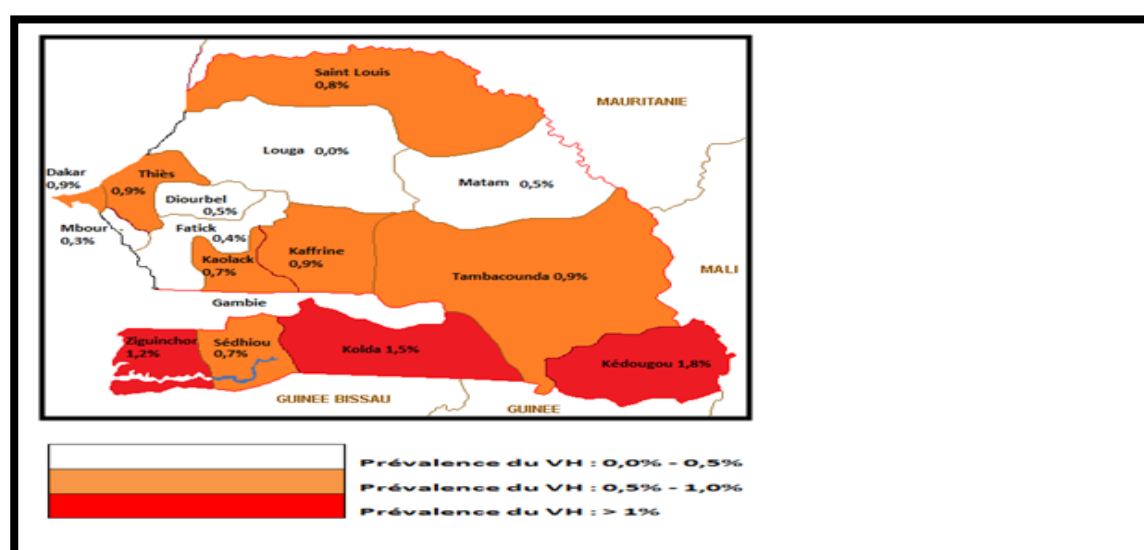


Figure 5. Répartition de la prévalence du VIH chez les femmes enceinte selon la région

Source: Rapport de surveillance sentinelle 2015

III.5. Comportement sexuel

Certains comportements sexuels sont des facteurs de risque qui peuvent affecter le niveau de prévalence du VIH et des IST¹.

¹ Les questions concernant les comportements sexuels sont très délicates à poser et qu'il est possible que certains comportements à risque n'aient pas été déclarés.

Les personnes ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans présentent une prévalence au VIH de 1,5 % contre respectivement 0,9 % (chez les 16-17 ans); 0,7 % (chez les 18-19 ans et 0,6 % (chez les 20 ans et plus) (EDS-MICS, 2011).

Selon l'âge du premier rapport sexuel, la prévalence est plus élevée chez les femmes dont l'âge au premier rapport sexuel est inférieur à 16 ans (1,8 %), alors que pour les hommes c'est le groupe d'âge des 16 à 17 ans qui prédomine avec 1,5 % (EDS-MICS, 2011).

Les hommes qui ont 2 partenaires et plus au cours des 12 derniers mois sont plus infectés: 3,0 % contre 0,4 % pour 1 partenaire et 0,2 % pour ceux qui n'ont eu aucun partenaire (EDS-MICS, 2011)..

III.6. Populations clé

III.6.1. Professionnelle du sexe

La prévalence du VIH chez les PS (toutes catégories confondues) est estimée à 6,6 % en 2015 contre 18,5 % en 2010 (ENSC, 2010 et 2015).

Selon la catégorie, les professionnelles du sexe officielles présentent une prévalence de 8,7 % en 2015 versus 23,8 % en 2010 alors que la prévalence chez les professionnelles du sexe clandestines se situe à 5,4 % en 2015 contre 12,1 % en 2010.

Certaines régions présentent les plus fortes prévalences du VIH chez les PS avec respectivement: Ziguinchor 13,5 %, suivi de Tambacounda 10,7 %, Kaolack 9,0 %, Sédhiou 5,6 %, Dakar 5,3 %, Kolda 4,0 % et Kédougou 3,7 % alors que la prévalence pour l'ensemble des autres régions est à 8,3 % (ENSC 2015).

Résumé No 4

La prévalence chez les professionnelles du sexe montre une tendance à la baisse, toutes catégories confondues, entre 2010 et 2015. Cependant, les professionnelles du sexe officielles sont plus infectées (ENSC 2015).

Certains facteurs semblent expliqués la baisse de près de 2/3 de la prévalence du VIH chez les PS entre 2010 et 2015:

- la durée moyenne dans le métier a connu une forte baisse (7,8 ans en 2010 versus 3 ans en 2015).
- les PS enrôlées dans le cadre de l'ENSC 2015 sont plus jeunes (baisse de l'âge médiane (32 ans en 2015 versus 34 ans en 2010) et la prédominance de la classe d'âge des 20-29 ans qui constitue 39,6 % des enquêtées.
- l'ENSC 2015 a enrôlé plus de clandestines (57,8 %) que d'officielles (42,2 %).

III.6.2. Hommes ayant des relations sexuels avec les hommes

Les résultats de l'enquête combinée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) de 2014 montraient une prévalence de 17,8 % (ELIHoS, 2014). Cette prévalence était de 21,8 % en 2007 (ELIHoS, 2007).

Suivant les groupes d'âge une inversion des tendances de la prévalence du VIH est notée entre les enquêtes de 2007 et 2014. En effet, la prévalence des HSH âgés de 18-19 ans est passée de 5,2 % (en 2007) à 19,9 % tandis qu'une régression a été notée que chez les 35 ans et plus soit 40,6 à 17,2 % entre 2007 et 2014 (ELIHoS, 2007 et 2014).

Une tendance à la hausse de la prévalence est observée chez les élèves (8,2 %; 13,1 %; 18,1 % respectivement en 2004, 2007 et 2014). Chez les HSH ayant atteint le niveau d'étude secondaire, la prévalence est passée de 17,4 % en 2007 à 18,3 en 2014 (ELIHoS, 2004, 2007 et 2014).

Résumé No 5

Une forte augmentation de la prévalence du VIH est notée chez les 18 à 19 ans entre 2007 et 2014. Une hausse de la prévalence est observée chez les élèves de même que chez les HSH ayant le niveau d'étude secondaire (ELIHoS, 2004, 2007 et 2014).

III.6.3. Consommateurs de drogues injectables

La prévalence estimée du VIH dans la population d'usagers de drogues injectables se situe à 5,2 % (UDSEN, 2014).

Selon le mode de consommation des drogues, la prévalence varie chez les injecteurs 9,4 % versus les non injecteurs 2,5 %. Les femmes injectrices ont une prévalence plus élevée que les hommes injecteurs soit 21,1 % contre 7,5 % (UDSEN, 2014).

La prévalence varie aussi selon le sexe, soit 13,0 % chez les femmes versus les hommes 3,0 % (UDSEN, 2014).

III.6.4. Détenus

Les résultats de l'ENSC de 2015 montraient une prévalence de l'infection par le VIH de 2,0 % chez les détenus. Cette prévalence était de 1,5 % en 2010 (ENSC, 2015).

La prévalence du VIH est plus élevée chez les détenues femmes avec 4,5 % contre 1,7 % pour les détenus hommes.

Les moins de 35 ans sont plus infectés par le VIH, soit respectivement 2,4 % (moins de 25 ans); 1,8 % (25-29 ans) et 3,3 % (30-34 ans). La prévalence est plus élevée chez les femmes âgées de moins de 35 ans (4,3 %) que chez les hommes (2,2 %) de la même classe d'âge.

Chez les détenues adultes âgées de 35 ans et plus, la prévalence est quatre fois supérieure à celle des prisonniers de même groupe d'âge, soit 5,6 % contre 1,2 %. Ainsi, les jeunes prisonniers

(hommes et femmes) et les femmes adultes incarcérées semblent être plus vulnérables au VIH (ENSC, 2015).

En ce qui concerne le niveau d'instruction, les détenus n'ayant jamais été scolarisés sont plus infectés par le VIH avec une prévalence de 2,5 % (2,0 % chez les hommes, 5,7 % chez les femmes), suivis de ceux qui ont atteint le niveau secondaire avec 2,1 % (tous des hommes). Le taux de prévalence de ceux qui n'ont pas dépassé le niveau primaire se situe à 1,6 % (1,2 % chez les hommes contre 5,9 % chez les femmes) (ENSC, 2015).

Selon la situation matrimoniale, la prévalence est plus élevée chez les divorcés 8,7 % (2,4 % chez les hommes, 5,6 % chez les femmes), des polygames 2,3 % (10,0 % chez les femmes), les monogames 1,9 % (tous des hommes 1,7 %) et les célibataires 1,6 % (2,0 % des hommes et 5,6 % des femmes) (ENSC, 2015).

Les résultats de l'ENSC de 2015 montrent que la durée de détention influe sur la prévalence. En effet, la prévalence du VIH augmente au fur et mesure que la durée de détention augmente. La prévalence est de 1,8 % chez les détenus qui ont une durée de détention inférieur ou égal à 12 mois, alors qu'elle se situe à 2,1 % chez ceux emprisonnés pour une période comprise entre 13 et 24 mois ou 25 mois et plus. Dans la catégorie des longues durée de détention (25 mois et plus), la prévalence est plus élevée chez les femmes 9,1 % que chez les hommes 1,4 % (ENSC, 2015).

Les détenus qui ont exercé les métiers de femme de ménage (ou de nettoyage) et commerçant avant leur incarcération présentent les prévalences les plus élevées, soit respectivement 12,5 % (essentiellement des femmes) et 3,5 %. Ces forts taux peuvent s'expliquer par le fait que le métier de femme de ménage est très précaire et celles qui l'exercent sont parfois exposées à des cas de viol, alors que le métier de commerçant revêt de fortes relations humaines mais aussi une certaine mobilité parfois qui peuvent aboutir à des comportements à risque (ENSC, 2015).

Résumé No 6

Chez les détenus, la prévalence a augmenté entre 2010 et 2015.

Les détenues femmes sont plus infectées de même que les détenus (hommes et femmes) âgés de moins de 35 ans.

Les détenus n'ayant jamais été scolarisés sont plus infectés de même que les divorcés surtout les femmes.

Selon l'ENSC 2015, la durée de détention influe sur la prévalence du VIH.

Les détenus qui ont exercé les métiers de femme de ménage (ou de nettoyage) et commerçant avant leur incarcération présentent de très fortes prévalences au VIH (ENSC2010 et 2015).

III.7. Populations vulnérables

III.7.1. Policiers

Chez les policiers, les résultats de l'ENSC de 2015 montrent une prévalence de 0,5 %. Cette prévalence a augmenté entre 2010 et 2015 avec 0,2 % contre 0,5 % (ENSC 2015).

La prévalence² du VIH est plus élevée chez les femmes (1,5 %) que chez les hommes (0,4 %). Le groupe d'âge des 50 ans et plus est le plus touché (2,5 %) (ENSC 2015).

Concernant la situation matrimoniale, seuls les mariés monogames sont infectés (1,0 %). Cependant, les résultats de l'enquête de 2010 montraient par contre une prévalence plus forte chez les mariés polygames (1,2 %) (ENSC 2015).

Les résultats de l'enquête montrent que les policiers qui ont effectué une mission à l'étranger au cours des 12 derniers mois ont une prévalence de 2,9 % contre 0,4 % pour ceux qui ne sont pas sortis du territoire. Les policiers qui ont effectué au moins un déplacement à l'intérieur du pays présentent une prévalence au VIH de 0,7 % contre 0,4 % chez ceux qui n'ont pas quitté leur lieu de cantonnement (ENSC 2015).

Résumé No 7

Les femmes policières sont plus infectées de même que les policiers âgés de 50 ans et plus. Une inversion de l'infection à VIH est notée selon la situation matrimoniale entre 2010 et 2015. La mobilité influe sur la prévalence (ENSC 2015).

III.7.2. Gendarmes

La prévalence du VIH chez les gendarmes s'élève à 0,3 %.

On note une variation de la prévalence de l'infection à VIH suivant l'âge. En effet, elle est plus importante chez les 35 ans et plus (35-39 ans, 1,2 %; 50 ans et plus 3,8 %) (ENSC 2015).

Selon la situation matrimoniale, les divorcés et veufs (12,5 %) et les mariés monogames (0,3 %) sont les plus infectés (ENSC 2015).

III.7.3. Militaires

La prévalence du VIH chez les militaires se situe à 0,3 %. Cette prévalence était de 0,7 %, en 2006 (ENSC 2015).

On note une variation de la prévalence de l'infection à VIH selon l'âge. Elle est plus importante chez les 30-34 ans avec 2,2 % contre 0,0 % pour les autres groupes d'âge. Au niveau de ce groupe d'âge, la prévalence du VIH a triplé en passant de 0,6 % (en 2006) à 2,2 % (en 2015) (ENSC 2015).

² Faible effectif de personnes testées positives au VIH dans l'échantillon

Résumé No 7

Selon l'ENSC de 2015, la prévalence du VIH est relativement faible chez les militaires. Chez les militaires âgés de 30 à 34 ans, la prévalence a considérablement augmenté entre 2006 et 2015 (ENSC 2015).

III.7.4. Camionneurs

La prévalence du VIH chez les camionneurs (0,6 %) est restée stable entre 2010 et 2015 (ENSC 2010 et 2015). Cette prévalence est proche de celle des hommes dans la population générale 0,5 % (EDS-MICS, 2011).

Chez les camionneurs âgés de 35-39 ans, la prévalence est plus élevée (2,5 %) que chez les jeunes de 15-24 ans (0,0 %).

Selon le statut matrimonial, la prévalence a progressivement diminuée de 2006, 2010 et 2015 chez les camionneurs mariés polygames soit respectivement: 4,8 % et 2,4 % et 0,0 %. Chez les camionneurs monogames, la prévalence est passée de 1,2 % à 0,0 % puis à 1,4 % entre 2006 et 2010 et 2015.

Résumé No 8

Chez les camionneurs, la prévalence du VIH est restée stable entre 2010 et 2015. Si l'on considère le profil socio démographique de l'ENSC 2015, le camionneur séropositif au VIH est âgé de 28 à 50 ans, de niveau d'étude secondaire, marié monogame, qui voyage dans la sous-région, notamment dans les pays limitrophes (ENSC 2010 et 2015).

III.7.5. Pêcheurs

La prévalence du VIH chez les pêcheurs est de 0,6 % en 2015 contre 0,8 % en 2010 et 1,0 % en 2006 (ENSC, 2006, 2010 et 2015).

Les pêcheurs âgés de 40 ans et plus et les moins de 25 ans sont les plus infectés soit respectivement 1,4 % et 0,8 %. Les résultats des enquêtes de 2006 et 2010 montraient une prévalence plus élevée chez les 25 à 39 ans avec 1,2 % et 1,5 % (ENSC, 2006, 2010 et 2015).

En considérant la situation matrimoniale, la séroprévalence en 2015 touche toutes les catégories notamment, les mariés polygames (1,1 %); célibataires (0,5 %); mariés monogames (0,3 %). Toutefois, comme en 2006 ce sont les polygames qui sont plus atteints par le VIH (1,8 %).

Les pêcheurs non scolarisés et ceux ayant le niveau primaire sont les plus touchés par le VIH avec 0,8 % et 0,6 %.

Résumé No 9

Chez les pêcheurs, il est observé une tendance à la baisse de la prévalence entre 2006, 2010 et 2015. Les pêcheurs mariés monogames sont les moins infectés.

Si l'on considère le profil socio démographique de l'ENSC 2015, le pêcheur séropositif au VIH est âgé de moins de 25 ans, non scolarisés, marié polygame (ENSC 2006, 2010, et 2015).

III.7.6. Orpailleurs

Les résultats de l'ENSC de 2015 montraient une prévalence au VIH de 1,5 % chez les orpailleurs. Cette prévalence a augmenté par rapport à l'enquête de 2010 où elle se situait à 1,3 %.

Les orpailleurs étrangers (non Sénégalais) présentaient la plus forte prévalence avec 1,7 % contre 1,3 % chez les sénégalais.

La répartition de la prévalence selon le sexe montre une augmentation, entre 2010 et 2015, chez les hommes soit 0,8 % et 1,7 %. Par contre, cette prévalence est passée de 2,5 % en 2010 à 0,9 % en 2015, chez les femmes.

III.7.7. Personnes Handicapées

La prévalence du VIH est de 1,9 % chez les personnes handicapées. Les femmes ont une prévalence beaucoup plus élevée que les hommes soit 2,5 % contre 1,3 % (ENSC, 2015).

Les personnes handicapées âgées de 40 ans et plus présentent une prévalence plus élevée que celles des moins de 40 ans soit 3,2 % contre 1,2 % (ENSC, 2015).

Concernant la situation matrimoniale, les personnes handicapées divorcées ont la plus forte prévalence au VIH (6,6 %) suivi des veufs (4,1 %), des célibataires (1,1 %) et des mariés (1,6 %).

Les personnes handicapées qui ont voyagé à l'étranger ont une prévalence plus grande (3,0 %) que celles qui n'ont jamais voyagé (1,9 %) (ENSC, 2015).

III.8. La dynamique de l'épidémie

Le mode de contamination du VIH reste essentiellement par voie sexuelle. L'étude sur le modèle de transmission avait estimé que près de 70,0 % des nouvelles infections surviennent chez les couples dites stables (MoT, 2013).

Les estimations provisoires du Spectrum de l'ONUSIDA font part de 1 100 nouvelles infections en 2016 (Spectrum, 2017).

Ces nouvelles infections sont essentiellement survenues chez les adultes soit 900. Les 2/3 des nouvelles infections chez les adultes concernent les femmes.

Environ 200 nouvelles infections ont été estimées chez les enfants (Spectrum, 2017).

Environ 1 000 décès liés au VIH ont été estimés en 2016 (Spectrum, 2017).

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 : 90-90-90

Le Sénégal s'est engagé pour atteindre l'objectif « 90-90-90 » lancé par l'ONUSIDA en 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 précoce 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 (CNLS), 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 les sensibilisations 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,
- 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 considérés 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 (EDS Continue de 2015).

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. 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. A cet effet, le programme de marketing social a été mis en place et 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

Les IST facilitant la transmission du VIH constituent un problème de santé publique, c'est pourquoi le gouvernement sénégalais et l'ensemble de ses partenaires en ont fait l'une de leurs priorités.

Au Sénégal, la prise en charge des IST est intégrée dans les Soins de Santé Primaires pour la population générale. Le diagnostic se fait par l'approche syndromique de prise en charge des IST mise en œuvre dans les structures de santé publiques et parapubliques. Le dépistage sérologique de la syphilis est incorporé dans les services de Santé de la Reproduction et, les laboratoires de références aux niveaux nationale et régionale appliquent le diagnostic étiologique.

Par ailleurs, le module de Prise en charge des IST a été introduit dans les curricula des écoles de formation des prestataires. Les formations sur les protocoles révisés ont permis de toucher 125 prestataires à travers 5 sessions de formation et d'appuis techniques effectués dans les régions de Diourbel, Kaolack, Kaffrine et Saint Louis et les documents ont été diffusés.

La couverture du dépistage sérologique de la syphilis a été améliorée par la disponibilité de tests rapides au niveau de plus de 100 postes de santé. A ceux-là s'ajoutent les hôpitaux, les centres de santé, les CMG et certaines structures du privé. L'objectif spécifique concernant les IST étant qu'au moins 60,0 % de personnes atteintes d'IST qui se présentant auprès des établissements sanitaires soient examinées et traitées de manière appropriée d'ici 2017.

IV.1.1.3.2. Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre de la prise en charge des IST s'appuie sur des stratégies permettant la standardisation des interventions, le renforcement des capacités et la participation communautaire à tous les niveaux. Il s'agit précisément de:

1. L'utilisation d'algorithmes nationaux standardisés renforçant la prise en charge syndromique des IST et le renforcement des capacités des prestataires des structures de santé publiques, parapubliques et privées.
2. Le Renforcement de la prise en charge des IST chez les populations clé les plus exposées (PS, HSH, CDI) par un approvisionnement régulier des points de prestations de services en réactifs pour le diagnostic des IST et l'octroi de médicaments pour le traitement pour motiver et augmenter la fréquentation des sites par ces populations.

3. La systématisation du 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).

4. Le Renforcement des capacités techniques des laboratoires des centres de référence en équipements et réactifs.

5. Le Renforcement de l'implication des organisations communautaires dans la référence et la contre référence des cas d'IST et pour un passage à l'échelle des stratégies de Marketing social des préservatifs masculins et féminins.

IV.1.1.3.3. Résultats (à revoir)

- **Données de routine**

Durant l'année 2016, au total 138 074 cas d'IST ont été notifiés dont 129 096 (93,5 %) chez les femmes selon les données de routine recueillies auprès des sites de prise en charge des IST.

L'écoulement génital reste le syndrome le plus répertorié (75 313), soit 54,5 % de l'ensemble des notifications. Selon le sexe, l'écoulement génital est plus fréquemment répertorié chez les femmes (67 991) soit 90,3 % que chez les hommes (7 322) soit 9,7 %. Le tableau 1 présente la répartition des IST selon le type.

Tableau 1. Typologie des cas d'IST notifiés en 2016

Diagnostic	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	N	%
ÉCOULEMENT GENITAL	7 322	9,7	67 991	90,3	75313	54,5
ULCERATION GENITALE	1 352	17,9	6 196	82,1	7 548	5,5
DOULEUR ABDOMINALE BASSE			49 050	100,0	49 050	35,5
CAS POSITIF DE SYPHILIS DIAGNOSTIQUE AU LABO	304	4,9	5 859	95,1	6 163	4,5
Total	8 978	6,5	129 096	93,5	138 074	100,0

Source : Synthèse nationale des données de routine des IST, CNLS, 2016

Le nombre de dépistage sérologique de la syphilis effectué s'est encore amélioré durant l'année 2016 avec 88 286 tests réalisés au niveau des structures contre 82 233 en 2015. Le total de cas positifs est de 6 163, ce qui correspond à une proportion de 7,0 % (voir le tableau 2 ci-dessous).

Tableau 2: Prévalence de la syphilis chez les femmes et les hommes 2016

	Homme		Femme		Total
	n	%	n	%	
NOMBRE DE TESTS SYPHILIS REALISES	4 741	5,4	83 545	94,6	88 286
CAS POSITIF DE SYPHILIS DIAGNOSTIQUE AU LABO	304	4,9	5 859	95,1	6 163
PROPORTION DE CAS POSITIFS/ NOMBRE DE TESTS		6,4		7,0	7,0 %

Source : Synthèse nationale des données de routine des IST, CNLS, 2016

- **Données d'enquête**

Afin d'établir la prévalence déclarée des IST, l'EDS continu a demandé aux femmes et aux hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels s'ils avaient eu, au cours des 12 mois précédant l'enquête, une IST et/ou des symptômes associés à des IST.

Les résultats de 2016 montrent que sur 6 425 femmes ont affirmé avoir déjà eu des rapports sexuels. Parmi ces femmes, 19,3 % ont déclaré avoir eu au moins une IST ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois contre 12,3 % en 2015. Concernant les hommes la prévalence déclarée est de 3,9 % en 2016 contre 1,5 % en 2015.

La prévalence la plus élevée est observée dans la région Nord (24,0 %) et la plus faible dans la région Sud (15,0 %).

Selon la tranche d'âge la prévalence déclarée se présente de manière différente chez les femmes et les hommes. En effet si pour les femmes, les 25-29 ans (21,0 %) sont les plus touchés par contre chez les hommes c'est les 40-49 ans avec 5,5 % qui ont la plus grande prévalence (voir tableau 3).

Tableau 3: Répartition par tranche d'âge de la prévalence déclarée des IST chez les femmes et les hommes

Tranche d'âge	Homme		Femme	
	%	Effectif	%	Effectif
15-19	4,3	108	17,7	506
20-24	2,3	231	19,9	1 058
15-24	2,9	339	19,2	1 564
25-29	4,0	361	21,0	1 430
30-39	3,0	779	19,2	2 184
40-49	5,5	581	17,8	1 247

Source EDS Continue 2015

Selon le niveau d’instruction, 20,3 % des femmes de niveau d’instruction plus élevé (moyen/secondaire ou plus) affirment présenter une IST contre 19,2 % chez celles qui avaient un niveau d’instruction plus bas.

Par contre, chez les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, ceux qui sont sans instruction (4,3 %) ont déclaré avoir eu au moins une IST ou des symptômes d’IST au cours des 12 derniers mois. Cette prévalence déclarée des IST est plus élevée dans le groupe d’âges 40-49 ans (6,0 %), en milieu urbain (6,0 %), dans la région Ouest (6,0 %) et parmi les hommes dont le ménage est classé dans le quatrième quintile (7,0 %).

Cette question de prévalence déclarée avait aussi été posée par l’enquête nationale de surveillance combinée (ENSC) qui se réalise tous les quatre ans auprès des Camionneurs, Pécheurs, Détenus, forces de sécurités et de défenses, les professionnelles de sexe et les orpailleurs. Les résultats des trois dernières enquêtes sont présentés dans le tableau 4 suivant.

Tableau 4. Proportion d’enquêtés qui déclare avoir vécu au moins un symptôme d’IST au cours des 12 derniers mois

Cibles	2006 %	2010 %	2015 %
Camionneurs	9,7	15,1	8,9
Détenus			6,7
Policier		1,6	2,9
Handicapées			19,4
Gendarmes			1,0
Professionnelles de sexe	15,3	14,7	34,1
Militaires			0,8
Orpailleurs		24,8	37,0
Pêcheurs	12,1	13,0	7,0

Sources : ENSC 2006, ENSC 2010 et ENSC 2015

IV.1.1.3.4. Progrès réalisés

Les progrès mettent en exergues les actions importantes effectuées au courant de l’année 2016 et dont la mise en œuvre avait été préconisée dans le rapport GARP produit par le Sénégal en 2016.

Il s’agit principalement de:

- La mise en œuvre de l’approche syndromique de prise en charge des IST pour la population générale dans tous les hôpitaux et Centres de santé et dans plus d’une centaine de Postes de santé.
- L’effectivité de l’introduction du module de prise en charge des IST dans les curricula des écoles de formation des prestataires.
- La formation de 125 prestataires sur les protocoles révisés à travers 5 sessions de formation et d’appui technique effectuées dans les régions de Diourbel, Kaolack, Kaffrine et Saint Louis. La diffusion de la documentation auprès des prestataires.

- L'amélioration de la couverture du dépistage sérologique de la syphilis par la disponibilisation de tests rapides au niveau de plus de 100 postes de santé, les hôpitaux, les centres de santé, les CMG et certaines structures du privé.
- L'augmentation du nombre de dépistage sérologique de la syphilis effectué durant l'année 2016 avec 88 286 tests réalisés au niveau des structures aussi bien pour les hommes que pour les femmes, contre 61 829 en 2014 et 82 233 en 2015.

IV.1.1.3.5. Défis à relever

- ❖ 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

Depuis trente années, le Sénégal a beaucoup investi dans la lutte contre la pandémie mondiale du VIH en mettant l'accent sur un bon système de prévention afin de maintenir la basse prévalence dans la population générale qui est de 0,7 % (*EDS-MICS, 2011*).

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 d'abord, une approche à visée préventive. 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 la population générale ont fait leur dépistage et connaissent leur statut sérologique au cours des 12 derniers mois en 2017.*

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 la phase pilote a été lancée dans trois des cinq régions prioritaires (Kolda, Sédhiou, Ziguinchor) en 2015.

Des stratégies de CDV mieux ciblées sont en train d'être mises en place pour atteindre le premier volet de la cible des 3 « 90 » à savoir que 90,0 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent 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:

Désormais toutes les stratégies de dépistage du VIH sont orientées sur le ciblage des zones de vulnérabilité et des populations clé et vulnérables :

- ☐ 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.

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

❖ Le CNLS assure:

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

❖ La DLSI 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

❖ Le 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.

❖ Le niveau district

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

IV.1.1.4.3. Présentation et analyse des résultats du CDV

Accès aux services du CDV

❖ Nombre de sites de dépistage

Le nombre total de sites CDV s'élève à 1 619 en 2016 avec une couverture nationale de 100,0 % (CS, hôpitaux, CDVA, CCA et EPS), 82,4 % (1 334/1619) pour les Postes de santé.

Le nombre de sites de CDV est passé de 1476 à 1 619 entre 2015 et 2016.

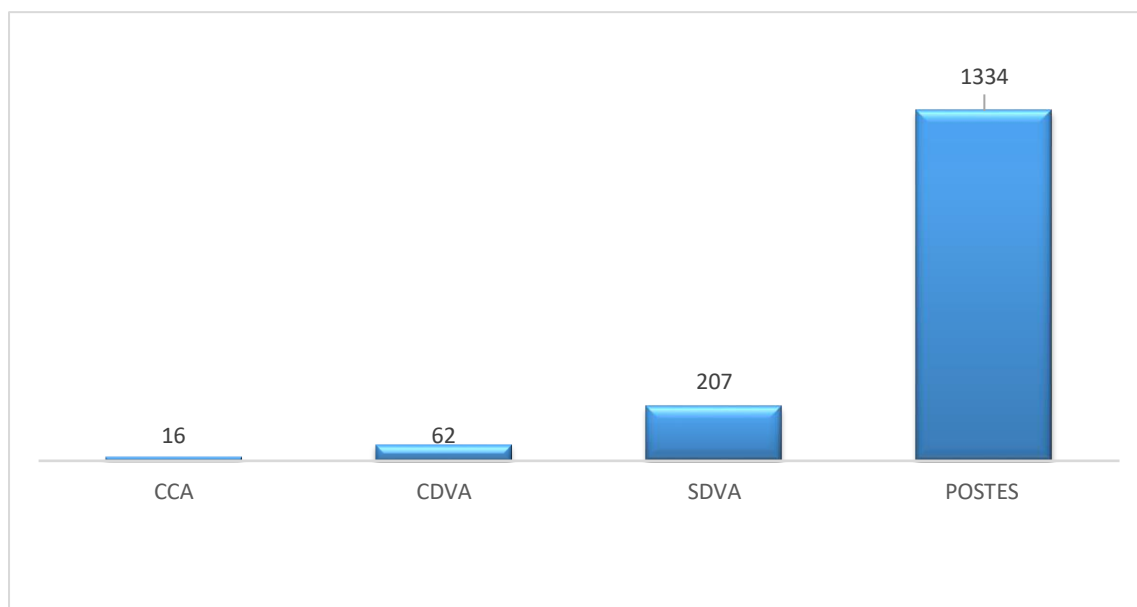


Figure 6. Répartition des sites de dépistage en 2016

En 2016 on note l'ouverture de plus de 100 postes de santé qui offrent des services de CDV notamment, chez les femmes enceintes dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant.

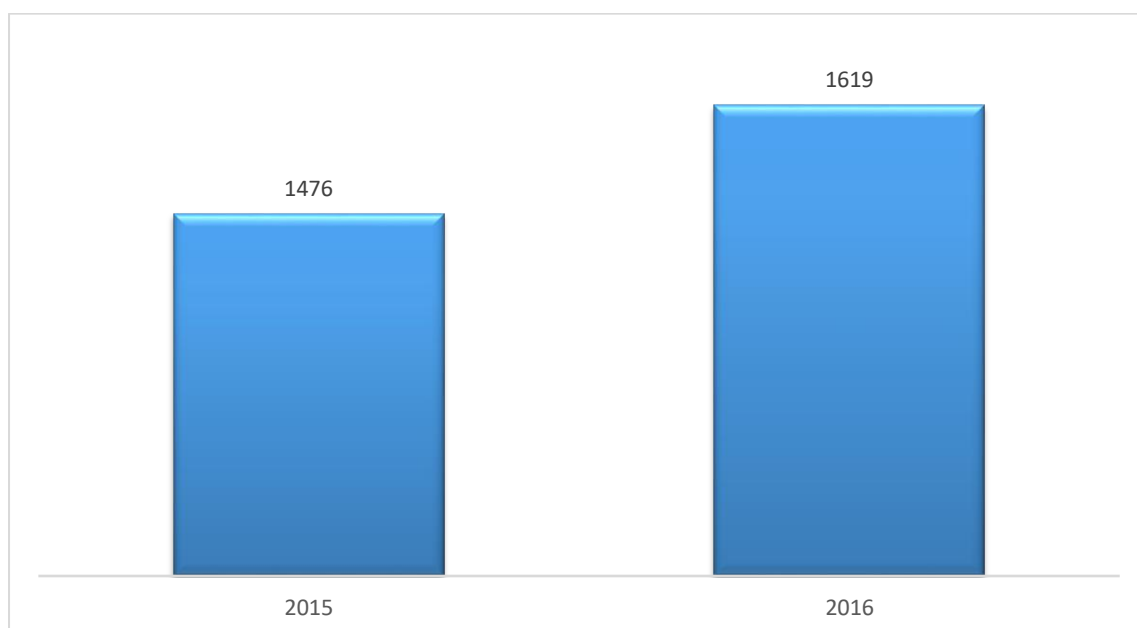


Figure 7. Evolution des sites de CDV entre 2015 et 2016

❖ Niveau d'atteinte des objectifs du plan stratégique national

➤ Au niveau national

En 2016, le nombre de personnes dépistées au VIH au niveau national est de 611 175 sur un objectif de 1 207 505, parmi toutes les personnes dépistées, 591 647 ont retiré leurs résultats ce qui représente une performance de 49,0 %.

La comparaison avec les données de 2015 montre une baisse du nombre de personnes dépistées qui passe de 750 466 à 611 175.

L'analyse des populations dépistées et ayant retiré leurs résultats montre que plus de la moitié est représentée par les femmes enceintes soit 57,8 %; 33,3 % constitue la population générale et les populations clé les plus exposées, ces dernières sont touchées lors des stratégies avancées ou fixes de dépistage du VIH; les jeunes représentent 33,3 % de la population générale qui connaît leur statut sérologique en 2016; le dépistage lors des dons de sang et chez les tuberculeux ont contribué de respectivement 8,0 % et 1,7 %.

Au total 9005 personnes ont été dépistées positives au VIH en 2016 soit un taux de séropositivité de 1,5 %; 83,4 % des séropositifs sont retrouvés dans la population générale et les populations clé alors que les femmes enceintes représentent 10,7 % des séropositifs; la part des jeunes parmi les personnes dépistées positives est de 5,1 % et 4,0 % de positifs sont retrouvés chez les tuberculeux.

❖ Au niveau régional

Les résultats de 2016 montre qu'aucune région n'a atteint ses objectifs de dépistage. Seule la région de Kaffrine a eu une performance de 86,1 % représentant le taux de personnes ayant fait le dépistage et ayant retiré leurs résultats.

Les régions dites prioritaires présentent des taux de dépistage qui varient entre 46,1 % et 57,2 % (Ziguinchor 46,1 %, Tambacounda 52,9 %, Kédougou 56,3 %, Kolda 56,7 %, Sédhiou 57,2 %).

Concernant les autres régions, les performances sont les suivantes: Dakar 35,5 %, Diourbel 44,7 %, Louga 45,7 %, Thiès 49,5 %, Kaolack 58,1 %, Saint-Louis 58,4 %, Fatick 59,1 %, Matam 62,4 %.

Les ruptures de réactifs de dépistage enregistrées peuvent expliquer en partie cette baisse des performances.

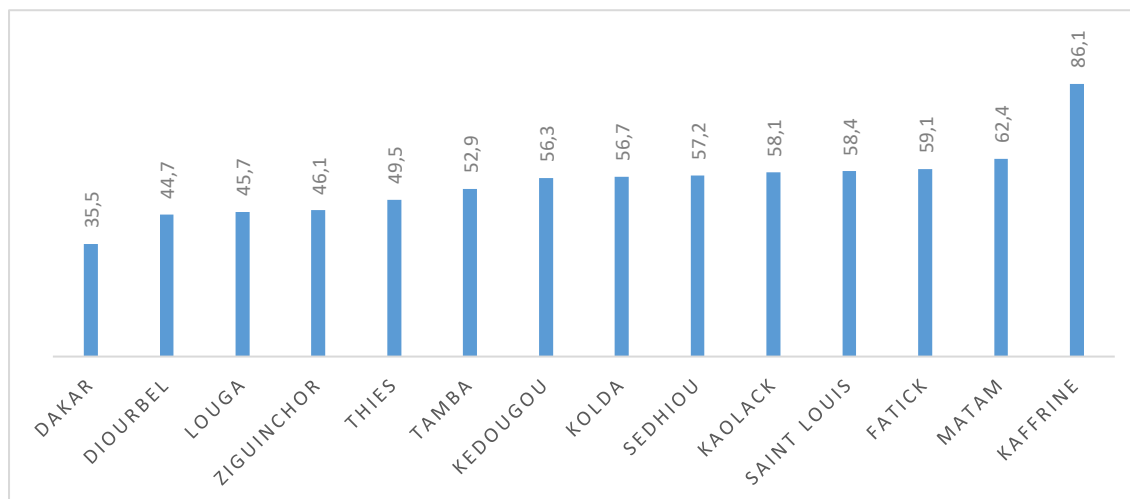


Figure 8. Performances régionales par rapport à l'objectif annuel 2016

Par rapport à la séropositivité, on note de fortes disparités régionales avec des régions présentant de forts taux de séropositivité > à 1,1 %; Kédougou 1,7 %; Dakar 1,8 %; Tambacounda 1,9 %; Sédhiou 2,1 %; Kolda 2,7 % et Ziguinchor 6,4 %.

Quatre régions présentent des taux de séropositivité moyens compris entre 0,7 % et 1,1 %, il s'agit de Diourbel 0,7 %, Thiès 0,8 %, Fatick 0,8 %, Kaolack 0,8 %.

Les autres régions (St Louis, Matam, Louga, Kaffrine) ont des taux de séropositivité bas allant de 0,6 % à 0,7 %.

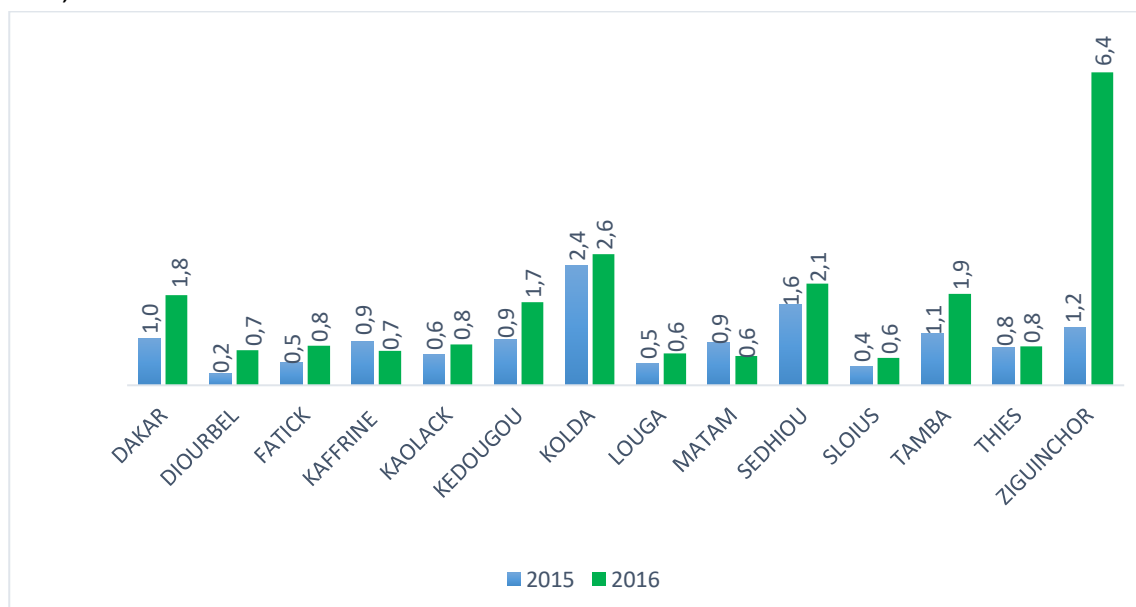


Figure 9. Evolution du taux (%) de séropositivité par région entre 2015 et 2016

Même si les performances régionales ont baissé en 2016, on note une augmentation des taux de séropositivité dans presque toutes les régions. C'est le cas à Ziguinchor où le taux de positifs est passé de 1,2 % à 6,4 % mais aussi à Sédhiou (1,6 % à 2,1 %) et à Dakar (0,9 % à 1,8 %).

Cette augmentation est due à l'adoption de nouvelles stratégies de dépistage ciblant les zones de vulnérabilité et les populations clés. En effet ces stratégies visent à atteindre l'objectif du premier 90 à savoir que 90,0 % des personnes infectées connaissent leur statut sérologique d'ici 2020.

Cependant, on note encore un écart entre les résultats obtenus et la cible de 90,0 %, d'où la nécessité de faire un meilleur ciblage du dépistage du VIH.

IV.1.1.4.4. Bonnes pratiques

- ☐ Existence de politique de mise en œuvre,
- ☐ Existence du document Politiques Normes et Protocole du CDV et de document de counseling,
- ☐ Ouverture de nouveaux postes de santé qui intègrent dans leurs activités des services de CDV et formation des prestataires sur le CDV et counseling,
- ☐ Adoption de stratégies de mise en œuvre avec ciblage des zones prioritaires et des populations clés et vulnérables :
 - Stratégies fixes;
 - Stratégies avancées;
 - 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,
- ☐ Projet d'amélioration de la qualité de service dans les districts de Dakar, Thiès, Ziguinchor,
- ☐ Dépistage du couple.

IV.1.1.4.5. Défis

- 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) (*EDS-MICS, 2011*).
- Faibles performances du dépistage au niveau des régions et dans les zones sud et sud – est (Ziguinchor, Tambacounda, Kédougou, Kolda, Sédhiou) où la prévalence est forte,
- Nombre élevé de résultats non retirés,
- Insuffisance dans le contrôle de qualité externe dans l'ensemble des sites,
- Difficulté dans la PEC des personnes dépistées positives lors des Stratégies Avancées,
- 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, jeunes etc.),

- L'insuffisance d'implication du secteur privé (non-respect politique CDV concernant les laboratoires privés) et la non capitalisation des données de certains laboratoires du secteur privé et des hôpitaux,
- Insuffisance du dépistage des couples (70,0 % des nouvelles infections sont identifiées dans les couples dits stable) (MoT, 2010),
- 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 stratégie avancée (SA),
- Insuffisance des outils de communication en langue locale pour la promotion du CDV

IV.1.1.4.6. Solutions

- Réviser le document politique CDV après avoir défini un nouvel algorithme de dépistage,
- Finaliser et valider le document assurance qualité,
- Formation et recyclage du personnel du secteur santé et communautaire en mettant l'accent 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,
- Augmenter le dépistage des enfants,
- Augmenter 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 nationale sur la délégation des tâches,
- Capitaliser les données du secteur privé,
- Renforcer la promotion du dépistage au niveau des points chauds géographiques et auprès des populations clé,
- Utiliser plus d'approches de dépistage du VIH, y compris l'auto-test, le conseil dépistage à l'initiative du prestataire et des approches communautaires.

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

IV.1.2.1. Contexte

Le Sénégal présente le profil d'une épidémie de type concentré avec une prévalence du VIH caractérisée par une certaine stabilité chez les HSH avec 17,8 % (ELiHos 2014). Elle connaît une tendance à la baisse chez les PS en passant de 18,5 % (ENSC, 2010) à 6,6 % (ENSC, 2015). *Chez les CDI la prévalence du VIH est de 9,4 % C (UDSEN, 2014).*

La prévalence au niveau de la population générale varie entre 0,5 % (ONUSIDA) et 0,7 % (EDS-MICS, 2011). Dans un tel contexte, les efforts de prévention doivent porter principalement, selon l'ONUSIDA, sur les groupes les plus exposés à la transmission du VIH car ces derniers peuvent devenir des relais dans la chaîne de transmission du VIH. Dans cette même lancée, le Sénégal a adopté le TATARSEN au profit des populations clé à l'échelle nationale.

IV.1.2.2. Mise en œuvre et résultats

En adoptant la stratégie TATARSEN, le Sénégal s'est approprié l'objectif d'avoir à l'horizon 2020, 90,0 % des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut VIH, 90,0 % des personnes connaissant leur statut qui reçoivent un traitement et 90,0 % des personnes sous traitement contre le VIH qui parviennent à un état de suppression virale.

En 2016, l'accent a été mis sur les activités du projet KPCF et du FM, il s'agit notamment de :

- Lancement de la Plateforme sous régionale de concertation et de coordination entre NAS de Gambie, le SNAS de Guinée Bissau et le CNLS du Sénégal ;
- L'adaptation d'outils de communication que les acteurs communautaires de la Guinée Bissau, la Gambie et le Sénégal ont utilisés dans le cadre de la prise en charge des populations clé ;
- L'organisation de deux (02) visites d'échange et de partage d'expérience à Dakar et en Guinée Bissau. Ces visites ont permis aux populations clé de la Gambie, de la Guinée Bissau et du Sénégal de se rencontrer et de partager leurs expériences dans la mise en place d'associations de populations clé, de mise en œuvre d'activités de prévention et de prise en charge au profit de leurs pairs et de discuter des questions de droits humains ;
- La mise en œuvre d'un plan d'accélération des activités de dépistage à la fin du second trimestre 2016. Ce qui a permis de dérouler dans les régions de Tambacounda et de Kédougou, des campagnes de dépistage en collaboration avec Sida Service. Cette stratégie a permis de dépister durant ce trimestre, 9350 personnes appartenant aux populations clé et aux populations en situation de vulnérabilité, dont 191 personnes positives au VIH référées dans les sites de prise en charge ;
- La tenue de rencontres des groupes régionaux de coordination et d'harmonisation qui ont facilité la mise en œuvre des activités et réduit considérablement les risques de doublons;
- La mise en place d'un dispositif d'appui technique et de suivi rapproché par l'ANCS, a permis de suivre, de participer aux activités et de collecter à temps réel les données techniques et financières;

- L'inscription de PVVIH, PS, MSM et CDI ainsi qu'à trois (3) membres de leurs familles à la CMU ou à la CMV+ dans toutes les régions a permis d'enrôler un effectif global de 5537 personnes qui ont bénéficié du paiement gratuit de leurs frais d'adhésion dans les mutuelles et l'opération est en continu pour prendre en charge tous les nouveaux cas signalés ;
- La mise en place d'une plateforme des associations communautaires pour le respect, la protection des droits humains (PAC/DH) par certaines associations regroupant les populations clé.

IV.1.2.3. Contraintes

- Le Sénégal, dans sa riposte actuelle au VIH, fait face aux difficultés relatives au ciblage systématique et à grande échelle des populations clé notamment les MSM et les PSC
- L'ambiguïté de la loi sur le travail du sexe et les préjugés qui entourent l'inscription au fichier sanitaire.
- La forte stigmatisation de ces populations à différents niveaux.

IV.1.2.4. Défis

La stabilisation de l'épidémie chez les MSM depuis une décennie est certes due, en partie, à l'utilisation du préservatif, néanmoins les taux d'incidence demeurent très élevés dans ces groupes qui sont de 10 à 50 fois plus exposés au risque d'infection à VIH que les autres adultes (*ONUSIDA, novembre 2016*).

Les orientations majeures pour mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030 devraient s'appuyer sur des approches et actions innovantes, porteuses d'impacts. Il s'agira de ce fait de :

- Développer des services communautaires innovants et efficaces pour dépister (dépistage communautaire), appuyer l'observance au traitement et améliorer la qualité de vie des PVVIH contribueront à l'atteinte de l'objectif des 90-90-90 d'ici 2020 et celui des 95-95-95 entre 2021 et 2030;
- Promouvoir l'offre de services de dépistage communautaire démedicalisé;
- Promouvoir l'autotest, la délégation de la prescription des ARV;
- Promouvoir l'approche droits humains;
- Promouvoir une approche professionnelle du plaidoyer et évaluer ces dernières;
- Développer de nouvelles stratégies pour inverser le cours de l'épidémie auprès des populations clé. Il s'agit de:
 - La prophylaxie préexposition (PrEP) s'annonce comme un outil contextuel pour répondre efficacement à la situation stagnante de la prévalence auprès des HSH. L'OMS nous a fourni les preuves scientifiques de son efficacité et recommande son intégration dans la prévention du VIH en tant qu'outil de prévention à fort impact pour les populations clé qui sont à haut risque d'infection au VIH (OMS, septembre 2015);
 - L'atténuation des risques de montée de la stigmatisation et de la discrimination envers les populations clé qui passe nécessairement par un environnement favorable permettant de relever ce défi à travers une approche qui protège les droits humains et l'approche genre qui prend en compte leurs spécificités sans pour autant, violer les lois en vigueur et heurter les sensibilités socioculturelles et religieuses.

IV.1.2.5. Prévention auprès des PS

IV.1.2.5.1. Caractéristiques démographiques des PS

Selon l'ENSC de 2015, l'âge médian des professionnelles de sexe se situe entre 20 et 39 ans. La population de PSC est plus importante que les PSO soit respectivement 72,0 % et 64,5 %. L'âge minimal (15 ans) et l'âge maximal (67 ans) chez les PS n'ont pas beaucoup variés entre les enquêtes de 2010 et de 2015.

Le caractère jeune (moins de 20 ans), des professionnelles du sexe est beaucoup plus accentué dans les régions sud et sud-est avec respectivement : Sédhiou (21,5 %), de Tambacounda (6,3 %) et de Kolda (5,9 %). Par contre, la proportion des 20-29 ans, se retrouvent fortement dans les régions de Kédougou (73,1 %), de Ziguinchor (42,9 %) et de Tambacounda (41,0 %).

En 2010, la proportion de divorcées se retrouvait généralement chez les PSO (72,3 %) alors qu'en 2015, elle était présente aussi bien chez les PSO (55,7 %) que chez les PSC (38,8 %).

IV.1.2.5.2. Mise en œuvre et résultats

La diversité des services proposés pour satisfaire les besoins des populations clé a entraîné une forte adhésion. C'est ainsi que l'indicateur portant sur le paquet de services offert aux PS, a été largement couvert grâce à l'extension des interventions dans tous les sites et l'ouverture de nouveaux sites d'orpaillage à Kédougou et Saraya qui constituent des pôles d'attraction des PS.

C'est ainsi qu'au cours de l'année 2016, les programmes santé de l'USAID/FHI360 et du Fonds Mondial/ANCS ont permis d'atteindre les résultats suivants :

- Prise en charge des indemnités mensuelles de 104 médiateurs psychosociaux (PVVIH, MSM, PS et CDI) ;
- Organisation d'une session de formation de 20 médiateurs santé pour la PEC des MSM;
- Organisation d'un atelier de formation des leaders PVVIH, MSM et PS sur la Gestion organisationnelle;
- Organisation à Ziguinchor d'un atelier de formation des leaders PVVIH, MSM et PS sur la santé sexuelle et reproductive, la gestion organisationnelle et les droits humains et VIH (y compris les autorités judiciaires);
- Organisation de 06 panels de discussions à Kédougou, Tambacounda, Kaolack, Ziguinchor, Kolda et Sédhiou, pour le respect des droits humains des PVVIH, MSM et PS;
- Contribution à la prise en charge au fonctionnement du RNP+ et du RENAPOC;
- Réalisation de sondages pour la qualité des interventions auprès de 400 MSM dans les régions d'intervention d'Enda santé.

Tableau 5. Données populations clé programme Fonds Mondial NMF

Indicateurs	Prévu 2016 (N)	Réalisé 2016 (n)	n/N %
Nombre et pourcentage des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) bénéficiant des programmes de prévention contre le VIH	1811	1951	108
Nombre et pourcentage des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) bénéficiant du dépistage	1268	1188	94
Nombre de travailleuses de sexe bénéficiant des programmes de prévention contre le VIH	2958	3377	114
Nombre de travailleuses de sexe bénéficiant du dépistage	636	714	112
Nombre et pourcentage des consommateurs de drogues injectables (CDI) bénéficiant des programmes de prévention contre le VIH	457	523	114
Nombre et pourcentage des consommateurs de drogues injectables (CDI) bénéficiant du dépistage	286	349	122

Sources : Rapport ANCS 2016

IV.1.2.5.3. Contraintes

- Environnement défavorable : les lois criminalisant les populations clé, mais aussi, les vides juridiques sur certaines questions comme l'exercice du travail de sexe ;
- Faiblesse du leadership chez les populations clé, pour s'occuper elle-même des questions qui les concernent et participer pleinement aux instances de décision ;
- Léthargie des cadres de concertation transfrontalières.

IV.1.2.5.4. Défis

- Renouveler les messages diffusés dans l'émission wax sa xaalaat;
- Concevoir, reproduire et diffuser des supports audiovisuels sur les thématiques VIH en langues locales en direction des groupes vulnérables et des groupes passerelles (Femmes enceintes, jeunes, hommes, couple, PS, HSH, CDI...);
- Renforcer les capacités des organisations de la société civile en élaboration de stratégies, plans de communication et de plaidoyer pour la lutte contre la stigmatisation et la discrimination;
- Doter les 144 (104 ANCS+ 40 RSS) médiateurs PVVIH, PS, MSM et CDI, de trousse (Blouse, crédit téléphone, guide du médiateur, répertoire, sac, stylos, bloc note, crayon, outils, de suivi évaluation).

IV.1.2.6. Connaissance, accessibilité et utilisation du préservatif chez les PSC et PSO

IV.1.2.6.1. Préservatif masculin

Le nombre de PS qui déclarent avoir entendu parler du condom ou préservatif masculin en 2015 (99,8 %) est le même qu'en 2010. Il n'y a pratiquement pas d'écarts significatifs entre les régions prioritaires quant au taux d'entendement du préservatif.

Quant à la proportion de PS qui déclare avoir déjà utilisé le préservatif avec leur partenaire, le taux passe de 99,1 % en 2010 à 89,5 % en 2015. Cet indicateur qui n'avait pas varié entre 2006 et 2010 enregistre ainsi une baisse importante. L'ENSC 2015 a introduit une nouvelle modalité sur l'apprentissage de l'utilisation du préservatif. Les répondants citent le dispensaire ou service médical (25,5 %), le partenaire (16,9 %), le relais ou pair éducateur (16,2 %) alors que 22,9 % déclarent l'avoir appris d'elle-même.

Quant à l'accessibilité du préservatif, la proportion d'enquêtées qui affirme connaître les lieux d'approvisionnement a légèrement augmentée entre 2010 (94,4 %) et 2015 (97,9 %) après le recul noté entre 2006 (96,0 %) et 2001 (99,0 %). Les principaux lieux d'approvisionnement cités sont: le dispensaire ou le service médical (41,4 %), la pharmacie (29,8 %) et l'hôpital (16,6 %). En dehors de ces 3 endroits, c'est au niveau des relais /éducateurs (4,0 %), de leurs partenaires (1,8 %) et des boutiques (1,3 %) que le préservatif est le plus accessible aux PS.

Le taux de disponibilité du préservatif est passé de 96,8 % en 2010 à 94,8 % en 2015 au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête. Les répondants déclarent avoir pu obtenir le préservatif auprès de : structures de santé (66,5 %), pharmacie (41,3 %), ami/partenaire régulier (10,8 %) et relais distributeur à base communautaire (10,4 %).

On pourrait déduire de ces constats que même si les lieux d'approvisionnement en préservatifs sont généralement connus des PS, ceux qui sont censés être plus accessibles (relais communautaires ou pairs) à cette cible ne semblent pas l'être. Par ailleurs, l'accessibilité géographique du préservatif depuis le lieu de travail des PS et sa disponibilité n'ont pas enregistré d'avancées significatives.

IV.1.2.6.2. Préservatif féminin

Le niveau de connaissance du préservatif féminin a augmenté de façon significative entre 2010 (41,2 %) et 2015 (91,5 %). Il convient de rappeler qu'il était de 91,6 % en 2006 et 66,4 % en 2001. On constate toujours un écart important entre les PSC (82,5 %) et les PSO (96,1 %). Malgré l'augmentation du nombre de PS qui déclarent avoir entendu parler du fémidon, le pourcentage des PS qui affirment l'avoir déjà utilisé est en baisse en 2015 (43,2 %) par rapport à 2006 (47,1 %), cet indicateur n'étant pas documenté en 2010. Il semble y avoir moins de PS qui rejettent le préservatif féminin en 2015 (18,2 %) qu'en 2010 (19,5 %) bien que le taux enregistré en 2006 (12,7 %) soit plus bas. Les mêmes raisons avancées contre le fémidon lors des précédentes enquêtes

(voir figure 8 ci-après) sont invoquées à savoir: utilisation difficile (58,5 %), manque de fiabilité (26,4 %) et incommodité (26,1 %).

On constate que le nombre de répondants qui avancent ces raisons ne cesse de diminuer sauf pour celles qui doutent de la fiabilité du fémidon et celles qui considèrent qu'il diminue le plaisir.

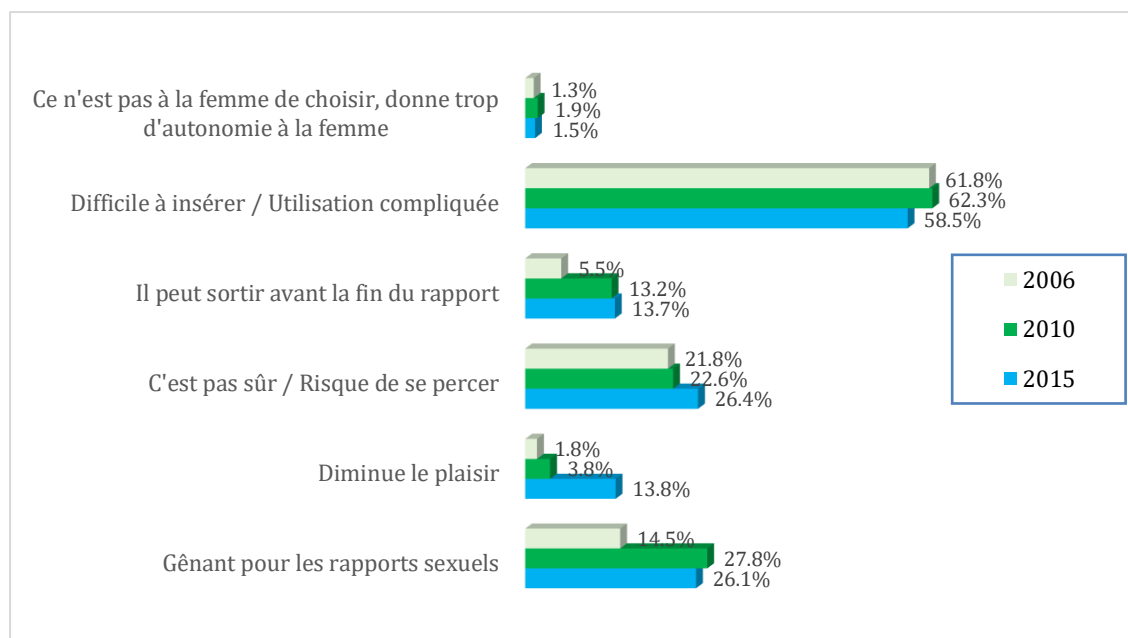


Figure 101. Évolution de la proportion d'enquêtées selon les raisons avancées contre le fémidon

Concernant l'accessibilité du fémidon, le pourcentage d'enquêtées qui affirment connaître un endroit ou une personne pour se le procurer a également fait un bond significatif, 81,6 % en 2015 contre 66,0 % en 2010, ce taux était de 86,6 % en 2006. Cependant, près de la moitié des répondants (46,6 %) déclare n'avoir pas obtenu de fémidon auprès de leur source d'approvisionnement au cours des 12 derniers mois. Comme sources d'approvisionnement, elles citent le dispensaire/service médical (52,1 %), l'hôpital (17,2 %), la pharmacie (16,6 %) et les relais/éducateurs (7,0 %).

La connaissance et l'utilisation des spermicides ont été inscrites dans le questionnaire de l'ENSC 2015. Il apparaît que seules 12,0 % des enquêtées ont affirmé avoir entendu parler des spermicides dont 47,7 % ayant eu à l'utiliser. Parmi ces dernières, 65,7 % déclarent l'avoir utilisé en association avec un préservatif essentiellement pour une meilleure protection contre le VIH (57,5 %) ou contre la grossesse et le SIDA (23,3 %).

IV.1.2.6.3. Test de dépistage chez les PSO et PSC

Le pourcentage de PS qui déclare avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois (79,2 %) a augmenté. Il faut rappeler que ce taux avait enregistré une augmentation significative entre 2006 (63,2 %) et 2010 (73,6 %). Tel que constaté lors des enquêtes précédentes, la pratique du dépistage est plus répandue chez les PSO (90,6 %) que chez les PSC (65,6 %).

L'examen comparatif des résultats des différentes ENSC, dans ce domaine, montre que cet indicateur est en hausse aussi bien chez les PSO (88,0 % en 2010 et 89,6 % en 2006) que chez les PSC (56,6 % en 2010 et 34,0 % en 2006).

Il faut souligner que parmi les enquêtées qui ont effectué le test au cours des 12 derniers mois, 47,6 % (68,0 % en 2010 et 63,5 % en 2006) l'ont fait dans le cadre d'un dépistage volontaire dans un CDVA/SDV; 32,7 % (17,3 % en 2010) dans le cadre d'un dépistage diagnostic et 19,7 % (13,3 % en 2010 et 1,4 % en 2006) lors de campagnes massives de dépistage. Ces deux dernières semblent ainsi avoir de plus en plus d'impact au niveau des PS.

Le taux de retrait des résultats (98,0 %) est plus élevé qu'en 2010 (95,9 %) et 2006 (86,1 %). On relève donc que la majorité des enquêtées ayant effectué un dépistage durant cette période connaissent leur statut sérologique et 98,6 % (97,5 % en 2010) acceptent de communiquer le résultat.

Globalement, les indicateurs relatifs aux attitudes et pratiques du test de dépistage du VIH n'ont pas augmenté en 2015 après avoir sensiblement progressés entre 2006 et 2010. Il semble que le statut professionnel des PS soit un facteur déterminant pour la pratique du test de dépistage, 90,6 % chez les PSO et 65,6 % chez les PSC affirment avoir effectué le test au cours des 12 mois précédant l'enquête. Cet indicateur a également enregistré une progression importante chez les officielles en 2015. La connaissance de la maladie notamment des modes de transmission ainsi que l'instruction (55,7 % scolarisées contre 44,3 % non scolarisées) semblent également être des facteurs importants. Contrairement à 2010, l'âge et le niveau d'étude ne semblent pas influencer la pratique du dépistage.

Avec la baisse considérable du taux de prévalence du VIH au sein des PS, 6,60 % contre 18,5 % en 2010, les résultats de l'ENSC 2015 pourraient traduire des acquis notables dans la lutte contre cette maladie pour cette cible. Cette performance, bien que pouvant paraître absurde sur une période de 5 ans résulterait des stratégies de riposte pertinentes déployées depuis des décennies pour atteindre le taux de zéro nouveau cas d'infection.

En termes de perspectives il s'agira d'améliorer l'accessibilité en préservatif et lubrifiant, au dépistage du VIH en privilégiant l'approche communautaire, Renforcer l'offre de services de prévention et prise en charge communautaire et Intégrer la santé mentale dans les programmes VIH.

IV.1.2.6.4. Contraintes

- L'hostilité de l'environnement
- La raréfaction croissante des financements
- La loi n'autorise l'inscription au fichier qu'aux PS âgées de 21 ans ou plus

- La tendance à la « clandestinité » des PS du fait de tracasserie des forces de sécurité et de défense
- Difficulté dans la mobilisation des populations clé autour du CDV dans certaines régions.

IV.1.2.6.5. Défis

- Mobilisation de ressources pour une meilleure prise en charge des PS et PSC
- Baisse de la stigmatisation et de la discrimination;
- Renforcer le niveau de connaissance des PS sur les questions thématiques;
- Organiser des panels de discussions dans les régions pour promouvoir le respect des droits humains des PVVIH, MSM et PS;
- Améliorer la compréhension des acteurs socioculturels et prêcheurs sur les stratégies du programme sida et de la gestion des populations clé;

IV.1.2.6.6. Solutions

- Contractualiser avec des radios communautaires des émissions centrées sur la problématique des PVVIH et des populations clé en vue de promouvoir un environnement favorable (protection des droits humains et lutte contre la stigmatisation et la discrimination) dans la riposte au Sida;
- Poursuivre la contractualisation avec des Télévisions publiques et privées, les réseaux sociaux (Facebook, Seneweb, LERAL) pour la production et diffusion de programmes sur le VIH/sida ciblant les PVVIH et les populations clé pour renforcer la promotion d'un environnement favorable.

IV.1.2.7. Prévention chez les Consommateurs de drogues par injection et leurs partenaires

IV.1.2.7.1. Contexte

Dans le cadre de la RDR c'est la double voie qui est adoptée au Sénégal. Parallèlement au CEPIAD, des interventions importantes sont menées par des OCB et les groupes d'auto support.

Le CEPIAD a accueilli de nouveaux pensionnaires et a maintenu son programme méthadone, tout en dispensant des soins infirmiers. Il a renforcé son espace social ainsi que les activités conviviales et a mis en place un club méthadone (éducation thérapeutique).

L'équipe de terrain du CEPIAD a déroulé des stratégies avancées à Dakar et à Thiès.

Dans le cadre de la mise en œuvre des fonds innovant de l'Alliance, l'ANCS a effectué une évaluation participative sur site pour une meilleure compréhension de la scène de drogue au Sénégal.

Sur la base des estimations obtenues dans les 5 sites de recherche, la taille de la cible est estimée à 2280 CDI dans les localités de Dakar et Mbour.

La prévalence de la consommation de drogues injectables varie entre les sites et des lacunes importantes sont notées dans les connaissances de certains risques associés à l'usage de drogues telles que les risques de transmission du VHC. La population cible semble être nettement plus nombreux que les estimations existantes de taille.

Dans la population de consommateurs de drogue fréquentant le CEPIAD, pour un Total 336, ce dernier identifie au cours de l'année 2016 :

- 74 personnes qui consomment l'héroïne,
- 64 qui consomment de l'alcool,
- 6 qui consomment de la cocaïne,
- 13 consommant du crack,
- 128 consommant du cannabis,
- 11 qui consomment des médicaments,
- 24 qui consomment du tabac
- Les produits Solvants sont consommés par 6 patients.

IV.1.2.7.2. Mise en œuvre des programmes

Plusieurs activités ont été menées en direction des CDI dans une perspective de Réduction Des Risques chez les CDI

La RDR avec les Groupes d'auto-support

Les groupes d'auto-support des CDI ont déroulé des paquets d'activités dans la réduction des risques. Sous forme de plan d'action les OCB financés à partir de conventions signées avec les organisations d'encadrement les groupes d'auto-support (Dakar, Thiès, Kaolack, Diourbel et Ziguinchor) et associations (Dakar Thiès) ont mis en œuvre des activités ci-dessous :

- ✓ Organisation de 02 ateliers de formation sur la RDR à Thiès et Ziguinchor: ces ateliers ont permis de renforcer les capacités des Pairs éducateurs issus des groupes d'auto-support de toutes les régions impliquées;
- ✓ sessions de discussions sur la santé sexuelle et reproductive dans les groupes d'auto-support; en effet les GAS;
- ✓ sessions de causeries thématiques sur les IST/VIH, PEC, estime de soi, droits humains et aspects juridiques;
- ✓ session de formation de 2 jours sur la RDR à l'intention des CDI;
- ✓ mise en œuvre d'activités de Réduction des risques et de CDV des CDI dans les régions de Dakar, Diourbel, Kaolack, Thiès et Ziguinchor.

Promotion de la résilience dans les Groupe d'Auto support et le CEPIAD:

Une dimension importante dans les interventions auprès de CDI est la promotion de la résilience. Le travail avec les CDI est fortement lié à la recherche d'un équilibre. C'est ainsi que dans le paquet de service d'accompagnement on trouve les activités suivantes:

- ✓ Appui à la formation professionnelle des CDI en vue de leur automatisation;
- ✓ Organisation de VAD, de médiations sociales, familiales;
- ✓ Soutien psycho social (prévention positive estime de soi groupe de parole);
- ✓ Recrutement de médiateurs psychosociaux CDI);
- ✓ Session de formation de 2 jours sur la PEC à l'intention de 25 acteurs des ONG et pairs éducateurs;

- ✓ Cours d'informatique et de français;
- ✓ repas communautaire au niveau du CEPIAD;
- ✓ activités de terrain Outreach (référence, préservatif et IEC);
- ✓ art thérapie, Club méthadone, Séance de télé, Causerie thématique
- ✓ La cuisine les CDI femmes sont invités à préparer le repas communautaire;
- ✓ Jardinage, Aviculture;
- ✓ Batik.

Toutes ces activités sont orientées vers le renforcement de l'estime de soi.

Dépistage des CDI

Des activités de dépistage ont été déroulées dans les 5 régions de mise en œuvre du programme. En effet les groupes d'auto-support mis en place ont contractualisé avec les services de santé et déroulé des activités de dépistage.

De larges campagnes de dépistage ont eu lieu au trimestre II et 596 CDI sont ainsi dépistés. Au trimestre IV de l'année 2016, 608 CDI ont bénéficié de CDV soit au total 1204 CDI dépistées au cours de l'année 2016.

Distribution de seringues

La distribution de seringues est circonscrite dans la région de Dakar et de Thiès. Elle est mise en œuvre par les équipes Outreach du CEPIAD et des Sous récipiendaires de l'ANCS.

Les consultations

Le centre a réalisé **3074** consultations à l'issue desquelles **266** patients ont été référés essentiellement pour des consultations spécialisées (dans les autres services de l'hôpital).

Ces interventions ont concerné les domaines d'addictologie, de médecine, de Psychologie et de Social. Les consultations traduisent donc la demande de prise en charge relative à la consommation d'une de ces drogues.

Durant l'année 2016, **366 dossiers** ont été ouverts alors que ce nombre était de 403 en 2015.

Programme méthadone

La mise sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) par la méthadone est décédée par le comité d'inclusion composé du coordonnateur du centre et des responsables des différents espaces de prise en charge (Addictologie, médecine, social, infirmerie, pharmacie, équipe de terra). En fin décembre 2016, le nombre de CDI inclus dans le programme est de 178 parmi lesquels on compte 26 arrêts pour diverses raisons. *Concrètement, 152 usagers sont sous TSO.* L'administration de la méthadone est assurée par la pharmacie. Les doses prescrites varient entre 10-140ml/jour selon l'évaluation addictologique.

1. Le club méthadone

Cette activité a lieu chaque vendredi après-midi sous la responsabilité du Pharmacien, assistée par les médiateurs de l'équipe de terrain. Tous les aspects liés au traitement par la méthadone y sont

évoqués. Il a été organisé un total de 43 séances dans l'année, enregistrant la participation de 1069 participations CDI.

2. Les activités de convivialité

Elles sont presque mises en place à partir du mois de mars. L'objectif visé dans ces activités est de faciliter la réinsertion socioprofessionnelle de certains usagers du programme méthadone et de leur offrir un cadre différent de celui connu en milieu hospitalier curatif. Le centre a créé 06 activités permettant aux patients de s'exprimer et d'échanger.

Tableau 6. Activités de convivialité entre janvier et décembre 2016

Nombre de séances	Activités	Nombre de participations		
		Homme	Femme	TOTAL
30	Arthérapie	295	56	351
61	Batik	215	60	275
54	Causerie	1 204	116	1 320
132	Collations	2 351	784	3 135
67	Cours français	632	54	686
31	Informatique	203	27	230
76	Jardinage	326	71	397
35	Poulailler	146	31	177
132	Repas Communautaires	2 092	398	2 490
7	Théâtre	54	10	64
625	TOTAL	7 518	1 607	9 125

Source: Rapport CEPIAD 2016

Les activités de l'infirmier

Les activités de l'infirmier sont de deux ordres : les examens para-cliniques et les soins infirmiers. Les premiers regroupent les analyses sanguines, les tests urinaires des drogues et les examens radiologiques demandés par les addictologies ou les somaticiens. Les soins infirmiers se traduisent par les pansements et injections (intramusculaires et sous-cutanées) (voir tableau 7).

Tableau 7. Activités effectuées par l'équipe Outreach entre janvier et décembre 2016

Activités	Sorties	Contact UDI	Nouveaux contacts	Seringues Distribuées	Seringues Récupérées	Préservatifs	Autres (lingette, cupule, eau)	Référés	Injecteurs
Mois									
Janvier	25	302	19	164	57	1 758	335	40	35
Février	25	294	6	48	45	551	20	40	31
Mars	25	315	15	108	15	1 198	300	38	28
Avril	24	296	6	138	18	1 257	190	22	36
Mai	25	324	26	395	149	1 467	412	49	38
Juin	25	287	20	1 243	141	1 413	26	30	32
Juillet	25	298	14	1 460	217	1 564	905	32	37
Août	25	331	24	1 699	356	1 721	644	43	24
Septembre	25	296	8	1 485	223	1 263	1 388	40	41
Octobre	25	301	2	1 089	407	1 385	1 258	20	28
Novembre	25	284	14	1 187	295	1 740	639	29	31
Décembre	26	275	5	931	182	1 246	1 070	26	21
Total	300	3 603	159	9 947	2 105	16 563	7 187	409	382

Source: Rapport CEPIAD 2016

IV.1.2.7.3. Analyse

L'*Évaluation participative sur site (EPS)* a révélé la faible collaboration entre les organisations de la société civile et des structures d'application de la loi mais également des limites chez les agents de police sur la compréhension des enjeux sociaux liés au VIH. En effet, les agents de police interrogés ne sont pas au courant des récents développements dans la réponse au VIH auprès des CDI et de l'existence du programme aiguille seringue et celui de la méthadone au Sénégal.

L'EPS 2015 a montré le risque de passage à l'injection chez les personnes qui utilisent de l'héroïne et de la cocaïne par « fumer et inhalation », ainsi que la demande latente mais significative pour le traitement de substitution aux opiacés, qui offre des possibilités de transiter de l'injection à d'autres modes de consommation posant moins de méfaits et de risques pour les utilisateurs, surtout en diminuant de façon significative le risque de transmission du VIH.

A cela, il faut ajouter la stigmatisation associée à l'injection qui conduit des CDI à cacher leur mode de consommation, même auprès des distributeurs, sans toutefois perdre de vue la forte association entre l'usage de drogues à l'activité sexuelle (la promiscuité et effet stimulant des drogues). Cela peut se rapporter plus à la cocaïne et autres stimulants tels que les opiacés.

L'EPS, sur la base des besoins et problèmes identifiés, recommande la mise en œuvre d'un modèle qui va combiner plusieurs mécanismes de prestation de services. Il s'agira d'unités de prestation de services fixes; d'unité de prestation de services mobiles; une collaboration avec d'autres fournisseurs de services par des références croisées.

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 régions Dakar et Thiès et particulièrement Mbour et la distribution de la méthadone réduite simplement dans la région de Dakar.

IV.1.2.7.5. Contraintes

- Environnement hostile,
- Faibles capacités du pays à prendre en charge un phénomène émergent,
- Moyens limités.

IV.1.2.7.6. Défis

- Améliorer la compréhension des autorités administratives et les forces sécurités des enjeux liés à la consommation de drogue injectable dans le contexte du VIH;
- Renforcer les capacités des prestataires sur la prise en charge des CDI (détection et orientation des CDI vers les sites de PEC);
- Décentraliser le traitement de substitution aux opiacés (TSO);
- Renforcer le plateau technique.
- Inclure dans les interventions au niveau communautaire la prise en charge du surdosage (Over dose).

IV.1.2.8. Prévention chez les HSH

IV.1.2.8.1. Caractéristique socio démographique

Pour l'année 2016, Enda santé a publié le rapport sur l'estimation de la taille de HSH réalisé en 2015 (*Enda santé, 2016*). Ce rapport laisse transparaître que seul 1,0 % des HSH sont sans instruction et que 8,0 % parmi eux ont arrêté leur scolarité à l'école primaire, 78,0 % des HSH ont été jusqu'en secondaire alors que 6,0 % ont été à l'université.

Pour ce qui est de la vie professionnelle Seul 1,0 % des HSH interrogés dispose d'une formation professionnelle et 4,0 % sont des salariés et 17,0 % sont des travailleurs indépendants et aucun ne dispose de contrat à durée indéterminée. Cette situation démontre la précarité dans ces groupes.

IV.1.2.8.2. Utilisation du préservatif

Les dernières données relatives à l'utilisation de préservatifs chez les HSH remontent à 2015. Le taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire masculin est de

86,0 % alors que pour les partenaires féminins le taux est de 88,0 %. Il est ainsi noté une progression dans les comportements souhaitables chez les jeunes HSH contrairement aux années 2007 et 2014 où le taux était respectivement de 82,3 % et 69,0 %. Une question importante est la variation dans l'utilisation du préservatif entre un partenaire masculin et féminin. En effet les HSH vont avoir plus tendance à se préserver avec des inconnus mais très relâchés lorsqu'il s'agit de membres de leurs groupes.

L'étude d'Enda santé sur les HSH a aussi montré que 20,0 % des HSH connaissent l'existence de risque accru dans les rapports anaux et que 98,0 % sont conscients que l'utilisation du préservatif doit être associée à un lubrifiant.

IV.1.2.8.3. Mise en œuvre

IV.1.2.8.3.1. Mobilisation communautaire

En 2016, le Sénégal n'a pas enregistré de nouvelles organisations de HSH. Toutefois les OCB déjà existant ont fait montre de leadership fort pour prendre en charge des aspects importants de la réponse via des activités IEC-CCC en témoigne l'estimation de la taille de ENDA qui rappelle que 46,0 % des HSH ont participé à des activités d'IEC parce qu'il fréquente les associations d'auto-support.

L'étude d'Enda a également montré que les HSH trouvent un certain intérêt dans la vie associative et 29,0 % d'entre eux militent dans les associations. Ces organisations ont mis en place une plateforme pour la promotion des Droits Humains dénommée: PAC/DH.

IV.1.2.8.3.2. Les activités IEC/CCC

Les HSH ont bénéficié de paquets d'activités suivantes:

- causeries; groupes de parole; Visites à domicile
- 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.

IV.1.2.8.3.3. La prise en charge médicale

L'absence de ligne pour la prise en charge médicale a fortement été ressentie chez les HSH. Les conventions signées avec les structures sanitaires (centres de santé, hôpitaux, pharmacies) durant le round 9 avaient permis de répondre plus rapidement aux besoins de prise en charge médicale des PS et des HSH (bilans, examens, analyses, ordonnances). La suppression de cette ligne laisse des pans importants de besoins non couverts.

L'ANCS a développé une stratégie d' enrôlement des HSH et quelques membres de leur famille dans les mutuelles de santé (CMU) dans toutes les régions du Sénégal.

IV.1.2.8.3.4. Respect des droits humains

La question des droits humains demeure une préoccupation centrale dans la lutte contre le VIH. Même si on n'a pas assisté à des cas de violation flagrante des droits des HSH en 2016, des activités importantes ont été déroulées dans le but de promouvoir les droits des groupes clés. Il s'agit de:

- ✓ Visites de courtoisie et d'enrôlement des autorités sanitaires et partenaires autour des activités du programme;
- ✓ Panels de discussion sur le respect des droits humains ;
- ✓ Mobilisation des MSM dans un contexte chargé (Exemple de Kaolack et Ziguinchor);
- ✓ Edition et diffusion en français de 1000 exemplaires du livret Info Ado : Ce qu'il faut savoir sur les IST/VIH/sida, genre, droits humains, santé sexuelle et reproductive des jeunes;
- ✓ Organisation à Ziguinchor d'un atelier d'adaptation des outils de communication élaborés dans le cadre du projet KPCF avec des représentants de la Gambie et de la Guinée Bissau;
- ✓ Organisation de 2 visites d'échange et de partage d'expériences sur les droits humains des populations clé et le développement institutionnel et organisationnel des associations de populations clé à Dakar, pour 2 MSM et 2 PS de la Gambie et une autre en Guinée Bissau qui a vu la participation du Président du RENAPOC, de la Présidente de l'association de PS And SOPPEKU et d'une personne ressource en Droits humains membres de l'AJS;
- ✓ Edition et diffusion en anglais et portugais de 1000 exemplaires des Guides de PEC communautaire des PS et des MSM (500 en portugais et 500 en anglais);
- ✓ Edition et diffusion en anglais et portugais de 1000 exemplaires des boîtes à image pour la PEC des PVVIH, MSM et PS (500 en anglais et 500 en portugais).

IV.1.2.8.3.5. Environnement favorable

L'un des défis majeurs de la riposte au VIH est la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des populations clé. Quel que soit la pertinence des stratégies développées pour mettre fin à l'épidémie à VIH d'ici 2030, la création d'un environnement propice aux interventions permettant à tous d'accéder aux soins demeure la condition sine qua non pour l'atteinte de l'objectif 90.90.90 d'ici 2020.

Les interventions prioritaires devraient prendre les aspects relatifs à l'amélioration de l'environnement social, juridique et la prise en compte de la dimension genre dans la lutte contre le sida. Le développement d'un partenariat national et sous régional fort pour améliorer l'environnement sous régional à travers une gestion concertée des programmes de lutte contre le sida intégrant un continuum de soins (optimisation du continuum de soins dans les axes de migration) en direction des populations clés et mobiles dans notre espace communautaire ouest africain. C'est pourquoi au cours de l'année 2016 plusieurs initiatives ont été prises pour faire davantage évoluer cet environnement notamment:

- Organisation d'un atelier national de plaidoyer pour un environnement favorable avec les autorités locales, administratives et les forces de sécurité;
- Organisation de 06 panels de discussion sur les droits humains dans les régions de Kédougou Tambacounda de Kolda Sédhiou Ziguinchor et Kaolack;
- Couverture radiophonique et télévisuelle.

IV.1.2.8.3.6. Défis

Renforcer la collaboration entre l'ANCS et les sites de prise en charge des populations clé pour la détection et l'enrôlement dans les mutuelles de santé des personnes non associatifs.

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

IV.1.3.1. Contexte

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.

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.

L'organe de coordination et d'orientation de la riposte au VIH au Sénégal (CNLS) s'est doté d'un nouveau Plan stratégique national 2014-2017. Sa vision 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 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 (Dakar, Thiès, Ziguinchor, Kédougou, Sédhiou, Kaolack et Kolda) sont impliquées dans la réalisation participative de cartographies 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 CNLS s'est doté d'un plan stratégique national 2014-2017. 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 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:

- la promotion des comportements sexuels à moindre risque par des causeries, sessions éducatives etc.;
- la promotion de l'utilisation du préservatif; et la distribution de préservatifs et;
- 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 2016. Les interventions renseignent 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* ».

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche multisectorielle, les actions à l'endroit des populations en contexte de vulnérabilité ont été assurées par les ministères sectoriels et les organisations de la société civile. Il s'agit notamment du ministère du travail, des transports, des forces armées, de l'intérieur et de l'ANCS en collaboration avec ses sous bénéficiaires du financement du fonds mondial pour le VIH, la tuberculose et le paludisme et des autres partenaires.

Tableau 8. Répartition en nombre des populations vulnérables selon la cible

CIBLES	TOTAL
Orpailleurs	11 316
Camionneurs	10 686
Pêcheurs	3 887
Personnes vivant avec un handicap	6 887
Militaires	1 010
Total	33 786

Sources: Rapport ANCS 2016 ; Rapports Secteur Forces Armées 2016

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

« **Chez les camionneurs** », 71,4 % 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. 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 12 montre l'évolution de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport chez les camionneurs selon le type de partenaire entre 2010 et 2015 (ENSC de 2010 et 2015).

Elle montre une augmentation, de 2010 à 2015, de l'utilisation du 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 %.

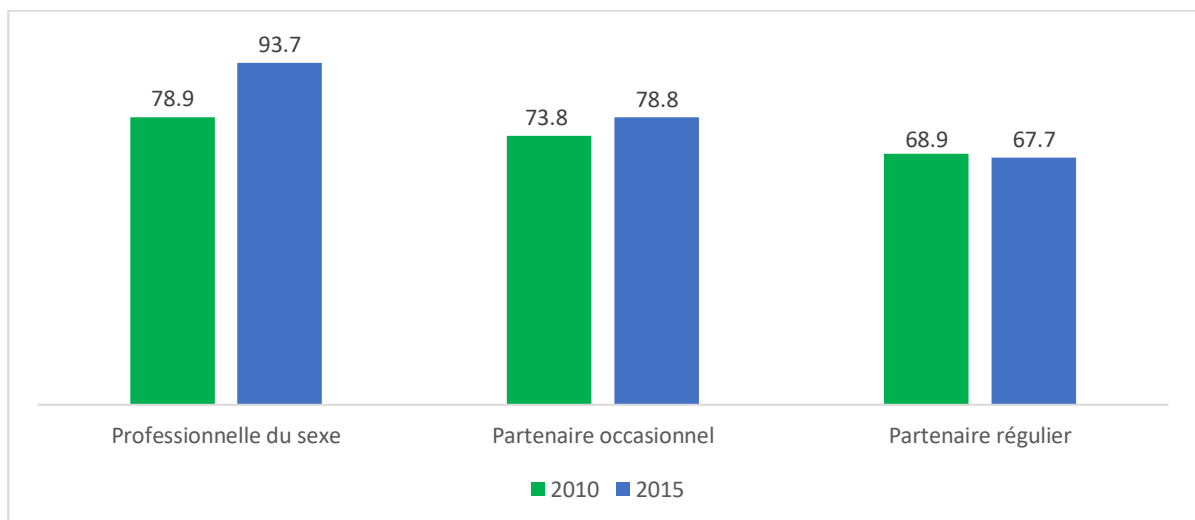


Figure 11. Répartition (%) des camionneurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015

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 % traduisant les effets des messages de communication. 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.

Par rapport au dépistage, 26,5% des camionneurs avaient effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois selon les résultats de l'ENSC de 2015 (vs 25,4 % en 2010) parmi lesquels 97,9 % avaient reçu leurs résultats.

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 %.

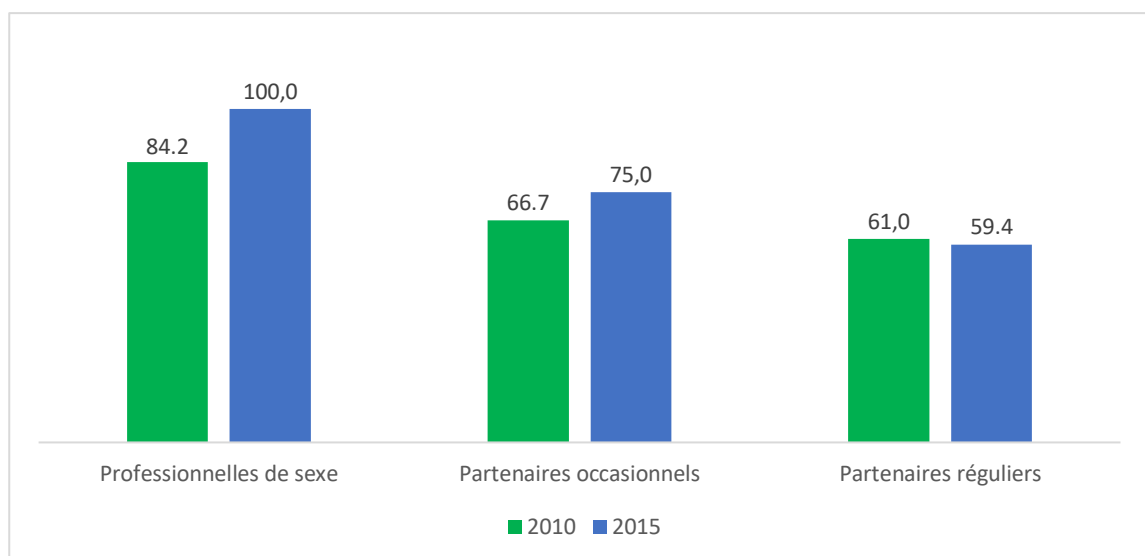


Figure 12. Répartition (%) des pêcheurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015

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 14 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 professionnelles 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 %).

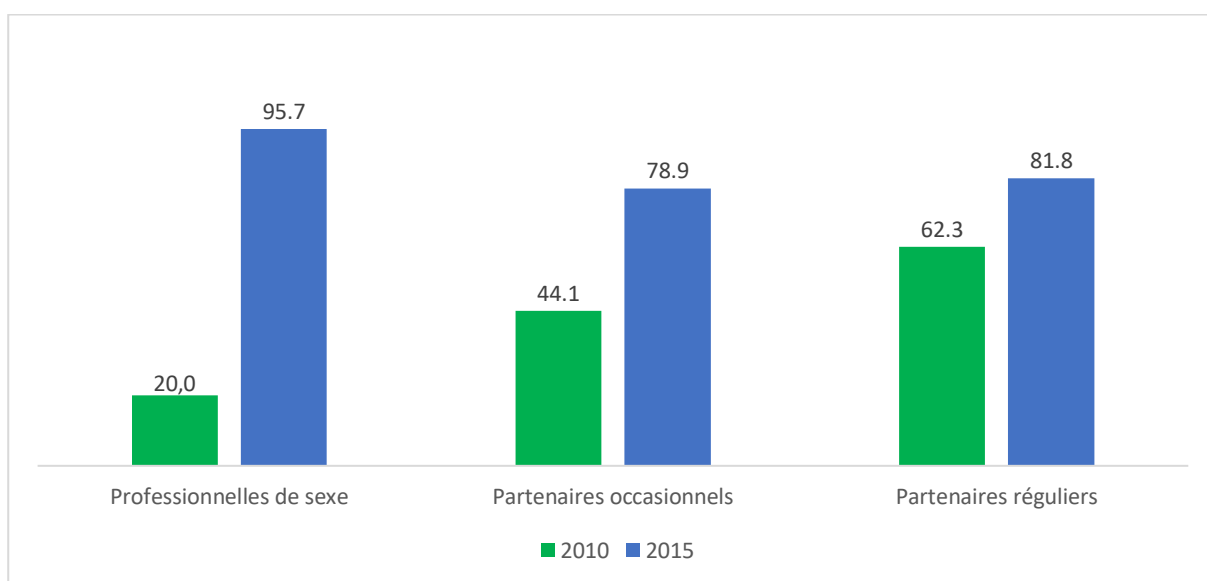


Figure 13. Répartition (%) des orpailleurs ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015

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.1.3.3.2.4 Promotion de l'utilisation du préservatif : Chez les personnes handicapées

En effet, nous constatons que seuls 25,4 % des personnes handicapées sexuellement actives déclare avoir utilisé le préservatif au moins une fois au cours de leur vie. Le niveau d'utilisation est de (27,7 %) chez les hommes et de (10,4 %) chez les femmes.

Du côté de l'âge, les moins de 30 ans l'utilisent un peu plus avec 29,3 % que les plus de 30 ans avec 23,0 %. L'utilisation du préservatif chez les personnes handicapées est très liée à la scolarité. En effet les enquêtés sans niveau d'instruction ont le plus faible niveau d'utilisation du préservatif, soit 9,8 % alors que ce pourcentage est de 63,5 % chez les personnes handicapées qui ont le niveau supérieur. Quant au statut matrimoniale, les résultats de l'enquête montrent que ce sont les polygames (8,3 %) et les veufs ou divorcés (0,8 %) qui utilisent le moins le préservatif. Seulement cette situation n'est pas très alarmante dans la mesure où ces deux catégories matrimoniales ne sont pas très liées à la multiplicité des partenaires sexuels d'après les résultats de cette enquête. L'accès au revenu joue un rôle décisif dans l'utilisation du préservatif. Ainsi, 28,2 % des enquêtés qui affirment avoir des revenus utilisent le préservatif contre 21,3 % chez ceux qui n'en possèdent pas. Les personnes handicapées qui appartiennent à des organisations utilisent plus le préservatif (33,8 %) que celles qui ne militent pas dans ces dernières (22,9 %).

IV.1.3.3.2.5. 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 15 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 %).

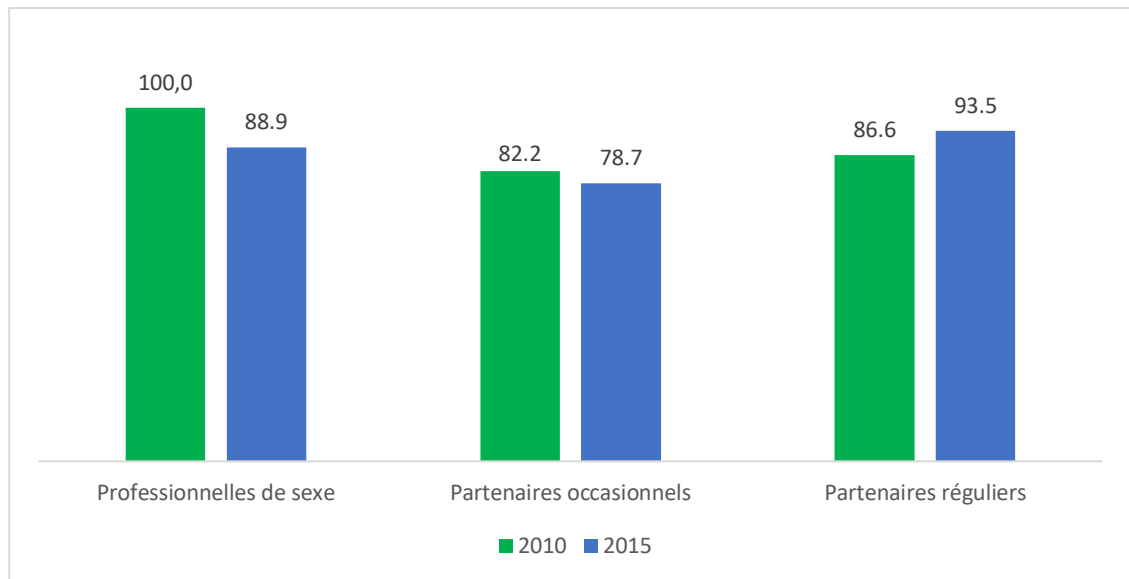


Figure 14. Répartition (%) des policiers ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2010- 2015

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.

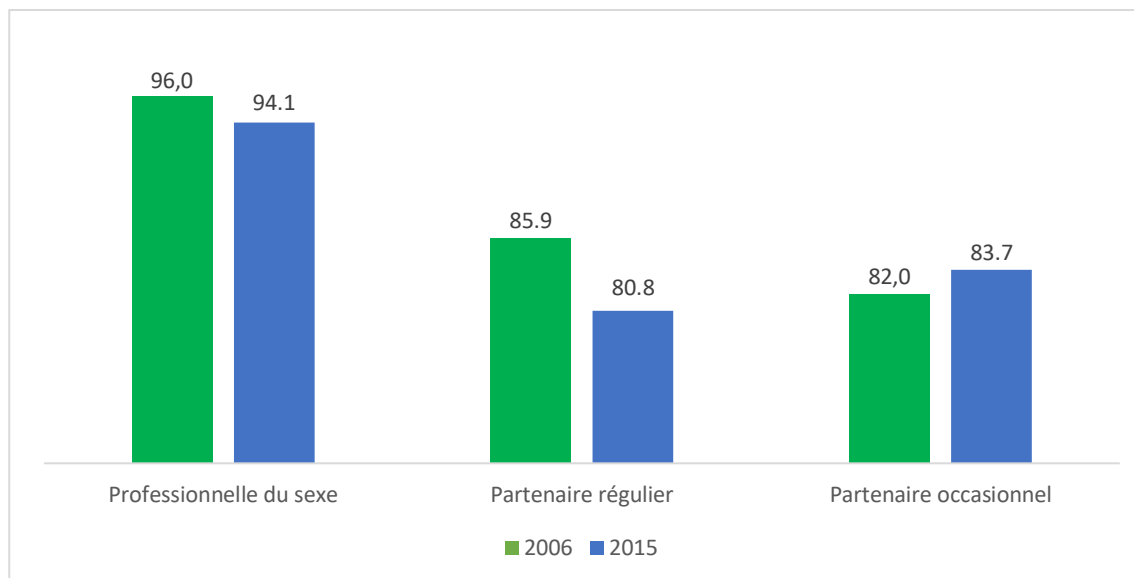


Figure 15. Répartition (%) des militaires ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire, ENSC 2006- 2015

La figure 16 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

Chez les camionneurs, le dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois est passé de 13,3 en 2010 à 13,6 en 2015, parmi ceux qui avaient fait le test, le retrait des résultats est passé 81,5 % en 2010 à 97,9 % en 2015.

Parmi les camionneurs déclarant connaître un endroit où aller se faire dépister, le dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois est passé de 25,4 en 2010 à 26,5 en 2015.

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

Chez les pêcheurs, le dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois est passé de 11,1 en 2010 à 13,2 en 2015, parmi ceux qui avaient fait le test, le retrait des résultats est passé 83,2 % en 2010 à 97,9 % en 2015.

Parmi les pêcheurs déclarant connaître un endroit où aller se faire dépister, le dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois est passé de 25,4 en 2010 à 26,5 en 2015.

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

Chez les orpailleurs, le dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois est passé de 19,2 % en 2010 à 15,1 % en 2015, parmi ceux qui avaient fait le test, le retrait des résultats est passé 70,0 % en 2010 à 86 % en 2015.

Parmi les orpailleurs déclarant connaître un endroit où aller se faire dépister, le dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois est passé de 19,7 en 2010 à 47,3 en 2015.

IV.1.3.3.3.2 Promotion du dépistage au VIH: Chez les personnes handicapées

En 2015, 7,7 % des personnes handicapées ont fait le dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et 97,3 % d'entre elles ont retiré leur résultat.

Parmi les 7,7 % de personnes handicapées dépistées, on note plus de dépistés chez les hommes (8,8 %) que chez les femmes (6,9 %).

IV.1.3.3.2 Promotion du dépistage au VIH : *Chez les hommes de tenue*

Policiers

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

Cependant, la proportion de policiers qui connaissent leur statut sérologique n'est que de 21% si nous prenons en compte l'échantillon global.

Gendarmes

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

Militaires

Chez les militaires, le dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois est passé de 32,9% en 2006 à 48,1% en 2015, parmi ceux qui avaient fait le test, le retrait des résultats est passé 51,2 % en 2006 à 81,3 % en 2015.

IV.1.3.4. Forces et opportunités

- ✓ Les approches multisectorielle et Intersectorielle ;
- ✓ Existence d'un plan stratégique de communication pour le changement de comportement du SE/CNLS.

IV.1.3.5. Contraintes/Obstacles

- ✓ Insuffisance de formation de relais en langue de signes pour une meilleure prise en charge des déficients auditifs et de communication ;
- ✓ Insuffisance d'activités destinées aux populations vulnérables dans les régions non prioritaires

IV.1.3.6. Défis

- ✓ La sensibilisation avec les déficients auditifs, de communication, intellectuels et mentaux restent un défi à relever;
- ✓ Renforcer les capacités des professionnelles de sexe à négocier des rapports sexuels protégés avec les forces de l'ordre;
- ✓ Renforcer la sensibilisation des forces de défense et de sécurité sur le port du préservatif. La gestion transfrontalière doit être prise en compte du fait qu'ils sont souvent impliqués dans des missions de maintien de la paix dans des pays à forte prévalence;
- ✓ Consolider les acquis dans les zones minières;
- ✓ Combiner les offres de services de prévention et de dépistage pour plus d'efficience ;
- ✓ Etendre l'offre de services combinés dans les régions non prioritaires.

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

IV.1.4.1. Contexte: 90-90-90

Le plan national d'eTME du Sénégal a été finalisé et lancé le 1^{er} Décembre 2012 suite à une analyse détaillée des goulots d'étranglements de la PTME et de la SMNI.

Les 14 régions du Sénégal ont eu à faire cet exercice d'élaboration des micros plans eTME qui a vu la participation de tous les acteurs. Des évaluations semestrielles périodiques ont été organisées afin d'apprécier l'état de mise en œuvre des micros plans eTME, mais aussi partager la progression des différents indicateurs traceurs qui avaient été retenus. Il s'agit aussi lors de ces revues de voir comment redresser les goulots d'étranglements qui persistent afin de formuler des recommandations pour être au rendez en 2018 de l'eTME pour notre pays.

Le Sénégal, à l'instar de la communauté internationale a souscrit aux engagements internationaux de mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 avec les objectifs intermédiaires l'atteinte des 90 90 90 en 2020, pour le programme de la PTME/eTME, il s'agira:

- de capitaliser les données de dépistage des femmes enceintes en lien avec le 1^{er} 90,
- de voir comment augmenter la mise sous TARV des PVVIH (2^{eme} 90,) avec l'adoption et la mise en œuvre de l'option B+ initié depuis 2012 dans le cadre de la PEC du couple mère-enfant,
- de passer à l'échelle les bonnes pratiques misent en œuvre au niveau des structures de santé (circuit d'acheminement des prélèvements pour la CV et l'utilisation des POC) surtout au niveau communautaire pour combler le gap par rapport au troisième 90.

IV.1.4.2. Mise en œuvre du programme de PTME

La prévention de la transmission mère-enfant (PTME) est une stratégie fondée sur des évidences qui visent 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. Le programme de PTME suite au passage à l'échelle amorcé en 2005, et l'utilisation des tests rapides aux niveaux des PS depuis 2007 a enregistré des résultats satisfaisant concernant le dépistage des femmes enceintes à l'image du taux d'utilisation de la CPN 95,0 % (EDS Continue, 2014).

Toutefois, les performances de la mise sous ARV des femmes enceintes séropositives sont encore loin des objectifs d'eTME du VIH et ceci est en regard avec le faible taux d'achèvement de la CPN 47,0 % (EDS-MICS, 2011).

Notre pays en conformité avec la dynamique mondiale, a élaboré son plan stratégique intégré de la santé reproductive, maternelle, néo-natale, infanto-juvénile et des adolescents (SRMNIA) pour la période 2016-2020 dont la vision est: « *Un Sénégal où chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent et chaque jeune jouit de son droit à la santé et au bien-être de façon équitable et peut participer pleinement à l'édification d'un Sénégal Emergent* ».

IV.1.4.3. Résultats de la mise en œuvre: analyse de la tendance

Le dépistage des femmes enceintes est passé de 81,0 % en 2015 à 85,0 % en 2016 (dénominateur les femmes enceintes vues au 1^{er} contact).

Ceci contraste un peu avec la baisse du nombre de femmes enceintes dépistées qui est passée de 366 863 en 2015 contre 355 624 en 2016. Ce qui nous ramène à seulement 61,0 % de femmes enceintes dépistées par rapport aux grossesses attendues.

Cette baisse est due aux ruptures en tests rapides enregistrés par le programme durant cette période. Certaines régions enregistrent des taux de dépistage très faibles par rapport aux grossesses attendues. Il s'agit des régions de Dakar (38,0 %), Diourbel (45,0 %) Thiès (48,0 %), Ziguinchor (58,0 %) et Fatick (67,0 %).

Le taux de dépistage des femmes enceintes vues en CPN au Sénégal est de 85,0 %. Cependant, les régions comme Diourbel (61,0 %) et Dakar (64,0 %).sont encore loin des objectifs du 1^{er} 90,0 %.

Les femmes enceintes séropositives sont mis sous TARV à vie dès que le diagnostic de grossesse est posé conformément aux recommandations nationales (Option B+) en vigueur depuis 2012.

Par ailleurs avec l'adoption de la délégation des tâches, les sages-femmes sont autorisées à prendre en charge les femmes enceintes séropositives et leurs nourrissons. C'est ainsi que la PEC du couple mère-enfant s'est nettement amélioré.

Le taux de mise sous traitement antirétroviral des femmes enceintes est passé de 58,0 % en 2015 à 67,0 % (*Spectrum, 2016*). Il en est de même de la mise sous prophylaxie des enfants nés de mère séropositives qui est actuellement à 33,0 % versus 26,0 % en 2015.

Le recrutement des enfants nés de mère séropositive ayant bénéficié du diagnostic précoce a connu certes une augmentation passant de 21,0 % en 2015 contre 34,4 % en 2016 mais nous sommes encore loin des objectifs d'eTME.

Au niveau national, les gaps programmatiques en lien avec le deuxième 90,0 % sont consignés dans le tableau ci-dessous:

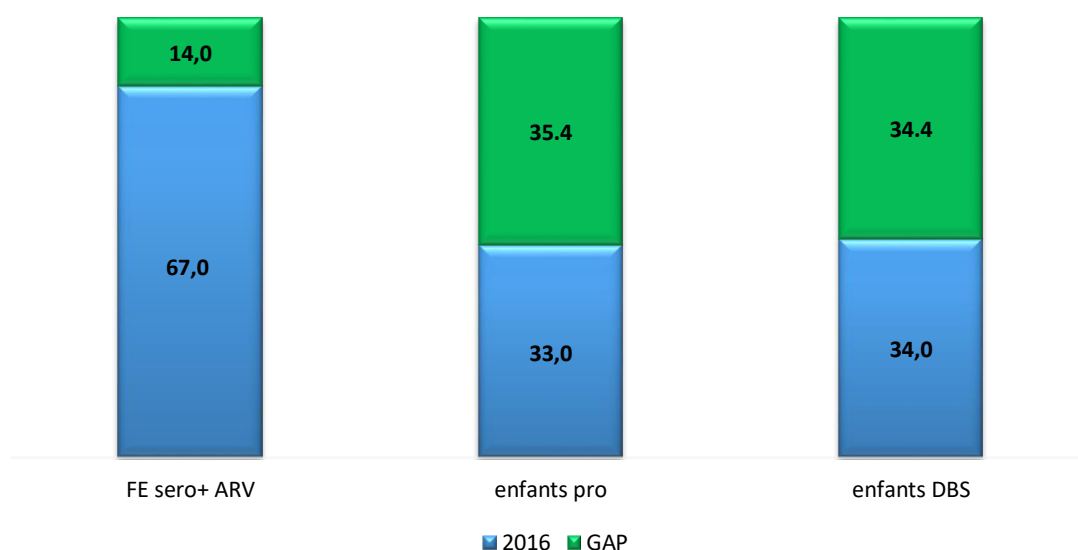


Figure 16. Gap (%) sur la PEC du couple mère enfant

Au cours de l'année 2016, le suivi des femmes enceintes séropositives a enregistré des résultats satisfaisants par rapport aux objectifs du PSN 2014-2017. En effet, sur un objectif de 1508 femmes enceintes séropositives 1353 ont été mise sous TARV ce qui représente 90,0 %.

Toutefois, du côté des enfants nés de mère séropositives, les gaps sont encore importants. En effet, la figure 17 nous montre qu'il reste à mettre 35,4 % des enfants nés de mère séropositives sous prophylaxie antirétrovirale d'ici 2018 et aussi 34,4 % de ces enfants doivent bénéficier du prélèvement sur papier buvard pour le diagnostic précoce malgré une bonne couverture vaccinale qui était de 74,0 % en 2015 (EDS 5). La difficulté pour capitaliser les données des DBS réside du fait de l'existence de 3 appareils PCR (2 à Dakar et 1 à Thiès) mais surtout l'absence de circuit formel pour l'acheminement des DBS.

Données d'enquête

 *Enquête sur la PEC nutritionnelle et l'insécurité alimentaire des PVVIH au Sénégal réalisée en 2015/2016 avec l'appui du PAM*

Contexte et justifications

Au Sénégal, 16,0 % des ménages sont en insécurité alimentaire. Toutefois, aucune étude n'a été menée pour mesurer la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition des personnes vivant avec le VIH. Une telle enquête pourrait contribuer à mettre en place une réponse stratégique adaptée pour le Sénégal ainsi qu'une base de données et des outils d'analyse des risques et vulnérabilités des populations.

Résultats

Au total 559 personnes vivant avec le VIH ont été interrogées. Près de la moitié des chefs de ménage était de sexe féminin (49,4 %). Souvent, ils n'avaient aucun niveau d'instruction (49,3 %). Parmi les personnes enquêtées, 19,5 % appartenaient à la classe des très riches et 20,1 % la classe des très pauvres.

Les résultats de l'étude montrent que 20,0 % des ménages étaient en insécurité alimentaire. Il s'agissait le plus souvent de personne de sexe féminin, non scolarisée, exerçant généralement le métier de ménagères, petits commerçants, ouvriers ou encore les métiers d'agriculteurs/pêcheurs.

Les principaux chocs sont liés à l'aggravement de la santé des membres de la famille, les facteurs saisonniers, la hausse des prix de première nécessité, la perte des actifs des ménages ou encore les difficultés d'accès aux semences.

Au total, 20,4 % des adultes enquêtés présentaient une malnutrition. Elle était plus fréquente à Kaolack (39,5 %) et Kolda (26,3 %). Elle est plus fréquente chez les femmes (25,5 %) et chez les enquêtés dont le revenu est inférieur à 50 000 F CFA. Les personnes hospitalisées au cours des six derniers mois étaient plus malnutries.

La malnutrition augmentait suivant la classification de l'OMS du stade 1 au stade 4.

Chez les enfants de 5 à 15 ans, 86,1 % étaient scolarisés. Le niveau de la malnutrition était de 35,7 % et plus fréquente dans les ménages vivant en milieu rural (33,3 %) et dont le chef est un homme (25,5 %). Dans les ménages avec une insécurité alimentaire sévère la malnutrition était plus fréquente (28,6 %).

Les activités du secondaire et du tertiaire constituent les principales sources de revenus des ménages des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Les dépenses alimentaires représentent 53,5 % du budget des ménages. Dans toutes les régions du Sénégal, les ménages consacrent plus de 50,0 % de leurs dépenses à l'alimentation.

D'une manière générale, l'enquête révèle que 86,0 % des ménages enquêtés ont déclaré avoir connus un choc au cours des douze derniers mois. Ils sont plus nombreux à Kolda et Tambacounda où ils concernent respectivement 64,4 % et 31,4 % des ménages des PVVIH.

Au cours des sept derniers jours, plus de 80,0 % des ménages des PVVIH ont eu recours à des stratégies de survie. Plus de 80,0 % des ménages ont développé des stratégies dites de stress, 7,8 % des stratégies de crise et 11,7 % des stratégies d'urgences tels que la mendicité et la vente des terres. Ces stratégies sont différentes suivant les régions.

L'enquête a révélé qu'au plan national, 9,4 % des ménages des PVVIH ont une consommation alimentaire pauvre ou et limite. On constate que plus de 20,7 % de la population sont en insécurité alimentaire, soit 18,1 % sont en insécurité alimentaire modéré et 2,7 % en insécurité alimentaire sévère.

Les principaux facteurs associés à l'insécurité alimentaire sont le lieu de résidence, le niveau d'instruction et le sexe du chef de ménage.

❖ Recommandations

Les résultats de l'étude montrent que 20,7 % des ménages où vivent les PVVIH présentent une insécurité alimentaire. Le niveau de malnutrition était de 20,4 % chez les adultes et 35,7 % chez les enfants. Il s'agira de:

- Assurer la supplémentation nutritionnelle des PVVIH,
- Mettre en place des filets de protection sociale,
- Passer à l'échelle le tutorat plus des enfants affectés et infectés par le VIH,
- Elargir la stratégie CMV+,
- Développer des activités génératrices de revenu,
- Assurer l'éducation nutritionnelle centrée sur une approche communautaire,
- Renforcer l'équipement des structures sanitaires en outils de mesure anthropométrique.

IV.1.4.3. Bonnes pratiques

❖ **Bonne pratique N°1.** Le Tableau « Lumière » un moyen efficace pour assurer le suivi et le respect des 4 Consultations Pré –Natales (CPN) chez la femme enceinte: l'exemple du District sanitaire de Sédhiou

➤ Contexte

Le taux d'utilisation de la CPN au Sénégal est de 93,0 % (EDS-MICS 2011) .Afin d'augmenter le taux d'achèvement de la CPN selon le calendrier établi par la Division Santé de la Reproduction et Survie de l'Enfant (DSRSE), l'ONG SWAA en collaboration avec le ministère de la santé à travers la DLSI a mis en place le tableau « Lumière » dans certains sites de CPN.

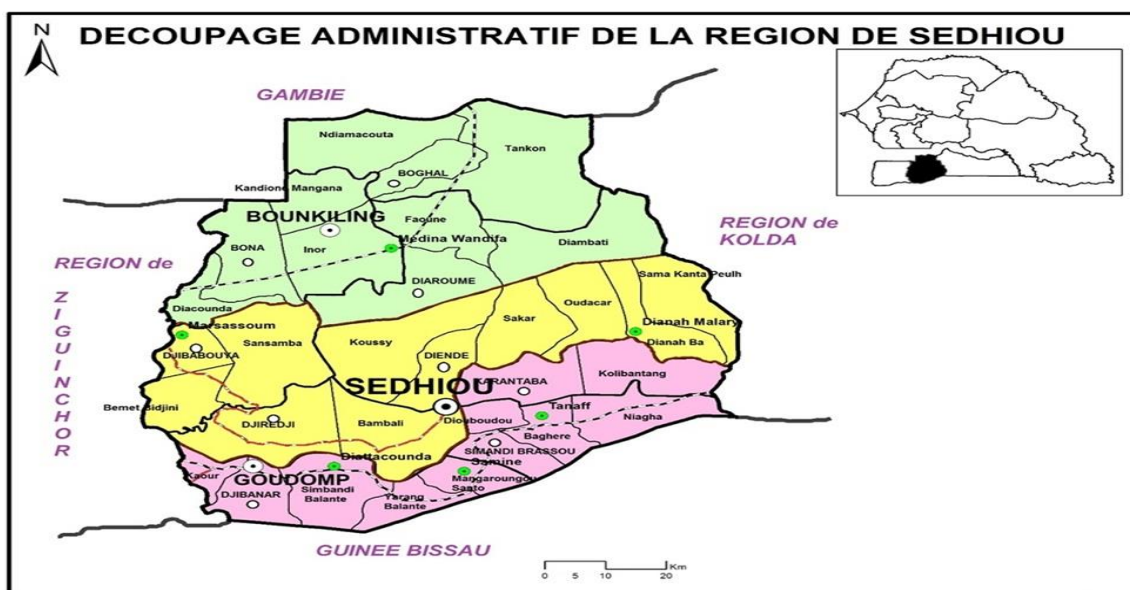


Figure 17. Découpage administratif de la région de Sédhiou

➤ Méthodologie



Figure 18. Tableau Lumière de la SWAA

➤ **Résultats****Tableau 9. Evaluation des indicateurs traceurs**

Traceurs	2012 %	2015 %	2016 %
CPN4	9,0	22,0	
ARV pour les femmes enceintes séropositives	19,0	51,0	
Enfants prophylaxie ARV	1,3	56,0	
Enfants avec DBS	1,3	42,0	47,0

➤ **Modalités de passage à l'échelle**

- Orientation des prestataires sur le tableau « Lumière »,
- Renforcement de capacités des acteurs communautaires sur le paquet SR,
- Caisse de solidarité/mutuelle de santé.

➤ **Conclusion**

L'implication des acteurs communautaires a permis d'augmenter le taux d'achèvement de la CPN. Au Sénégal, l'implication des hommes dans la santé de la mère et de l'enfant reste un défi. Le programme VIH est en train de faire la promotion du counseling dépistage du VIH du couple pour une implication effective des hommes dans la santé de la reproduction.

❖ **Bonne pratique N°2. Mother-mentor**

L'expérience du programme *Mother/Mentor* (mère tutrice), s'appuie sur des femmes VIH positives issues de la communauté et ayant déjà reçu des offres de PTME pour accompagner les femmes enceintes entrant nouvellement dans le suivi PTME.

Cette approche permet de faire le lien entre la communauté et le système de soins. Les mères tutrices qui sont-elles mêmes infectées par le VIH et ont reçu des offres de PTME vont dans la communauté identifier les femmes enceintes n'ayant pas encore été dépistées. Avec la mise en place de ce système, l'accompagnement des femmes enceintes séropositives sera renforcé par leurs pairs avec un impact sur le troisième 90.

IV.1.4.4.Principaux défis et solutions

L'élimination de la transmission mère enfant du VIH est possible pour le Sénégal au vu des résultats engrangés par le programme depuis quelques années cependant il persiste encore des goulots d'étranglements que le programme en partenariat avec les autres secteurs ministériels, le secteur privé, les acteurs communautaires et les PTF devront adresser afin que notre pays soit au rendez en 2018.

Tableau 10. Récapitulatif des défis et mesures correctrices

Défis	Mesures correctrices
Dépistage des partenaires	Formation des acteurs communautaires et des prestataires sur le counseling du couple
Disponibilité des tests rapides VIH	Utilisation des tests duo Syphilis et VIH avec une bonne quantification des besoins
Utilisation d'un algorithme à 3 tests pour booster le dépistage des Femmes enceintes	renforcement de capacité des prestataires sur l'utilisation des tests rapides Dépistage au niveau communautaire
Mise sous TARV des Femmes enceintes séropositives	Délégation des tâches Décentralisation de la PEC avec l'implication de l'association des sages-femmes d'état du Sénégal
Augmenter le taux d'achèvement de la CPN séropositives pour atteindre 75,0 % en 2020 (voir plan stratégique DSRSE)	Implication des acteurs communautaires : passage à l'échelle du « tableau Lumière » et la stratégie Mother-mentor Subventionner le bilan pré natale
Maintenir 90,0 % des femmes séropositives sous TARV avec une CV indétectable	Formation en ETP des prestataires Mettre à l'échelle la stratégie: Mother mentor
Renforcer la PEC des enfants nés de mère séropositive (augmenter la mise sous prophylaxie des enfants nés de mère séropositives à 90,0 % de même que le pourcentage des enfants qui vont bénéficier du diagnostic précoce	Délégation des tâches Décentralisation PEC au niveau communautaire
Le diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositives	Acheminer les DBS des sites vers la RM qui a charge devra les acheminer dans les structures de références

IV.2. Prise en charge des PVVIH

IV.2.1. Prise en charge médicale

IV.2.1.1. Contexte: 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 % 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. 90,0 % des PVVIH attendues sont dépistées,
2. 90,0 % des PVVIH diagnostiquées sont mis sous TAR,
3. 90,0 % des patients mis sous TAR ont une suppression durable de la charge virale.

Ce rapport met l'accent sur les progrès constatés en 2016 notamment, l'adoption de la stratégie « *Test all, Treat all 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 2016, 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 86,4 % 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 123 sites principaux et 118 sites secondaires en 2016 (postes de santé) 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), seize (16) 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 118 postes de santé dont neuf (09) privés sur 1344 offrant le service.

Tableau 11. Répartition des sites de PEC des PVVIH

Régions	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés	CS publics	CS privés	Postes de santé publics	Postes de santé privés	TOTAL
Dakar	12	0	15	2	0	0	29
Ziguinchor	2	0	6	0	24	9	41
Sédhiou	1	0	3	0	29	0	33
Kolda	1	0	5	0	19	0	25
Thiès	3	2	9	0	0	0	14
Saint-Louis	3	0	5	1	5	0	14
Tambacounda	1	0	8	2	8	0	19
Kédougou	0	0	3	0	12	0	15
Matam	1	0	4	0	0	0	5
Louga	2	0	7	0	0	0	9
Fatick	1	0	7	0	0	0	8
Kaolack	1	0	4	0	12	0	17
Diourbel	3	0	4	0	0	0	7
Kaffrine	1	0	4	0	0	0	5
TOTAL	32	2	84	5	109	9	241

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 les lacunes en termes 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), Sud-Est (Tambacounda et Kédougou), Centre (Diourbel, Kaolack et Thiès) et Nord (Saint Louis).

Treize (13) appareils sont installés dans les régions dont 2 non fonctionnels (formation personnel) rejoignant ainsi les autres appareils déjà fonctionnels à Dakar soit un total vingt-cinq (25).

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.

Le circuit d'acheminement des échantillons et de rendu des résultats a été expérimenté dans les régions du sud qui ont démarré la stratégie « tester et traiter ».

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

En 2016, 21 708 PVVIH sont régulièrement suivies dont 21 157 sous traitement ARV. Les PVVIH nouvellement enregistrées dans la PEC en 2016 est de 5 740. Celles qui ont démarré un traitement ARV durant la même année s'élèvent à 5 541.

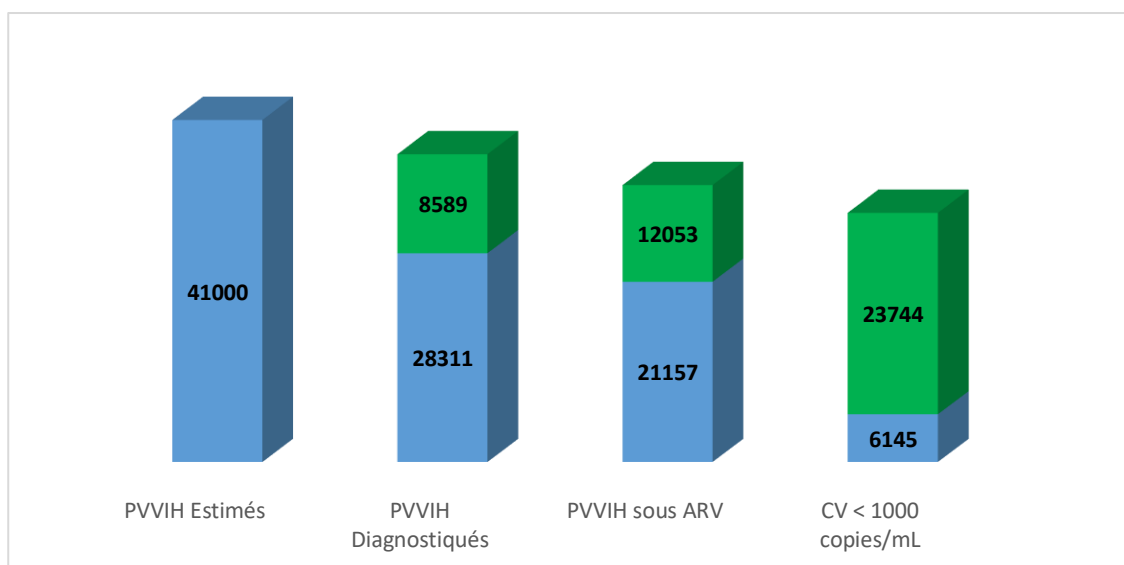


Figure 19. Cascade des soins

Jusqu'en fin 2016, 21157 sont sous traitement ARV. Parmi ces files actives il y avait 1279 enfants de moins de 15 ans dont 1214 sous ARV.

Les 1/3 des patients sont suivis à Dakar, ensuite suivent les régions de Ziguinchor (11,6 %), Thiès (7,6 %), Kolda (7,4 %) et Kaolack (6,7 %).

Les nouveaux patients enregistrés dans la PEC passent de 5 318 en 2015 à 5 740 en 2016 avec une hausse de PVVIH mises sous ARV allant de 5 140 en 2015 à 5 541 en 2016.

Le taux de décès a légèrement baissé allant de 3,4 % en 2015 à 3,0 % 2016. Le taux de PDV passe de 10,3 % à 9,9 % et la rétention sous ARV de 86,3 % à 87,1 % durant la même période.

L'analyse par région montre que les files actives globales et files actives sous ARV n'ont pas de différences importantes pour toutes les régions. Cependant, pour les régions sud, pilotes du TATARSEN, les nouveaux patients enregistrés dans la PEC en 2016 sont superposables aux nouveaux patients mis sous ARV à la même année.

Le nombre de PVVIH diagnostiqué est de 28116 soit 61,0 % des PVVIH attendues, ce qui laisse un écart de 39,0 % pour l'atteinte des UN 90 d'ici à 2020.

Les PVVIH durant 2016 sont au nombre de 24 290 soit 52,8 %. Aussi, 11 416 PVVIH ont bénéficié d'une mesure de la charge virale et parmi eux 6 450 ont atteint une suppression (CV < 1000 copies/ml).

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.

La présente cascade montre une légère réduction des gaps du 1^{er} 90% (PVVIH qui connaît leur statut) et du nombre de patients à mettre sous TAR qui sont respectivement passés de 37 à 36,0 % et de 35 à 28,0 % de 2015 à 2016.

Tableau 12. Synthèse des données de la prise en charge du VIH par region, 2016

Régions	File Active globale en 2016 (patients régulièrement suivis)	File Active sous ARV en 2016	Nouveaux patients enregistrés dans la PEC en 2016	PVVIH mis sous ARV en 2016		Nouveaux décès sous ARV enregistrés en 2016	Taux de décès sous ARV en 2016 (%)	Nouveaux PDV sous ARV enregistrés en 2016	Taux de perdus de vue sous ARV en 2016 (%)	Rétention sous ARV en 2016 (%)	Rétention à 12 mois chez PVVIH mises sous ARV en 2015 (%)	Rétention à 24 mois chez PVVIH mises sous ARV en 2014 (%)	Rétention à 36 mois chez PVVIH mises sous ARV en 2013 (%)	Rétention à 60 mois chez PVVIH mises sous ARV en 2011 (%)
Dakar	7148	6840	1363	1197		113	1,5	475	6,4	92,1	84,0	73,7	69,7	70,4
Ziguinchor	2512	2474	879	874		100	3,5	263	9,3	87,2	72,0	66,2	53,6	49,2
Thiès	1655	1635	349	350		62	3,2	255	13,1	83,8	78,7	73,0	62,1	51,8
Kolda	1602	1581	681	664		45	2,2	393	19,5	78,3	70,9	54,4	52,6	50,0
Kaolack	1456	1433	340	336		53	3,3	140	8,6	88,1	74,8	65,2	59,3	68,1
Sédhiou	1187	1165	453	489		53	3,9	141	10,4	85,7	69,2	61,5	53,6	47,0
Saint-Louis	1084	1053	226	206		47	3,8	127	10,4	85,8	79,5	69,4	57,2	49,7
Diourbel	1026	1010	180	184		41	3,5	109	9,4	87,1	73,3	68,0	56,2	49,3
Tamba	943	936	365	371		55	4,9	142	12,5	82,6	70,8	54,5	44,4	45,8
Louga	934	906	196	180		42	4,1	69	6,8	89,1	76,0	62,4	49,5	47,4
Matam	681	658	214	195		31	4,2	55	7,4	88,4	77,4	60,7	60,6	51,5
Kaffrine	641	635	249	250		33	4,2	117	14,9	80,9	70,1	58,6	55,1	44,6
Fatick	636	628	142	139		40	5,3	83	11,1	83,6	74,0	53,7	60,3	34,3
Kédougou	203	203	103	106		5	2,0	44	17,5	80,6	66,7	45,3	45,5	51,3
TOTAL	21 708	21 157	5 740	5 541		720	3,0	2 413	9,9	87,1	75,7	65,4	58,8	55,4

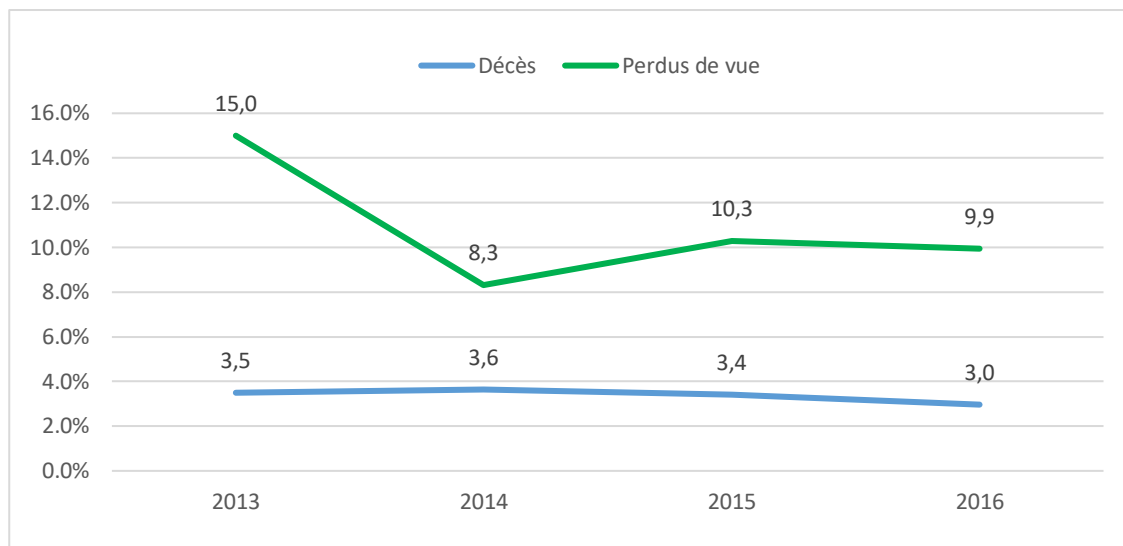


Figure 21. Evolution (%) des décès et perdus de vue

Durant la même année 5740 nouvelles personnes dépistées séropositives au VIH ont été reçues dans les sites pour les soins et 5541 anciens et nouveaux PVVIH ont été mises sous TARV.

Comparés à l'année 2015, les taux de décès et de perdus de vue ont légèrement régressé en 2016, passant respectivement de 3,4 à 3,0 % et de 10,3 à 9,9 %. Cependant les taux de perdus reste très élevés dans certaines régions, notamment à Kédougou (23,6 %), Kolda (22,0 %), Tambacounda (17,7 %), Kaffrine (15,5 %) et Thiès (11,0 %)

La rétention globale des patients aux soins était de 87,1 % en 2016 contre 86,3 % en 2015. Cependant l'objectif national de 90,0 % n'est toujours pas atteint.

La rétention à 12 mois des patients sous trithérapie antirétrovirale était globalement en 2016 de 75,7 %, de 81,6 % chez les enfants et de 75,3 % chez les adultes. Les rétentions à 24, 36 et 60 mois étaient respectivement de 65,4 %, 58,8 % et 55,4 %.

PEC Pédiatrique

L'indicateur du plan stratégique national sur la PEC pédiatrique est « 85,0 % des EVVIH suivis bénéficient d'une PEC médicale globale d'ici 2017 en assurant la disponibilité des ARV, du traitement des IO, et du suivi hémato biochimique immunologique et virologique des enfants ». Cet indicateur est de 94,9 % en 2016 mais la stratégie traitement pour tous nous ramène à comparer ceux qui reçoivent les soins par rapport à ceux qui devraient connaître leur statut VIH+. Sous cet angle, il y'a encore du chemin à faire car le gap global du dépistage est 36,0 %.

La légère augmentation de la file active avec ou sans TAR de 2015 (1 243) à 2016 (1 279); celle sous ARV est passée respectivement de 1 183 EVVIH à 1 214.

Le taux de décès reste plus élevé chez les enfants qu'au niveau de la population générale des PVVIH où il est de 3,0 % en 2016. Ceci étant lié à la vulnérabilité de cette frange. C'est pour palier à ce

problème que les politiques de PEC psycho sociale ont été élaborées et déroulées à travers le *tutorat des EVVIH (TEV+)* au niveau des sites de référence en 2015 et extension aux autres sites de PEC pédiatrique en 2016.

IV.2.1.4. 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 Sénégal). 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.2.1.4.1. Extension des programmes de prévention efficaces

- **Préservatifs:** la disponibilité et la mise à disposition de préservatif restent l'une des principales options du programme en matière de prévention contre les IST/VIH. Les populations clé sont particulièrement visées avec une dotation de lubrifiant pour les HSH. La population générale est aussi ciblée avec un accent particulier sur les jeunes et les femmes. L'USAID est notre principal partenaire dans ce domaine.
- **Prophylaxie au cotrimoxazole** est entrée dans la routine, cependant sa notification dans les dossiers des patients reste très en deca de la réalité.
- **Prophylaxie à l'INH** commence à entrer dans les pratiques mais reste encore loin de la couverture souhaitée des PVVIH suivies et indemnes de la TB.
- **Prophylaxie post exposition** est une pratique systématique en cas d'accident avec exposition au sang et aux fluides souillés de sang après évaluation du niveau de risque.
- **TasP (treatment as prévention)** est matérialisé par le traitement systématique des personnes séropositives des couples sérodifférents, celles appartenant aux populations clé infectées par le VIH ainsi les femmes enceintes séropositives.
- **PreP (prophylaxie pré-exposition):** le programme VIH du Sénégal reste ouvert à cette approche de prévention. Actuellement des projets de recherche opérationnelle de faisabilité et d'acceptabilité auprès des populations clé est en cours. Les conclusions des études pourraient ouvrir des perspectives d'une mise en place d'une approche programmatique PreP. Cependant, des interrogations demeurent sur le coût d'une telle intervention et les potentiels partenaires financiers qui pourraient les supporter

IV.2.1.4.2. 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 a couvert les régions de Ziguinchor, Kolda, Sédhiou puis,

Tambacounda, Kaolack et Saint Louis. Pour cette phase, toutes les cibles seront concernées. Dans les autres régions, la stratégie va se concentrer suivant les nouvelles directives, sur les cibles populations clé (TS, MSM, CDI), les femmes enceintes, les patients Co infectés TB/VIH, hépatite/VIH, les enfants de moins de 5 ans et les partenaires séropositifs des couples sérodiscordant ;

- L'évaluation de la phase pilote est prévue 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

Bon nombre de défis fixés pour l'année 2016 ont été relevés. Nous pouvons en citer:

- L'élaboration d'une plateforme TATARSEN pour mettre en œuvre la stratégie « tester & traiter » avec la mise en place d'un comité d'orientation stratégique (COS);
- 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'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 ministérielle pour le démarrage effectif du TATARSEN;
- L'organisation d'ateliers régionaux de planification opérationnelle des activités du TATARSEN où chaque sort avec un PO suivi d'une synthèse régionale;
- L'élaboration et la diffusion de note circulaire ministérielle pour la mise en œuvre de la délégation des tâches aux paramédicaux pour le TAR;
- L'élaboration et la diffusion de note circulaire ministérielle pour la décentralisation du TAR au niveau poste de santé;
- 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 2016 de 13 appareils de mesure de la charge virale dans 12 régions hors de la capitale;
- La finalisation du document d'orientation de la stratégie tutorat des EVVIH (TEV+) avec son partage au niveau national et sa mise en œuvre dans les sites de PEC;
- 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 Baudouin de Guédiawaye et hôpital Aristide Le Dantec) avec extension aux autres sites remplissant les critères de sélection entre autres EPS de Kaolack, Nioro, Kaffrine, EPS Tivaouane, Thiès, Dahara, Linguère etc.;
- 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 en 2015-2016 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 avec 1 545 bénéficiaires à Kaolack, Ziguinchor, Kolda et Sédhiou.

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

- Disponibilité insuffisante des ARV particulièrement de troisième ligne,
- Disponibilité limitée de molécules d'ARV pédiatriques (arsenal thérapeutique limité),
- Faible couverture nationale en CD4 (plusieurs appareils de marques différentes rendant problématique les estimations des besoins en intrant ainsi que la maintenance et complexe le processus d'appel d'offre),
- Faible couverture nationale en CV (acquisition progressive d'appareil, processus de formation des laborantins en biologie moléculaire, intégration des intrants de CV dans la nomenclature des produits à commander par la PNA,
- Politique de délégation des tâches faiblement mise en œuvre (relative réticence des responsables médicaux de la PEC, processus de formation des paramédicaux inachevé,
- Nombre important de PDV en particulier chez les populations clés à cause de la stigmatisation perçue (parfois auto-stigmatisation) et de leur mobilité intra et transfrontalière,
- Absence de dispositif de suivi de l'émergence des résistances aux ARV. Cependant, un projet de recherche opérationnelle sur le suivi des résistances sera exécuté courant 2017,
- Analyse des facteurs de résistance n'est pas suffisamment spécifique à une région, à un district ou à un site de PEC de PVVIH ; ce qui permettrait, d'une manière prompte, de prendre des mesures correctrices plus adéquates,
- Audit des décès sous ARV serait très utile pour une meilleure compréhension des causes de décès de nos patients afin de pouvoir les juguler,
- Faible prise en compte des spécificités des populations clés HSH, PS et CDI dans la PEC (en dehors de quelques rares sites, les populations clé ne s'identifient pas comme telles dans les structures de PEC de crainte de stigmatisation et de discrimination ou par auto-stigmatisation, vu l'environnement peu favorable),
- Difficultés dans la collecte des données exhaustives, promptes et de qualité,
- Mise en œuvre de la stratégie TATARSEN dans le reste des régions dites non prioritaires mais qui présentent des poches de haute vulnérabilité au VIH,
- Financement dédié des activités des plans opérationnels TATARSEN (POT) déjà élaborés,
- Suivi des activités des PO TATARSEN : ça implique des supervisions formatives sous forme de coaching sur site au niveau district sanitaire avec une approche axée sur les 90-90-90,
- Disponibilité et fonctionnalité de la mesure de la CV à tous les patients sous TARV,

- Disponibilité des combinaisons à dose fixe pour faciliter l'observance,
- Sous dépistage des enfants et adolescents malnutris hospitalisés et de la fratrie,
- Difficultés d'annonce du statut positif aux enfants et adolescents vivant avec le VIH
- Gestion des Co-morbidités VIH/HVB très faible,
- Gestion VIH/NUTRITION est insuffisamment développée : la DLSI a élaborer des fiches techniques de PEC nutritionnelle mais, la formation des prestataires sur ces fiches et la reproduction et diffusion de ce document reste un gap qui freine la PEC correcte des malnutritions chez les PVVIH,
- Les obstacles socio-économiques freinant l'accès aux services (autonomisation et renforcement du pouvoir d'achat et de décision des PVVIH et familles),
- Insuffisance des ressources humaines qualifiées au niveau décentralisé (districts)
- Cartographie de vulnérabilité n'est disponible que dans 8 régions sur 14 et insuffisamment partagée avec les acteurs de la PEC du VIH,
- Recherche opérationnelle et estimation de la population des groupes vulnérables restent problématique. Il n'existe pas encore une méthodologie consensuelle acceptée par tous utilisée par le programme. Les estimations disponibles ont été réalisées par différentes organismes, souvent non gouvernemental, avec des approches différentes.

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

- Rendre fonctionnel d'une manière pérenne les plateformes de mesure de la CV dans toutes les régions,
- Organiser des circuits locaux pour l'acheminement des prélèvements et le rendu des résultats de CV et de la PCR,
- Consolider la délégation des tâches,
- Organiser des ateliers de formation des paramédicaux sur la PEC globale,
- Renforcer les CMT des sites des districts en intégrant les paramédicaux impliqués dans la PEC des PVVIH au moins 1 fois par trimestre,
- Renforcer les activités d'accompagnement soutien pour améliorer la rétention des PVVIH dans le suivi,
- Renforcer la stratégie du tutorat des EVVIH (TEV+),
- Extension TATARSEN à toutes les régions,
- Financer les POT TATARSEN,
- Superviser les POT TATARSEN,
- Prendre en compte les spécificités des populations clés et les retenir dans les soins,
- Etendre le TEV+ à tous les sites répondant aux critères de sélection,
- Renforcer l'autonomisation des PVVIH par la CMV+,
- Renforcer la capacité des prestataires pour les stratégies ciblées,
- 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 de PEC du VIH,

- Renforcer la PEC psychosociale et la santé sexuelle et reproductive des PVVIH en mettant l'accent sur les adolescents/jeunes.

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

En 2016, sur 13 116 cas de tuberculose diagnostiquée, 11 227 ont été testés au VIH soit 86,0 % de taux de dépistage.

Ce taux a évolué positivement de 80,0 % en 2015 à 86,0 % en 2016 pour un objectif de 90,0 %. Dans l'optique du « tester et traiter », tous les cas de tuberculose devraient être dépistés au VIH, nous concédons encore un gap de 4,0 % de tuberculeux à dépister.

Des efforts considérables ont été consentis par les acteurs pour arriver à ce résultat qui reste encore perfectible.

Le nombre total de Co-infectés TB/VIH était de 727 cas en 2016, ce qui représente 6,0 % 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 98,0 % en 2016. Pour cet indicateur l'objectif de 95,0 % a été atteint et dépassé. Cependant, le gap important par rapport au 1^{er} 90, 36,0 % des PVVIH attendues ne connaissent pas encore leur statut, amène les deux programmes PNT et DLSI à recommander le dépistage du VIH concomitamment avec la recherche de la TB dès que cette dernière est présumée. Ceci pourrait permettre de détecter des cas de VIH+ chez des patients dont la TB ne s'est pas avérée.

Le suivi des patients co-infectés TB/VIH s'est considérablement amélioré comparativement à l'ensemble des tuberculeux. La cogestion de la co-infection par les deux programmes tenant des réunions semestrielles du comité national régulières avec la participation de tous les partenaires des deux programmes ainsi que les acteurs des régions et districts sanitaires, la tenue régulière des revues conjointes TBVIH où tous les districts sanitaires viennent présenter leurs données TB, VIH et TBVIH auront contribué à l'atteinte de ce succès.

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

IV.2.3.1. Contexte

La gestion des intrants pharmaceutiques du VIH/Sida est assurée par le SE/CNLS à travers les subventions reçues du Fonds Mondial et par la DLSI sur la contrepartie de l'Etat du Sénégal.

Le système d'approvisionnement s'articule autour de la PNA avec 11 PRA fixes, renforcé d'une logistique roulante appelée PRA mobile au niveau de 3 régions.

La mise en œuvre des nouvelles stratégies de distribution comme le « *Jegessina* » et le « *Aksina* » intègre les intants VIH dans le circuit jusqu'au niveau des points de prestation. En effet avec la révision des frais de gestion de 5 à 10,0 % en 2016, une amélioration dans le processus d'acquisition, de distribution et de gestion des données est attendue.

Des changements ont été effectués sur le processus des appels d'offre avec l'application des accords cadre qui offre une meilleure flexibilité sur certains aspects liés à la défaillance des fournisseurs ainsi que les éventuels changements de coût.

La gestion des données de la logistique pharmaceutique se fait à travers le dispositif de la PNA qui a migré de SAGE SARRI à ERPX3. Cette transition devrait permettre aux programmes d'accéder aux données sur les stocks grâce à une fenêtre spécialement dédiée à cet effet.

Les indicateurs sur les ruptures, le taux de satisfaction, ainsi que le taux de perte péremption au niveau des PRA doivent être renseignés par la PNA selon les engagements du protocole d'accord. Le rapport de gestion logistique qui est un outil élaboré par le programme et mise à l'échelle au niveau des sites de dispensation des ARV permet de recueillir les indicateurs sur les médicaments traceurs ainsi que les Tests et autres réactifs.

Dans le cadre du « *Fast Track* » de l'ONUSIDA, de nouvelles stratégies telles que la Prep, l'autotest sont des perspectives innovantes de ciblage dans l'atteinte des deux premiers 90.

Actuellement, il existe 25 appareils de charge répartis dans toutes les régions dont 3 non fonctionnels. Ainsi avec une régularité sur la disponibilité des intrants facilitera l'atteindre du troisième 90 d'ici 2020.

IV.2.3.2. Contraintes

- Forte dépendance du marché international : Hausse du dollar,
- Faiblesse du Système d'information de la gestion logistique: données logistiques des sites non encore disponibles au niveau de la PNA, absence de logiciel de gestion des stocks au niveau des sites, pas de données à temps réels sur les niveaux de stocks,
- Faible capacité de stockage dans la chaîne,
- Faiblesse de la logistique roulante,
- Faiblesse de la coordination entre les acteurs à travers des systèmes d'alertes pour les produits en tensions et les nouvelles entrées,
- Déficit d'engagement de l'Etat : Même montant depuis 2005.

IV.2.3.3. Défis et perspectives

- Mises-en place d'un système d'approvisionnement performant,
- Accès à des financements pour renforcer la chaîne d'approvisionnement
- Pérennisation des financements.

V. SUIVI EVALUATION

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 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.

V.1.1. Planification stratégique et opérationnelle basée sur les résultats

Le processus de reconduction du Nouveau Modèle de Financement du Fond Mondial 2 (NFM 2).
L'élaboration du Prochain Plan Stratégique National 2018-2021.

V.1.2. Système d'Information Globale

On peut passer en revue :

- 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,
- L'audit des données à tous les échelons (niveau central et au niveau régional).

V.1.3. Evaluations

Un certain nombre d'évaluations ont été réalisées :

- Des revues régionales trimestrielles et des revues nationales semestrielles,
- Evaluation à mi-parcours du Plan stratégique national 2014-2017,
- Evaluation du taux de survie à 12 mois, 24 mois et 60 mois a été réalisée,
- Evaluation de la qualité des données de la PTME dans les sites sentinelles,
- Audit de la qualité des données.
- Evaluation de la mise en œuvre du Logiciel de gestion de Cohortes VIH (LONAGEV).

V.1.4. Surveillance

Les activités suivantes ont été déroulées dans le cadre de la surveillance :

- 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.
- **EN COURS:** Le Plan de surveillance du VIH pour suivre les indicateurs clé à viser formative et aider à la prise de décision éclairée basée sur des données probantes.

V.1.5. Informatisation du système avec des bases de données au niveau régional et central

Il faut souligner:

- 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, SE/CNLS).

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.

On peut aussi noter:

- La mise en place d'un nouveau Projet d'amélioration du système de gestion et de transmission des données de qualité (ASyGeD).
- La mise en place d'un Plan de surveillance du VIH pour suivre les indicateurs clé à viser formative et aider à la prise de décision éclairée basée sur des données probantes.
- La mise en place d'un système de classement qui permet de centraliser et stocker de façon sécuritaire les différents dossiers, outils de gestions et données.

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 clé 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 GAM 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 (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.

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 (2013). Analyse de la distribution des nouvelles infections par le VIH au Sénégal : Rapport M.O.T. Dakar : CNLS/ONUSIDA.

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 (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.

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.

Enda santé (2015). Analyse des facteurs sociaux et structurels liés aux comportements à risque et à la prévalence du VIH chez les populations clé de Ziguinchor, Kolda et Sédhiou : *Rapport*. Dakar : ENDA SANTE.

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.

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.

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 handicapes 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 (2017). Estimations des données du VIH au Sénégal en 2016 par le logiciel Spectrum : ONUSIDA.

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.