

REPUBLIQUE DU SENEGAL
CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



Secrétariat Exécutif National



PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

RAPPORT DE SITUATION SUR RIPOSTE NATIONALE A ÉPIDÉMIE DE
VIH/SIDA
SÉNÉGAL : 2012-2013

SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE SUR LE VIH 2011

MARS 2014

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	4
Liste des tableaux	7
Liste des graphiques.....	8
INTRODUCTION	9
PRESENTATION DU SENEGAL.....	11
Géographie	11
Coup d’œil sur l’état de la situation.....	13
La situation actuelle de l’épidémie.....	13
La riposte au plan politique et programmatique.....	14
1.2.1. La Réponse au plan politique	14
1.2.1.1. Engagement des plus hautes autorités	14
1.2.1.2. Engagement financier de l’état :	14
1.3. Aperçu des indicateurs GARP.....	15
Aperçu de l’épidémie du VIH au Sénégal.....	22
3. Riposte nationale à l’épidémie du sida.....	36
3.1. PREVENTION.....	36
3.1.1 PREVENTION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE.....	36
3.1.1.1 Promotion des comportements sexuels à moindre risque :	36
3.1.1.2. La promotion à l’utilisation du préservatif	37
3.1.1.3. La prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).....	40
3.1.1.4. Prise en charge de populations clés les plus exposées : PS et MSM	41
Prise en charge des hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes (HSH) :	43
Acquis :	44
3.1.2. Prévention de la transmission de la mère à l’enfant.....	45
3.1.3. Prévention de la transmission sanguine	49
3.1.3.1. Sécurité transfusionnelle :	49
3.1.3.2 Prise en charge des Consommateurs de Drogues Injectables	50
3.1.3.2. Conseil dépistage volontaire	54
3.2. LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH ET DES OEV	65
3.2.1 PRISE EN CHARGE MEDICALE	65

3.3 PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA REPONSE VIH (PRENANT EN COMPTE LES PAYS LIMITROPHES) ET AU RESPECT DES DROITS HUMAINS.....	77
3.4 LA GESTION LOGISTIQUE ET LE GAS.....	79
4.MEILLEURES PRATIQUES.....	84
5. Soutien des partenaires.....	87
6. Suivi et évaluation.....	87
6.1. Politique.....	87
6.2. Organisation du système national de suivi et d'évaluation : les 4 Niveaux...	87
6.3. Renforcement des capacités organisationnelles et des ressources humaines en suivi et évaluation	88
▪ L'évaluation ou Revue à Mi-parcours du PSLS	93
▪ L'évaluation finale à la fin du Programme : en 2015.....	93
7.DIFFICULTES LIEES A L'ELABORATION DU RAPPORT	95
8. Bibliographie :.....	96

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
CNPS	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 sida	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 VIH/sida	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

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs de base.....	19
Tableau 2 : Prévalence du VIH par région en 2011 (pondération avec l'âge).....	24
Tableau 3: Dépistage des femmes enceintes et taux de séropositivité en 2012	26
Tableau 4 : Estimations 2013 (Spectrum 2013)	35
Tableau 5 : Données des BDS en 2013.....	49
Tableau 6 : Evolution du taux de survie à 12 mois entre 2011 et 2012	68

Liste des graphiques

Graphique 1 : Carte administrative du Sénégal	13
Graphique 2: Evolution des nouvelles infections chez les adultes.....	23
Graphique 3 : Répartition des nouvelles infections en 2013 (MoT 2013)	27
Graphique 4 : Prévalence du VIH chez les détenus selon l'âge.....	33
Graphique 5 : Evolution des sites PTME entre 2002 et 2013	47
Graphique 6 : Evolution du nombre de femmes enceintes dépistées entre 2011 et 2013	47
Graphique 7 : Evolution des indicateurs de PEC des femmes enceintes et de leurs enfants entre 2011 et 2013.....	48
Graphique 8 : Evolution du nombre de contacts des CDI	52
Graphique 9 : Nombre cumulé de seringues distribuées aux CDI et récupérées dans la région de Dakar (Octobre 2011- Décembre 2013).....	53
Graphique 10 : Répartition des sites de dépistage en 2013	58
Graphique 11 : Evolution du nombre de sites de conseil dépistage de 2002 à 2013	59
Graphique 12 : Performance nationale du dépistage VIH de la population générale 2013	60
Graphique 13 : Performance régional du dépistées au VIH en 2012 et 2013.....	61
Graphique 14: Evolution des sites de PEC de 2003 à 2013	66
Graphique 15 : Taux de couverture des structures.....	66
Graphique 16 : Evolution des nouvelles inclusions annuelles	67
Graphique 17 : Couverture des structures	67
Graphique 18 : Evolution de la Couverture en appareils de mesure des CD4.....	68
• Graphique 19 : Evolution de la mise sous TPI au Cotrimoxazole et du Cotraitement de la TB et du VIH.....	70

INTRODUCTION

En Septembre 2000, les leaders de 189 pays (dont 147 chefs d'Etat ou de Gouvernement) se sont retrouvés sur une vision collective de l'avenir : un monde partiellement débarrassé de la pauvreté, de la faim et de la maladie, de meilleures chances de survie pour les mères et leurs nourrissons, l'éducation pour tous, l'égalité des chances pour les femmes et une amélioration de l'environnement physique. Huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont été identifiés parmi lesquels l'OMD 6 (Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies avec un objectif d'avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et avoir commencé à inverser la tendance actuelle en 2015), des cibles définies pour mesurer les progrès accomplis vers les OMD avec une échéance fixée en 2015. Chaque année, le Secrétaire General des Nations Unies devait présenter un Rapport à l'AG/NU sur les progrès accomplis

En Juin 2001, lors de la 20^{ième} Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), les gouvernements de 189 états membres ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH. Ce faisant, ces états, y compris les organisations de la société civile et du secteur privé, se sont engagés à créer une alliance mondiale pour atteindre parmi les OMD l'objectif 6 de « stopper et de commencer à inverser le cours de l'épidémie à VIH et de sida d'ici 2015 ».

En 2006, lors de la Réunion spéciale des Chefs d'Etat de l'Union Africaine à Abuja et puis, de la session de haut niveau de l'AG/Nations Unies consacrée au sida tenue à New York, les dirigeants africains ont réaffirmé leur engagement à accélérer les interventions visant à réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien pour 2010, échéance prolongée jusqu'en 2015. L'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH (AU) est une initiative programmatique qui réaffirme et donne de la vigueur aux engagements UNGASS et de la Déclaration du Millénaire

Les progrès de la riposte au sida devaient être évalués tous les deux ans à travers des rapports biennaux des pays et le Secrétaire Général des Nations Unies devait publier un rapport de synthèse mondiale tous les deux ans à partir des rapports biennaux des pays.

Lors de la 65ème Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida tenue à New York en Juin 2011, une nouvelle déclaration politique dénommée « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida » a été élaborée (Résolution 65/277) avec les 10 objectifs suivants :

1. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle
2. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables
3. D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida
4. D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

5. D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
6. Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars des États-Unis) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
7. Éliminer les inégalités entre les sexes
8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination
9. Éliminer les restrictions en matière de déplacement
10. Renforcer l'intégration de la riposte au VIH

Trente indicateurs ont été sélectionnés pour documenter les résultats relatifs à ces objectifs qui vont en étroite ligne des objectifs spécifiques de la vision Zéro de l'ONUSIDA d'ici 2015 « Zéro nouvelle infection, Zéro décès lié au sida, Zéro discrimination »

A la suite de cette Assemblée générale de 2011, il a été décidé par les Nations Unies d'assurer le suivi des progrès sur une base annualisée à travers des rapports annuels dénommés Global Aids Response Progress (GARP). A l'instar des autres pays, le Sénégal s'est engagé à produire un rapport national sur les progrès réalisés en 2013. Ce rapport a été élaboré selon un processus participatif sous la coordination du SECNLS.

Ce rapport de situation servira d'outil de sensibilisation, de Plaidoyer, d'information, d'orientations sur les décisions programmatiques, sur les efforts de mobilisation des ressources, de suivi et d'évaluation. Le processus d'élaboration de ce rapport servira aussi de catalyseur pour le renforcement du système de Suivi - Evaluation en partageant avec les partenaires et les acteurs un ensemble d'indicateurs de base, permettant ainsi de mobiliser les efforts quant à la collecte des données et d'identifier les faiblesses et les lacunes du système.

PRESENTATION DU SENEGAL

Géographie

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

Au niveau administratif, la nouvelle organisation administrative, territoriale et locale du Sénégal est fixée par le décret du 10 septembre 2008. Le territoire passe ainsi de 11 à 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.

1.1.2 Économie

En 2011, le Sénégal a formulé le Document de Politique Economique et Social (DPES), validé pour servir de cadre de référence à l'action du gouvernement et des partenaires au développement sur la période 2011-2015. Les rapports de ce document mettent en exergue, entre autres, les différents problèmes d'ordre économique auxquels le Sénégal est confronté. Les indicateurs sur la période 2005-2011 révèlent une stagnation relative de la pauvreté, expliquée en partie par un taux de croissance du PIB par tête d'environ de 0,5% en moyenne par an. Même si l'incidence de la pauvreté a légèrement baissé, elle a été accompagnée par une augmentation absolue du nombre de pauvres sur la période. La pauvreté est plus élevée en zone rurale que dans les centres urbains. Ces résultats mettent en évidence la fragilité de l'économie sénégalaise et sa capacité, dans le long terme, à améliorer de manière durable les conditions de vie des populations. En outre, en 2011, l'encours de la dette publique aussi bien intérieure qu'extérieure a augmenté de manière remarquable ces quatre dernières années, en dépit des annulations de dette enregistrées dans le cadre des initiatives PPTE.

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

1.1.3 Population

Le Sénégal dispose d'une masse importante de données sociodémographiques et économiques grâce à de nombreuses enquêtes réalisées au cours des trente dernières années. En effet, en dehors de trois recensements généraux (RGP de 1976, RGPH de 1988 et RGPH de 2002), plusieurs enquêtes d'envergure nationale ont été menées, parmi lesquelles on peut citer l'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité de 1978, l'Enquête sur les Migrations et l'Urbanisation au Sénégal en 1993, l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (1994/1995 et 2001/2002), cinq Enquêtes Démographiques et de Santé (1986, 1992-1993, 1997, 2005 et 2010-2011), l'Enquête Nationale sur le Travail des Enfants au Sénégal en 2005 et l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal en 2006 et en 2011. Ces différentes investigations ont

permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base à différentes dates qui contribuent au suivi et à l'évaluation des projets et programmes de développement.

La population du pays a presque doublé de 1988 (RGPH) à 2012, passant de 6 896 000 à 13 873 601 habitants (dont 6 527 659 hommes et 6 680 214 femmes). La densité moyenne est de 65 habitants au km². Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. Les effectifs de populations les plus élevés se retrouvent dans les régions de Dakar, Thiès et Diourbel avec, respectivement, 2 703 203 habitants (20,5% de la population totale), 1 743 707 habitants (13,2%) et 1 442 418 habitants (10,9%) alors que les régions septentrionales et orientales du pays continuent de se singulariser par la faiblesse de leur population. La région de Kédougou enregistre le plus faible effectif de population avec 137 485 habitants (1,0%). La région la plus étendue, Tambacounda, abrite environ 6% seulement de la population. La population croît rapidement : le fort taux de croissance démographique de 2,69% observé entre 2002 et 2012 résulte essentiellement d'une fécondité encore élevée (ISF de 5,0 en 2010-2011) et d'une mortalité infantile en baisse (61‰ en 2005 et 47‰ en 2010-2011). De cette forte croissance, résulte une extrême jeunesse de la population (plus de 50% sont âgés de moins de 20 ans).

Au niveau national, le taux d'analphabétisme se situe à 65%. Ce taux d'analphabétisme varie d'une région à une autre : le plus faible est observé à Dakar (35%) ; Ziguinchor suit avec 43%. Dans les autres régions, en dehors de Saint-Louis et Thiès, l'analphabétisme se situe à plus de 75%.

Bien que le Sénégal compte plus de 20 ethnies, plus de 90% de la population appartient à cinq groupes ethniques dominants : Wolof (43%), Poular (24%), Sérér (15%), Diola (5%) et Mandingue (4%).

La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%). On y trouve aussi des chrétiens (4%) ; les animistes et autres religions constituent les 2% restants.

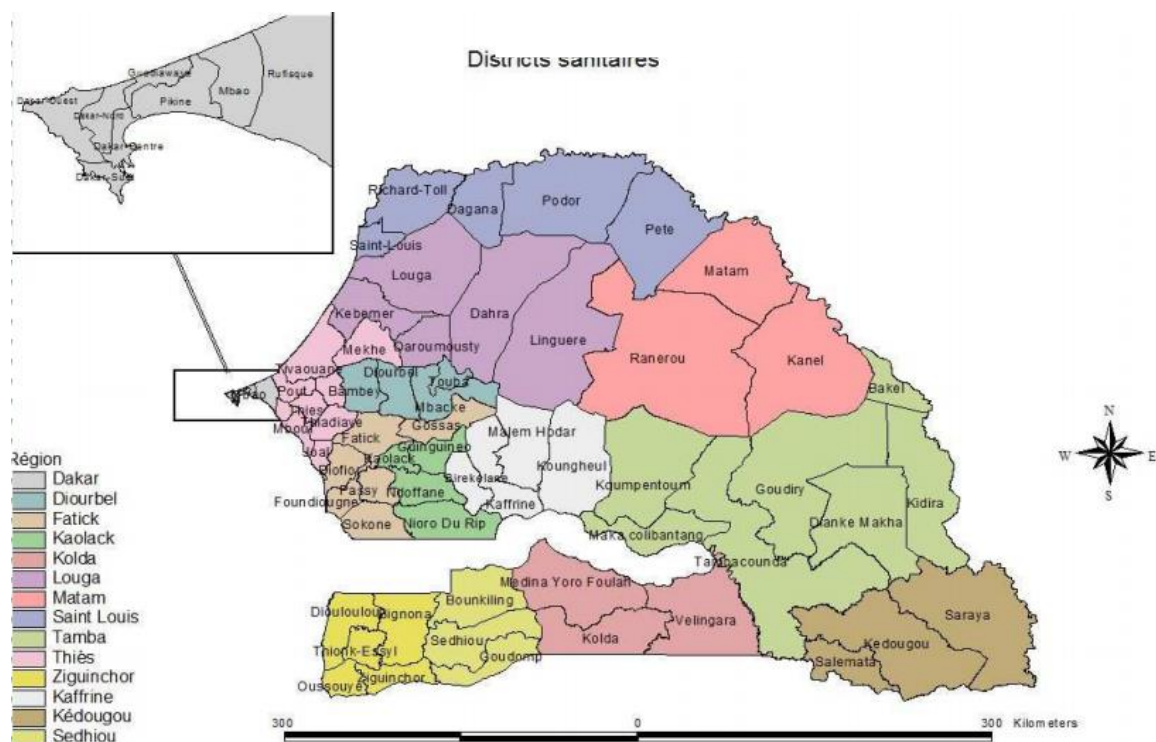
1.1.4 Politique en matière de santé et situation sanitaire

La politique dans le secteur de la santé demeure dans la dynamique de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de la réalisation des objectifs prioritaires du deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-II, 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.

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.

En 2012, le Sénégal compte 35 hôpitaux dont 11 de niveau 1, 15 de niveau 2 (dont 2 non fonctionnels) et 7 de niveau 3, 89 centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé et 1 257 postes de santé dont 1 035 fonctionnels, 2 centres de santé psychiatriques¹ (qui ne sont pas considérés ici comme des hôpitaux mais des centres de santé spécialisés), 1 703 cases de santé fonctionnelles. Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes² préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 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 ‰ en 2005 à 72 ‰ en 2010-2011 et celui de la mortalité infantile est passée de 61 ‰ en 2005 à 47 ‰ en 2010-2011. Enfin, le rapport de mortalité maternelle s'établit à 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2010-2011.



Graphique 1 : Carte administrative du Sénégal

COUP D'ŒIL SUR L'ÉTAT DE LA SITUATION

La situation actuelle de l'épidémie

Le Sénégal est un pays à épidémie concentrée avec une prévalence de 0,7% dans la population générale et des prévalences de 18,5% chez les Professionnelles du sexe (ENSC, 2010), de 18,5% chez les MSM (ELIHoS, 2013) et de 10,2% chez les Consommateurs de drogues intraveineuses (UDSEN, 2011).

La riposte au plan politique et programmatique

1.2.1. La Réponse au plan politique

1.2.1.1. Engagement des plus hautes autorités

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

Les structures de coordination du programme sont les suivantes :

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

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

1.2.1.2. Engagement financier de l'état :

- ✓ Contrepartie étatique pour le fonctionnement (Coûts opérationnels) du Secrétariat Exécutif du CNLS
- ✓ Inscription budgétaire annuelle ans le budget global des Ministères publics : Ministères clés ont des lignes budgétaires : Santé, Education, Famille, Jeunesse, Travail, Tourisme, Forces Armées)
 - Depuis Décembre 2003, l'Etat s'est engagé pour une gratuité des ARV en plus des réactifs pour les bilans de suivi immuno-virologique dans l'ensemble du pays
 -
 - 1.2.2. Au plan programmatique

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

Aujourd'hui, le PSLS 2011-2015 est en voie de révision pour l'adapter à la stratégie Nationale de Développement économique et sociale (SNDES 2013/2017)

A partir de 2006, un processus de planification Régional intégré Multisectoriel a été initié

1.3. Aperçu des indicateurs GARP

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

L'abstention, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection à VIH.

Les résultats de l'EDS-MICS de 2010-2011 montrent que :

- 84% des jeunes ont déclaré que la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom dans 70% des cas, pouvait réduire les risques de contracter le VIH/sida.
- 67% des jeunes ont répondu correctement à la question qu'une personne qui paraît en bonne santé puisse être infectée. Mais, il y a toujours une persistance de fausses croyances, malgré des progrès notés. En effet, près de la moitié des jeunes (51% contre 38% en 2005) rejettent que la piqure de moustique pouvait transmettre le virus). Ceci est notable plus chez les jeunes hommes (52,2%) que chez les jeunes femmes (50,9%) mais aussi ce constat est fait plus chez les plus âgés 20-24 ans (54,2% pour les hommes et 54,20% pour les femmes) que chez les plus jeunes de 15-19 ans (50,5% pour les hommes et 49,10% pour les femmes).

À la question de savoir si on peut contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive, 77% des jeunes sont bien informés. Les jeunes de 20-24 ans semblent être plus informés (79,5% pour les hommes et 79,9% pour les femmes) par rapport aux plus jeunes de 15-19 ans (69,8% pour les hommes et 75,10% pour les femmes).

Dans l'ensemble, 29,74% des hommes et des femmes de 15-24 ans ont une connaissance « approfondie » du VIH/sida (29% chez les femmes et 31% chez les hommes). En d'autres termes, ces jeunes savent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle qui n'est pas infecté. De plus, ils rejettent les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida (transmission par les moustiques et en partageant les repas d'une personne qui a le VIH/sida) et ils savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida.

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

L'âge aux premiers rapports sexuels des jeunes de 15-24 ans revêt une grande importance en matière de prévention du VIH. 9,3% des jeunes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (chez les jeunes hommes, 4,9%; chez les femmes 10,7%). Cette proportion varie peu

selon l'âge : de 8,7% des jeunes filles et garçons âgés de 15-19 ans, elle passe de 9,9% pour les jeunes filles et garçons groupe d'âge 20-24 ans (EDS-MICS, 2010-2011)

Indicateurs 1.3 : Rapports sexuels à haut risque

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

Les résultats de l'enquête ont également montré que le multi partenariat est une pratique peu fréquente parmi les jeunes de 15-24 ans, seulement 0,3% des femmes ayant déclaré avoir eu au cours des 12 derniers mois des rapports sexuels avec plus d'un partenaire. Chez les hommes, cette proportion est de 2%. Par rapport à l'âge, on constate que ce sont les hommes adultes de plus de 25 ans qui pratiquent plus le multi partenariat (13,7%) contre 2% pour les moins de 25 ans.

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

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

Indicateur 1.5 : Dépistage du VIH parmi la population générale

Selon les résultats de l'EDS-MICS 2010-2011, 12,61% de la population enquêtée avait effectué le test de dépistage du VIH et avait reçu les résultats au cours des 12 derniers mois (9% pour les hommes contre 13,6% pour les femmes).

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

Comparé à 2005 où le taux de dépistage était de 1% (EDS IV, 2005), on voit que des progrès ont été réalisés dans le dépistage de la population générale. En effet, se basant sur les résultats des enquêtes (EDS IV de 2005 et EDS-MICS de 2010-2011), le nombre de personnes âgées

de 15-49 ans ayant effectué un dépistage et ayant reçu le résultat est passé de 51.339¹ en 2005 à 763.176² en 2010.

Indicateur 1.6 : Prévalence du VIH chez les jeunes

Selon les résultats de la surveillance sentinelle, la prévalence chez les jeunes femmes enceintes âgées de 15-24 ans est de 0,9%. Les 15-19 ans ont une prévalence légèrement plus basse (0,82%) que les 20-24 ans (0,92%).

Toutefois, les résultats de l'EDS 5-MICS donnent une prévalence chez les jeunes de 0,2%. (0,3% chez les femmes et 0,1% chez les hommes)

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

² *Idem*

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

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

Indicateurs 1.8 : Utilisation du préservatif chez les Professionnelles du sexe

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

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

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

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

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

Indicateur 1.9 : Dépistage du VIH parmi les professionnelles du sexe

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

Au Sénégal, la prostitution est légalisée et toute PS doit être enregistrée au fichier sanitaire de la prostitution et doit régulièrement faire un bilan de suivi de façon volontaire. Globalement, 69,4%, (ENSC, 2010 n=703) des PS ont effectué le test de dépistage du VIH et ont reçu les résultats au cours des 12 derniers mois (47,8% pour les moins de 25 ans et 74,6% pour les plus de 25 ans), (ENSC, 2010).

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

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

Indicateur 1.11 : MSM touchés par les programmes de prévention

La troisième enquête auprès des MSM a montré une diminution des MSS touchés par les programmes de prévention passant de 84,6% en 2007 à 75,6% en 2013.

Indicateurs 1.12 : Utilisation du préservatif chez les MSM

L'utilisation du préservatif a connu une légère diminution passant de 76,20% en 2007 à 72,3% en 2013. Cette diminution s'observe aussi bien chez les MSM de plus de 25 ans (75,6% en 2007 contre 82,4% en 2013) que chez les MSM qui ont moins de 25 ans (70% en 2013 contre 71,6% en 2007).

Indicateur 1.13 : Dépistage des MSM

En 2013, 38,8% des MSM enquêtés ont effectué un test du VIH et ont eu connaissance du résultat. Ceci montre une légère amélioration par rapport à 2007 où 34,1% des MSM participant à l'étude avait effectué un dépistage et en connaissent le résultat (39% chez les MSM qui ont plus de 25 ans et pour les moins de 25 ans). L'évolution est plus importante chez les plus de 25 ans (51,5% en 2013 contre 39% en 2007) que chez les MSM qui moins de 25 ans (30,7% en 2013 contre 30,6%).

Indicateur 1.14 : Prévalence du VIH chez les MSM

Chez les MSM, la prévalence du VIH issue de l'étude de 2013 est de 18,5%. Ceci montre une relative baisse de la prévalence par rapport à celle de 2007 où la prévalence était de 21,8%.

Indicateur 2.4 : Dépistage chez les usagers de drogue injectable

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

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

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

Tableau 1 : Indicateurs de base

N°	INDICATEURS	SOURCE	ANNEE	VALEUR
1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	EDS 5, provisoire	2010	29,74%
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	EDS 5, provisoire	2010	9,30%
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	EDS 5, provisoire	2010	2,20%
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	EDS 5, provisoire	2010	21,00%

N°	INDICATEURS	SOURCE	ANNEE	VALEUR
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	EDS 5, provisoire	2010	12,60%
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	Surveillance sentinelle	2010	0,88%
1.7	Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH	ENSC 10	2010	83,50%
1.8	Pourcentage de professionnelles du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	ENSC 10	2010	93,70%
1.9	Pourcentage de professionnelles du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ENSC 10	2010	69,40%
1.10	Pourcentage de professionnelles du sexe qui vive avec le VIH	ENSC 10	2010	18,50%
1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	ELIHoS	2013	75,5%
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur rapport anal avec un homme	ELIHoS	2013	72,25%
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ELIHoS	2013	38,3%
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	ELIHoS	2013	18,5%
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	Rapport UDSEN	2013	57
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	Rapport UDSEN	2013	38,5%
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	Rapport UDSEN	2013	74,3%
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en	Rapport UDSEN	2013	9,1%

N°	INDICATEURS	SOURCE	ANNEE	VALEUR
	connaissent le résultat			
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	Rapport UDSEN	2013	10,2%
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	Rapport du programme	2013	62,4%
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	Données LBV	2013	15,8%
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant	Rapport évaluation PTME	2010	4,30%
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	2011	43,1%
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	2010	71,7%
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	ND	ND
6.1	Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)	Questionnaire NCPI		Finalisé
7.1	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	ND	ND	ND
8.1	Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant rapporté des attitudes discriminatoires envers des personnes vivant avec le VIH	EDS-MICS	2010	47,6%
10.1	Assiduité scolaire des orphelins âgés de 10 à 14 ans*	EDS 5		Non disponible

N°	INDICATEURS	SOURCE	ANNEE	VALEUR
10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	EDS 5		Non disponible

APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH AU SÉNÉGAL

Données de référence : Estimate, EDS-MICS 2010-2011, ELIHoS (HSH) 2007, ENSC 2010 (PS, Orpailleurs, Camionneurs, Pêcheurs, Policiers, Rapport sur l'Estimation de la taille des PS et HSH à Dakar - 2012, UDSEN 2011, Surveillance Sentinelle des femmes enceintes, Etude bio-comportementale sur les Handicapés, MOT 2010 et 2013, Rapport sur l'indice de stigma – 2012, Rapport Mondial sur le VIH – 2013, GARP Sénégal 2012 – 2013, Données PTME 2012.

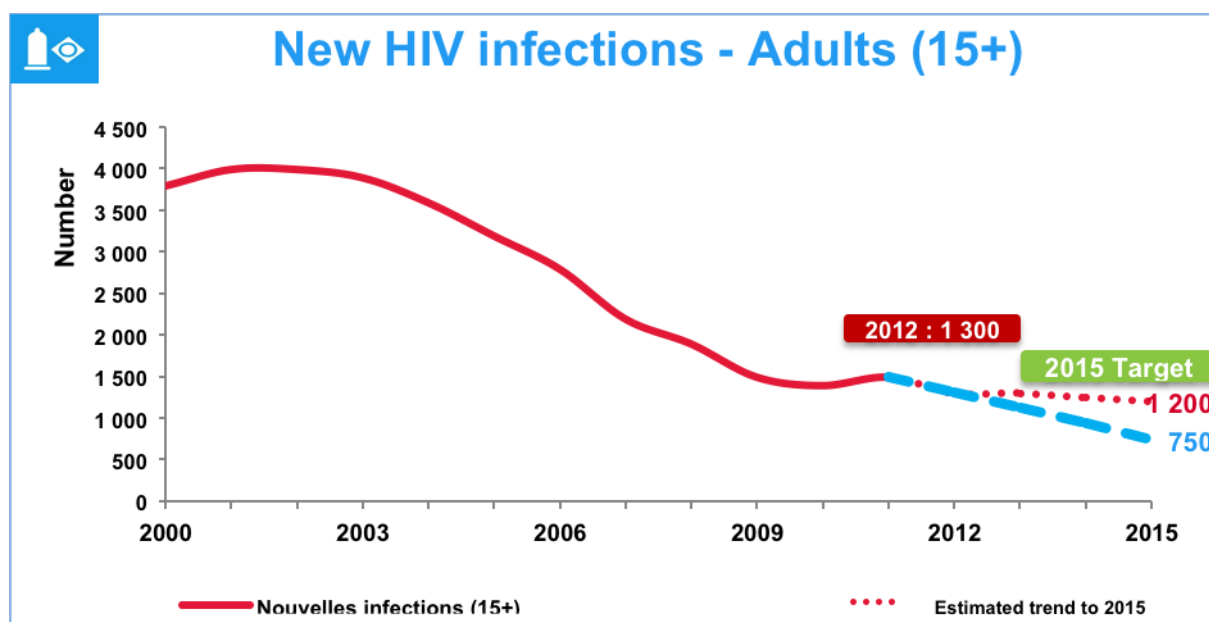
Analyse de la dynamique

L'analyse de la dynamique de l'épidémie, se fonde sur la triangulation des données les plus récentes, permettant de mieux appréhender l'origine des nouvelles infections par le VIH au Sénégal.

Selon les résultats des Estimations et projections, le Sénégal en 2012, compte 43 000 personnes vivant avec le VIH dont 37 000 sont des adultes parmi lesquels 65% sont des femmes.

Les nouvelles infections par le VIH sont estimées au nombre de 2 000 en 2012. On observe une décroissance régulière du nombre des nouvelles infections depuis l'année 2001, estimée à environ 58%. Cela indique que l'une des caractéristiques de l'épidémie de l'infection par VIH au Sénégal, est, qu'elle se distingue par la régularité des programmes de prévention et d'accès au soin qui a permis l'atteinte de ces résultats épidémiologiques.

La prévalence du VIH au Sénégal toute catégorie de population confondue, est estimée à 0,5% en 2012 selon l'ONUSIDA, en dépit de 1 300 nouvelles infections qui sont survenues en 2012 parmi la population des adultes de 15 à 49 ans.



Graphique 2: Evolution des nouvelles infections chez les adultes

Infection du VIH chez les femmes

Selon les résultats de l'EDS-MICS 2010-2011, cette prévalence était à 0,7%, les femmes étaient pratiquement 2 fois plus infectées que les hommes. Les régions où le sex ratio est plus élevé sont les régions de Matam (5), Kaolack (2,5), Saint-Louis (2,4), Fatick (~1,8), Kédougou (1,5) et Sédhiou (>2)³. A cette approche régionale, l'analyse prend en compte la vulnérabilité des femmes selon leur contexte socio-familial. Les données montrent d'une part que la vulnérabilité des femmes augmente avec la mobilité et d'autre part avec leur situation matrimoniale. En effet, la situation matrimoniale, montre que les femmes divorcées ou en séparation sont plus touchées avec une prévalence de 4,6% suivies des célibataires ayant déjà eu une activité sexuelle (1,9%) puis des personnes mariées (0,8%). Parmi ces dernières, les personnes en union polygame sont plus infectées (1,1%) que les autres types d'unions (0,7%)⁴.

Cette vulnérabilité augmente souvent lorsque se posent des obstacles d'accès à la prévention et aux soins par exemple la faiblesse du dépistage dans les couples, le choix en matière de planning familial, l'accouchement en structures de soins, le partage du statut sérologique etc. liés à la sexo-spécificité. Viennent se cumuler dans d'autres contextes des obstacles au faible niveau d'instruction, au faible pouvoir de décision et de négociation etc.

Prévalence du VIH chez les femmes enceintes à partir des sites sentinelles

Les trois régions de la zone Sud présentent des prévalences moyennes supérieures ou égales à 2% : Ziguinchor (2,7%), Kolda (3,2%) et Sédhiou (2%).

³ EDS-MICS 2010-2011

⁴ Idem

Quelques régions enregistrent des prévalences moyennes variant entre 1% et 1,5% : Dakar (1,4%), Thiès (1,5%), Mbour (1,2%), Kaolack (1,2%) et Diourbel (1,2%).

La prévalence moyenne est inférieure à 1% pour les régions de Saint Louis (0,3%), Louga (0,5%), Matam (0,7%), Fatick (0,8%) et Kaffrine (0,8%).

La prévalence médiane a la même répartition que la prévalence moyenne avec cependant une médiane de 1,3% (IQR : 1,1) à Sédhiou et 0,8% pour les régions de Dakar (IQR : 1,0) et Thiès (IQR : 1,2).

La moyenne de la prévalence du VIH est de 1,2% pour l'ensemble des sites. Alors que pour la médiane globale, on note une prévalence de 0,9% (IQR : 1,3). La prévalence maximale est de 5% et est encore observée dans la région de Kolda.

Tableau 2 : Prévalence du VIH par région en 2011 (pondération avec l'âge)

Région	Sérologie VIH				
	Prévalence moyenne (%)	Prévalence médiane (%)	Prévalence minimale (%)	Prévalence maximale (%)	Ecart interquartile (IQR)
DAKAR	1,4	0,8	0,8	2,7	1,0
THIES	1,5	0,8	0,6	3,0	1,2
MBOUR	1,2	1,2	0,0	2,3	1,2
SAINT LOUIS	0,3	0,3	0,0	0,6	0,3
LOUGA	0,5	0,6	0,0	1,0	0,5
MATAM	0,7	0,9	0,0	1,1	0,6
KAOLACK	1,2	1,0	0,8	1,7	0,5
FATICK	0,8	1,0	0,0	1,4	0,7
DIOURBEL	1,2	1,0	0,6	2,0	0,7
KAFFRINE	0,8	0,7	0,0	1,8	0,9
ZIGUINCHOR	2,7	2,7	1,3	4,0	1,4
KOLDA	3,2	4,0	0,5	5,0	2,3
SEDHIOU	2,0	1,3	1,2	3,4	1,1
TAMBACOUNDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

KEDOUGOU*	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ensemble	1,2	0,9	0,0	5,0	1,3

KEDOUGOU: 2 sites ruraux analysés*

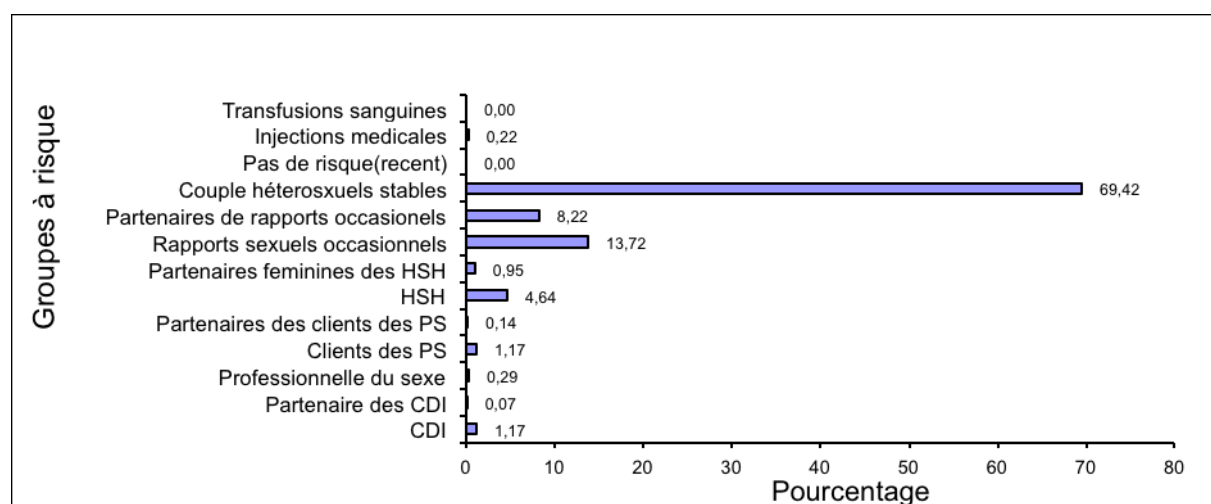
Tableau 3: Dépistage des femmes enceintes et taux de séropositivité en 2012

	Nombre de femmes enceintes qui ont fait le test de dépistage VIH	Taux de séropositivité au VIH chez FE en 2012
DIOURBEL	29 790	0,2%
LOUGA	11 662	0,2%
THIES	45 086	0,2%
KAFFRINE	16 451	0,2%
KAOLACK	24 681	0,3%
SAINT LOUIS	10 505	0,3%
DAKAR	47 591	0,3%
MATAM	7 530	0,3%
FATICK	12 077	0,4%
TAMBA	15 681	0,7%
ZIGUINCHOR	22 000	0,8%
KEDOUGOU	4 185	0,9%
SEDHIOU	3 261	1,6%
KOLDA	5 239	1,9%
TOTAL	255 739	0,4%

Les données collectées dans les sites de PTME en 2012 (Tableau 3) montrent que le nombre de femmes enceintes dépistées est de 255 739 représentant 51% des grossesses attendues et 85% des femmes vues en CPN. Ces données ont une bonne représentation puisqu'elles proviennent de l'ensemble des sites de PTME (à quelques sites secondaires près) couvrant ainsi tout le pays. Le taux de séropositivité est de 0,4% au niveau national montrant une faible séropositivité des femmes enceintes avec des disparités régionales. Celles des zones du sud et du sud-ouest étant les plus élevées : Kolda (1,9%), Sédhiou (1,6%), Kédougou (0,9%), Ziguinchor (0,8%) et Tambacounda (0,7%).

Infections par le VIH chez les couples stables

Les résultats du MoT de 2010 comparés aux résultats du MoT de 2013⁵ montrent que les nouvelles infections surviennent principalement au sein des couples hétérosexuels, cette tendance s'est maintenue entre 2010 et 2012. En effet, au niveau des couples stables, la prévalence est de 1,7%, qui se caractérise par un taux d'infection de 0,4% pour les deux partenaires et 1,3% pour un seul des partenaires est infecté (homme ou femme). Ceci témoigne du risque élevé de contamination au sein des couples stables sérodifférents⁶. En 2013, 79,1% des nouvelles infections sont attribuables aux couples stables (dont le taux le plus élevé les couples sérodifférents), suivi des populations qui ont des rapports sexuels occasionnels représentant 9,1% des nouvelles infections dont les partenaires représentent 5,5% des nouvelles infections.



Graphique 3 : Répartition des nouvelles infections en 2013 (MoT 2013)

Ce contexte de contamination s'explique par les interactions qui existent entre les personnes ayant des rapports sexuels occasionnels et les partenaires réguliers, la fréquence de ces relations interfère dans la variation du taux de contamination.

Caractéristiques sociodémographiques

Les disparités de la prévalence varient en fonction des certaines caractéristiques sociodémographiques. La prévalence augmente avec l'âge, les personnes les plus infectées sont âgées de 40-44 ans (1,5%) et 45-49 ans (1,9%), ce qui indique l'ancienneté de la contamination. En effet, l'infection est plus importante parmi les personnes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 16 ans chez les femmes et avant 17 ans chez les hommes. Globalement, la prévalence est plus élevée avec la précocité des rapports sexuels.

⁵ Model of Transmission 2010 et 2013

⁶ Cette terminologie est préférée à celle de sérodiscordant indiquant la contamination de l'un des deux partenaires

Dynamique géographie de l'épidémie

Selon la répartition géographique, il ressort de l'EDS-MICS que les régions les plus touchées sont : **Kolda (2,4%), Kédougou (1,7%), Tambacounda (1,4%), Sédhiou (1,1%), Kaolack (1,1%), Ziguinchor (1%), Fatick (1%)**.

Carte

Le rapport de l'EDS5 montre une prévalence du VIH de 2,4% dans la population de 15 à 49 ans au niveau de la région de Kolda qui a la prévalence la plus élevée.

Depuis que Sédhiou a été érigé en région en 2009, L'EDS-MICS a montré que Kédougou est la troisième région où les femmes ont plus rapports avec plusieurs partenaires derrière la région de Ziguinchor et Kolda. La première prévalence du VIH a été évaluée à 1,7% selon l'EDS-MICS avec 2,5% chez les femmes et 0,7% chez les hommes soit un sex ratio de 3,57 qui le plus élevé du pays. Ces résultats ont la même tendance avec ceux de l'ENSC 2010 chez les orpailleurs avec une prévalence de 1,3% avec 2,5% chez les femmes et 0,8% chez les hommes. La plupart des personnes positives sont des mariés 2,2% chez les mariés et 0,9% chez les célibataires traduisant les risques élevés pour la transmission dans les couples stables.

La région de Kédougou est une zone aurifère avec l'exploitation industrielle mais surtout une exploitation artisanale. Les zones d'orpaillage se caractérisent par leur enclavement où cohabitent des populations de nationalités différentes et où se conjuguent des comportements à risque : comportements sexuels à risque, multipartenariat, consommation de produits psychoactifs (drogue 3,5% chez les hommes), consommation abusive d'alcool (25,2% des hommes contre 0,8% des femmes), etc.

Parallèlement aux réseaux sexuels particulièrement actif, générateurs de diverses vulnérabilités, s'est forgé un réseau socio-économique où les hommes travaillent pour leur propre compte et recourent aux services sexuels et à la main d'œuvre féminine.

En plus des sites déjà existants, de nouveaux se créent au fur et à mesure de la découverte du métal précieux entraînant une mobilité des orpailleurs. Des villages se créent aussi autour des sites d'orpaillage entraînant ainsi des activités économiques intenses et réunissant des conditions d'une exposition élevée aux risques IST/VIH.

Kédougou est aussi une région transfrontalière avec la Guinée Conakry et le Mali, se situe sur un corridor est très fréquenté par les camionneurs et par conséquent, elle constitue une zone particulièrement connue pour le travail du sexe : un point chaud « hot spot ».

Les régions du sud

Depuis que Sédhiou a été érigé en région en 2009, les données de l'EDS-MICS montrent que la prévalence est estimée à 1,1%. La prévalence chez les femmes est de 2,2%. Les résultats de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes en 2011 donnent les prévalences les plus élevées au niveau des régions du sud avec 3,2% ; 2,7% et 2%. Dans cette région les données séropositivité montrent que la plupart des cas positifs sont issues du département de Bounkiling qui se caractérise par une forte mobilité des populations.

Cette vulnérabilité face au VIH s'explique par la présence accrue de certains facteurs que sont, entre autres :

- les migrations internes (exode rural) suivent en général l'émergence de pôles activités économiques)
- une forte migration avec les pays frontaliers (Gambie, Guinée Bissau et Guinée Conakry etc.) et le développement de comportements à risque
- existence de réseaux sexuels
- la sexualité précoce des jeunes (filles et garçons)
- l'analphabétisme de certaines couches de la population
- la pauvreté
- les manifestations socioculturelles fréquentes (« Bukut », excision, les regroupements culturels etc.)

En outre, il existe des zones peuplées de la région qui sont d'accès difficile à cause de l'insécurité avec pour conséquence l'absence d'interventions VIH dont ces populations cibles sont en droit d'attendre. Il s'agit notamment du nord Sindian, de la zone des palmiers, de Narang et du sud du département de Ziguinchor.

Populations clé les plus exposées aux risques du VIH

Les Professionnelles du sexe (PS)

Estimer à 4 200⁷, à Dakar, les Professionnelles du Sexe exercent à 57% leurs activités de façon clandestinité (PSC). Les Professionnelles du Sexe Officielles (PSO) sont suivies dans le cadre sanitaire à 89% alors que seules 18,6% des Professionnelles du Sexe Clandestines bénéficient de ce suivi sanitaire. Parmi ces derrières seules 26% d'entre elles connaissent leur statut contre 87% chez les PSO. Aussi, force est de constater que la démarche de focaliser le dépistage vers les populations clés est un enjeu programmatique qui sera pris en compte dans les interventions prioritaires.

La prévalence du VIH chez les PS était de 18,5% en 2010, montrant une augmentation avec l'âge : de 10,7% chez les moins de 20 ans, elle passe à 13,9% chez les 20-29 ans, 22,4% chez les 30-39 ans, 19,2% chez les 40-49 ans et 22,9% chez les 50 ans et plus. Ces données indiquent clairement l'ancienneté du travail du sexe et probablement l'ancienneté de la

⁷ Rapport d'étude sur l'estimation de la taille des PS et des HSH à Dakar - 2012

contamination. Toutefois, comme en témoigne le 10,7% de contamination des PS les moins âgées, on observe que la dynamique de la contamination dans le milieu du commerce du sexe continue de se développer.

Les facteurs aggravants la vulnérabilité des PS et de leurs partenaires sont des comportements à risque. En effet, l'ENSC 2010 révèle la non utilisation de préservatifs avec le partenaire régulier chez les PSO qui est de 64,6% (partenaires non payant) et de 62,1% chez les PS clandestins (avec le partenaire payant) ; le caractère clandestin de la pratique, l'augmentation de la prévalence avec l'âge.

On note d'autres facteurs de vulnérabilité liés au faible niveau d'instruction des PS, à l'usage de l'alcool (57% des PS), de la drogue (4,5% es PS), à la législation sénégalaise qui fixe l'âge pour l'obtention du carnet sanitaire à 21 ans, mais aussi à la peur de se munir de préservatifs pour éviter les rafles des forces de sécurité (surtout pour les PSC). On note parfois une violation de leurs droits humains.

Les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)

La prévalence du VIH parmi les HSH est de 18,5%⁸. Elle est proportionnellement plus élevée chez les HSH âgés de 25 ans (34,4%) et plus que chez les HSH âgés de moins de 25 ans (12,7%).

Plus de 42% des HSH ont des rapports avec des partenaires occasionnels qui sont soit des hommes soit des femmes. Ce qui indique une tendance à la bisexualité et au multipartenariat. Parmi eux, 30,2% ont reçu de l'argent pour des rapports avec un homme et 33,6% pour un rapport avec une femme. Ceci est corrobore l'existence d'une prostitution masculine.

La taille des HSH est estimée à 1 840 à Dakar en 2012⁹.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont exposés au risque de transmission du virus du fait des caractéristiques¹⁰ :

- fréquence et types de pratiques sexuelles non protégées
- fréquence des épisodes d'IST anales non traitées
- faiblesse de l'utilisation du préservatif et du lubrifiant
- violences sexuelles et sous d'autres formes
- stigmatisation qui constitue un obstacle à l'accès à la prévention et aux soins
- précarité socio-économique qui peut entraîner un recours à la prostitution
- marginalisation et auto-exclusion par rapport à la prévention et aux soins (IST, VIH, etc.)
- inadaptation de certains messages de prévention qui ne s'adressent pas à cette population, etc.

⁸ ELIHoS 2013

⁹ Rapport d'étude sur l'estimation de la taille des PS et des HSH à Dakar - 2012

¹⁰ Cartographie de la vulnérabilité liée au VIH au Sénégal, 2005

Les consommateurs de drogue injectable

L'estimation de la taille de la population d'usagers de drogues injectables selon la méthode « capture-recapture » porte à environ 1 324 (IC95% 1281-1367) le nombre de personnes qui consomment des drogues injectables quel que soit la voie de consommation pour la région de Dakar. Les personnes qui s'injectent la drogue par voie veineuse sont estimées à 183.

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

Les infections sont fréquentes au sein des CDI avec notamment l'infection à VIH (4,35%), VHC (24%) et VHB (9%), surtout chez les consommateurs utilisant la voie injectable où on observe des prévalences respectives de 10,2% et 38,85% pour le VIH et le VHC contre respectivement 2,5% et 18% chez les non-injecteurs. La prévalence du VHB chez les injecteurs est de 7,2%.

- Connaissance du statut sérologique
 - 29,4% ont déjà effectué un dépistage du VIH (94,6% test négatif, 5,6% résultat inconnu) mais seulement 9,1% chez les injecteurs
 - 3,9% a déjà effectué un test de dépistage du VHC, 1 personne (=5%) test positif.
 - 4,2% a déjà effectué un test de dépistage du VHB
- Sur le plan comportemental, les CDI ont une sexualité active et peu protégée. En effet, 80,4% ont eu des rapports sexuels durant les 12 derniers mois, 45,7% ont eu plusieurs partenaires sexuels, 53,5% ont déclaré n'avoir pas utilisé de préservatif. Le taux d'utilisation du préservatif est encore plus faible chez les injecteurs avec seulement 38,5%.

La concentration géographique de l'usage d'héroïne dans le département de Dakar est une caractéristique qui menace de n'être que provisoire. Malgré une origine localisée, il est courant d'observer secondairement une diffusion des phénomènes d'usage de drogue dans tout l'espace géographique. En effet, l'usage de Drogue Injectable est une réalité dans les autres départements de la région bien que moindres par rapport à Dakar car 10% habitent Guédiawaye, 6,5% Pikine et 0,5% Rufisque. Cette diffusion s'explique par l'importance des échanges entre ces départements. A l'exception de la ville de Rufisque, les villes de Guédiawaye et Pikine sont à l'origine issues du recasement des populations transférées des bidonvilles de Dakar. Nombre de ces populations ont soit gardé des liens familiaux et/ou professionnels à Dakar. En outre, les voies de communications routières se sont développées et améliorées ces dernières années. Le commerce et les transports routiers suivent le même mouvement. L'offre de substances illicites existe déjà ailleurs et va s'accroître. Il est essentiel que les premières interventions de prévention et de soin soient prioritairement dirigées dans la région de Dakar. Il sera néanmoins nécessaire que les propositions soient étendues secondairement à l'ensemble des grandes villes du pays.

Les populations en contexte de vulnérabilité

Les jeunes

La prévalence chez les jeunes est faible avec 0,2% et un sex ratio de 3 jeunes filles infectées pour 1 garçon. Toutefois, la prévalence est plus élevée chez les jeunes filles célibataires (0,2%

vs 0,0%) alors que les jeunes garçons mariés sont plus infectés (1% vs 0,6%). Ceci peut s'expliquer par le fait les relations sexuelles sont plus précoces chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons.

Les jeunes du milieu rural (0,3%) qui sont 3 fois plus infectés que ceux du milieu urbain (0,1%), avec des particularités régionales telles que Kolda (1,4%), Sédhiou (1,1%), Ziguinchor (0,9%), Tambacounda (0,7%), Fatick (0,5%) et Kaolack (0,2%). Les jeunes garçons de Kolda et Tambacounda étant plus infectés que les filles alors que c'est la tendance inverse au niveau des autres régions.

Les jeunes âgés de 20 -24 ans (0,4%) sont 4 fois plus infectés que ceux âgés de 15-19 ans (0,1%).

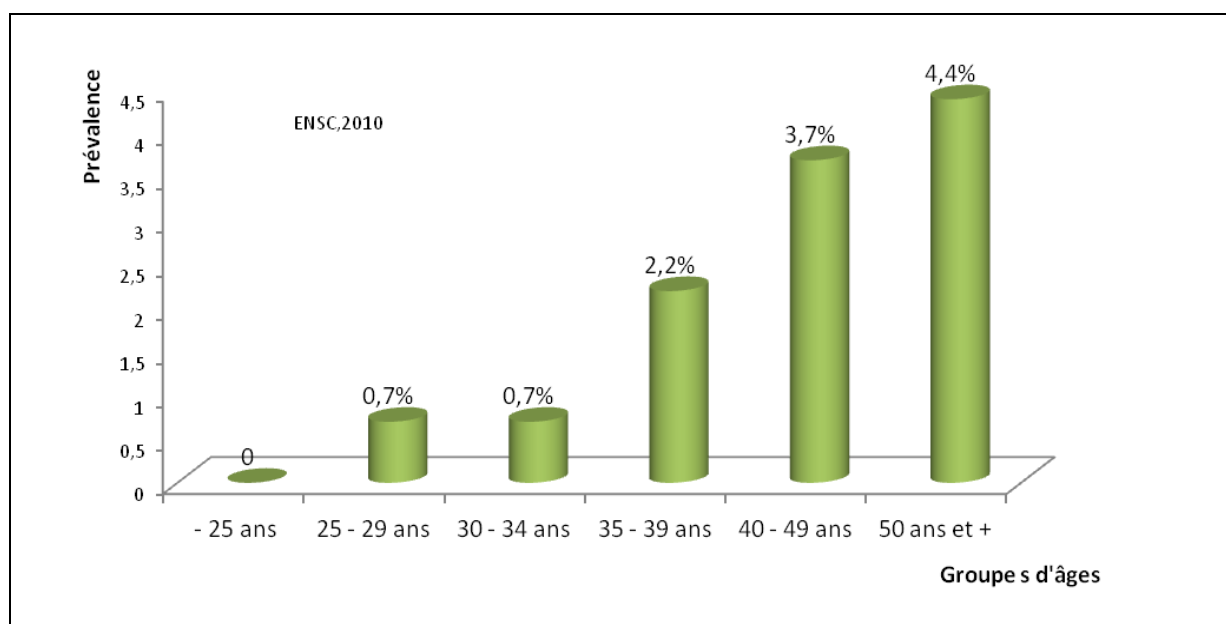
S'agissant de la précocité des rapports sexuels, 9,4% des jeunes femmes et 9% des jeunes garçons âgés de 15-24 ans avaient déjà eu des rapports sexuels avant 15 ans. Cela correspond parfaitement au fait que le risque est plus élevé lorsque les rapports sexuels sont plus précoces.

Globalement, 18% des jeunes garçons et 6,8% des jeunes filles ont eu des rapports pré-nuptiaux avec des taux d'utilisation du préservatif de 63,6% et de 40,2% respectivement.

18% des jeunes ont déclaré avoir effectuée le dépistage du VIH et ont eu connaissance des résultats avec 11,1% chez les garçons et 19% chez les jeunes filles.

Chez les détenus

La prévalence de l'infection au VIH est de 1,5% (ENSC, 2010). Par ailleurs, il correspond au double de la moyenne nationale (0,7%), ce qui fait apparaître les détenus comme un groupe vulnérable au VIH. La prévalence du VIH/Sida chez les prisonnières (4,5%) est cinq fois supérieure à celles des femmes au niveau national (0,8%, EDS-MICS, 2010-2011) et à celle des détenus mâles (0,9%). Ces derniers ont une séroprévalence presque deux fois plus élevée que celle des hommes (0,5%, EDS-MICS, 2010-2011) au niveau national. La prévalence augmente avec l'âge. L'infection affecte plus les détenus âgés de 50 ans et plus (4,4%), 40-49 ans (3,7%) et 35-39 ans (2,2%) (Voir graphique 4). Toutes ces classes d'âge dépassent de loin le niveau de prévalence nationale. Les détenus âgés de moins de 35 ans ont un taux prévalence inférieure ou égale au niveau national (0,7%).



Graphique 4 : Prévalence du VIH chez les détenus selon l'âge

La prévalence de l'infection au VIH est de 1,5% (ENSC, 2010). Elle correspond au double de la moyenne nationale (0,7%), ce qui fait apparaître les détenus comme un groupe exposé au VIH. La prévalence du VIH chez les prisonnières (4,5%) est cinq fois supérieure à celles des femmes au niveau national (0,8%, EDS-MICS) et à celle des détenus hommes (0,9%). Ces derniers ont une prévalence deux fois plus élevée que celle des hommes (0,5%, EDS-MICS) au niveau national. La prévalence augmente avec l'âge. L'infection affecte plus les détenus âgés de 50 ans et plus (4,4%), 40-49 ans (3,7%) et 35-39 ans (2,2%). Toutes ces classes d'âge dépassent de loin le niveau de prévalence nationale. Les détenus âgés de moins de 35 ans ont une prévalence inférieure ou égale au niveau national (0,7%).

La vulnérabilité des groupes des détenus est liée aux conditions de détention : absence de prise en charge des IST, relations sexuelles non autorisées et donc non protégées entre détenus (cartographie de la vulnérabilité liée au VIH au Sénégal, 2005).

Les groupes en situation de mobilité

Plusieurs caractérisent la situation de mobilité : les populations migrantes interne et transfrontalière, les camionneurs, les vendeurs (euses) mobiles, les saisonniers, etc. Le volume important des déplacements s'explique par une mobilité saisonnière, un « exode » rural, une migration inter pays (liée au travail, aux conflits, etc.), une mobilité professionnelle (personnels de forces de sécurité, affectation, etc.). Les facteurs qui exposent les populations mobiles sont liés d'une part à la mobilité elle-même (le fait de parcourir des régions ou des pays avec des niveaux de prévalence du VIH différents sans la ou les conjointes) et d'autre part aux facteurs socioculturels (statut matrimonial, instruction, absence du contrôle social etc.).

Chez les camionneurs

En 2010¹¹, la prévalence du VIH chez les camionneurs a connu une baisse ; elle est passée de 1,4% en 2006¹² à 0,6% en 2010.

La prévalence est faible chez les camionneurs de moins de 35 ans. Par contre, elle dépasse 1% chez les 35 ans et plus (1,9% pour les 35-39 ans, 1,2% chez les 40-49 ans et 1,8% chez les 50 ans et plus). Ceci est en faveur de l'ancienneté de la contamination et une meilleure prise de conscience chez les jeunes. Les résultats de l'ENSC de 2010 ont également montré que les camionneurs non instruits (1,6%), les mariés polygames (2,4%) et les consommateurs d'alcool (1,1%) sont les plus affectés par le VIH si on considère respectivement le niveau d'instruction, la situation matrimoniale et l'alcoolisme.

Chez les pêcheurs

Même si on note une baisse de la prévalence entre 2006 (1%) et 2010 (0,8%), les pêcheurs ont une prévalence qui dépasse légèrement la moyenne nationale de chez les hommes qui est de 0,5% selon l'EDS-MICS de 2010-2011. Selon l'âge, les enquêtés âgés de 25 à 29 ans sont les plus infectés (1,5%).

Les personnes vivant avec un handicap

La prévalence de l'infection par le VIH des personnes handicapées est de 1,2% à Dakar en 2010. Cette prévalence est plus élevée que celle de la population générale de Dakar (0,6% contre 0,7% de prévalence nationale).¹³

L'analyse de la prévalence du VIH selon les caractéristiques socio démographiques des personnes handicapées recrutées dans le cadre de l'ESC 2011 montre que les femmes handicapées ont une prévalence légèrement plus élevée que celle des hommes (1,3% contre 1,1%). Sur le plan de l'âge, les adultes jeunes (30-34 et 35-38) et les personnes âgées (50 ans et plus) sont les groupes les plus atteints, alors que les moins de 25 ans ont été épargnés par l'infection. Il apparaît également que le niveau d'instruction a un lien avec le taux de prévalence du VIH chez les personnes handicapées. On constate en effet que la prévalence de celles qui n'ont pas dépassé le primaire (1,4%) est le double de celles qui ont au moins le niveau le secondaire (0,7%). Si on considère le statut matrimonial actuel des répondants, les taux de prévalence sont plus élevés chez les veufs (6,7%) et les divorcés (1,8%). Les célibataires (1,3%) et les mariés polygames (1,2%) ont des taux qui correspondent avec le niveau moyen de prévalence des personnes vivant avec une déficience. En revanche, les mariés monogames ont une prévalence moins élevée, proche de la moyenne nationale

Chez les camionneurs

En 2010¹⁴, le taux de prévalence du VIH chez les camionneurs a connu une baisse ; il est passé de 1,4% en 2006¹⁵ à 0,6% en 2010.

¹¹ ENSC, 2010

¹² ENSC, 2006

¹³ Vulnérabilité au VIH des personnes vivant avec une déficience : cas de la région de Dakar - 2011)

¹⁴ ENSC, 2010

La prévalence est faible (presque nulle) chez les jeunes camionneurs (moins de 35 ans). Par contre, elle dépasse 1% chez les 35 ans et plus (1,9% pour les 35-39 ans, 1,2% chez les 40-49 ans et 1,8% chez les 50 ans et plus). Les résultats de l'ENSC de 2010 ont également montré que les camionneurs non instruits (1,6%), les mariés polygames (2,4%) et les consommateurs d'alcool (1,1%) sont les plus affectés par le VIH si on considère respectivement le niveau d'instruction, la situation matrimoniale et l'alcoolisme.

Chez les orpailleurs

Dans cette population qui fait partie des groupes passerelles depuis 2010, la prévalence de l'infection à VIH est de 1,3% (ENSC, 2010) (soit 0,8% chez les hommes et 2,5% chez les femmes). Elle est aussi plus élevée que la moyenne nationale (0,7%, EDS-MICS 2010-2011). Si l'on se réfère à l'âge, le groupe 40-49 ans est plus touchées par le VIH que les autres groupes (3,4% contre 1,9% les plus jeunes et 1,5% pour les 50 ans et plus).

Chez les policiers

Ce groupe passerelle se caractérise par son faible taux de prévalence qui a connu une baisse de 0,4 points de 2006 et 2010 (0,6% contre 0,2%). Ce niveau de prévalence chez les policiers est de loin inférieur à la moyenne nationale (0,7%, EDS-MICS de 2010-2011). **A compléter**

Les populations affectées et infectées par le VIH

Les Personnes Vivant avec VIH

Selon les dernières estimations¹⁶, 38 749 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) au Sénégal en 2013.

Tableau 4 : Estimations 2013 (Spectrum 2013)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'enfants de moins de 0 à 14 ans infectés	6 409	6 269	5 953	5 651	5 337	4 993
Nombre d'adultes de plus de 15 ans infectés par le VIH	38 481	37 643	36 762	35 996	35 564	35 433
Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH	44 890	43 910	42 716	41 647	40 901	40 426
Nombre de femmes ayant besoin de PTME	2 988	2 793	2 601	2 425	2 269	2 134
Nombre d'adultes et d'enfants ayant besoins d'ARV	27 866	34 983	34 557	34 460	34 963	37 815

¹⁵ ENSC, 2006

¹⁶ Spectrum 2013

Nombre d'adultes ayant besoins d'ARV	20 872	25 293	31 359	31 137	31 374	32 228
Nombre d'enfants ayant besoins d'ARV	3 432	3 154	2 983	2 955	2 964	3 217
Nombre d'OEV du sida	22 830	22 971	23 245	23 444	23 373	22 387

3. RIPOSTE NATIONALE À L'ÉPIDÉMIE DU SIDA

3.1. PREVENTION

3.1.1 PREVENTION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE

Quatre éléments sont couverts dans la prévention de la transmission sexuelle :

i) promotion des comportements sexuels à moindre risque ; ii) promotion à l'utilisation du préservatif ; iii) prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ; et, iv) prise en charge de populations clés les plus exposées : PS, MSM et UDI.

3.1.1.1 Promotion des comportements sexuels à moindre risque :

✓ Politique et interventions essentielles :

Le renforcement de la prévention de la transmission sexuelle du VIH se poursuit toujours à travers la promotion des comportements à moindre risque. Toutefois, le ciblage est rendu plus spécifique en 2012 - 2013 et les approches de communication ont été renforcées. En effet, la promotion des comportements à moindre risque a plus spécifiquement ciblé les groupes clés (HSH, PS et CDI), les groupes passerelles (routiers, pêcheurs, forces de défense et de sécurité, orpailleurs, etc.), les populations en contexte de vulnérabilité notamment les jeunes et les femmes et les personnes vivant avec un handicap.

Par ailleurs, la communication s'est enrichie du théâtre forum pour susciter et maintenir le débat sur des questions taboues et de violence sociale qui ont un lien avec la transmission du VIH. Aussi l'introduction de l'approche de prévention basée sur la foi a permis de promouvoir les comportements à moindre risque par celle des valeurs religieuses musulmane et chrétiennes auprès des organisations religieuses de jeunes.

L'ensemble des acteurs des différents secteurs sous la coordination du CNLS ont ainsi travaillé à mettre en œuvre la stratégie de communication suivant différentes approches et en fonctions des cibles spécifiques.

- Information, Education et Communication (IEC).

Cette approche a été utilisée par tous les acteurs notamment le secteur public, le secteur privé et à travers les organisations communautaires de base et de la société civile. Les interventions consistent en des activités de proximité dans les communautés.

- Approche participative de prévention (APP)

L'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/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.

- Approche de prévention basée sur la foi

Cette approche est développée et mise en œuvre au Sénégal afin de permettre aux jeunes des organisations et mouvement d'obédiences religieuses d'accéder aux services de l'information sur la prévention du VIH. Il s'agit de renforcer l'estime de soi chez le jeune par la promotion de valeurs et croyances religieuses auxquelles il s'identifie.

- Distribution gratuite des préservatifs (masculins et féminins) ;

Elle se poursuit aussi bien dans les structures de santé qu'à travers les organisations communautaires de base.

D'autres 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.

3.1.1.2. La promotion à l'utilisation du préservatif

Étant donné que la transmission du virus du sida se fait essentiellement par voie sexuelle, il est admis que l'infléchissement de l'épidémie du sida passe nécessairement par l'adoption de comportement sexuel positif des hommes et des femmes.

L'utilisation régulière et correcte des préservatifs masculins et féminins reste l'une des stratégies phares dans la prévention de la transmission sexuelle dans le cadre de la lutte contre les IST et le VIH/sida.

STRATEGIES :

A cet effet, le programme de marketing social (assuré par ADEMAS) a été mis en place comporte les trois axes stratégiques suivants.

- ✓ Marketing social des produits et services / comportements favorables
 - Accroître la demande et l'accès dans le secteur privé.
 - Contribuer à l'accroissement du taux d'utilisation
 - Accroître l'acceptation sociale et culturelle des comportements favorables ciblés.
- ✓ Implication du secteur privé
- ✓ Couverture géographique nationale

(N.B. : ADEMAS s'occupe aujourd'hui aussi de la prévention des maladies diarrhéiques, c'est le 4^{ème} point de l'axe 1))

- La mise en œuvre du programme se fait à travers :
 - La Communication interpersonnelle sur l'utilisation du préservatif au niveau communautaire par les OCB.
 - La Mobilisation de masse pour la promotion aussi bien du préservatif masculin que féminin menée dans toutes les quatorze régions du pays (podium dans les 14 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
 - Le Développement d'un réseau de distribution aussi bien en milieu urbain, périurbain que rural. Ce réseau compte près de 5000 points de vente (boutique, bar, restaurant, pharmacie). Grâce à cette stratégie 6.600.000 préservatifs ont été distribués en 2010 et 8.400.000 en 2011 (rapport ADEMAS 2010, 2011)

RESULTATS :

- ✓ Globalement la distribution du préservatif a connu des évolutions important ces dernières années.
- ✓ En 2011, au total, avec la contribution du Ministère de la Santé à travers la DLSI, 15.184.172 préservatifs masculins ont été distribué comparé à 2010 (13.196.324) et 2009 (11.696.529) on note une progression constante dans la distribution des préservatifs.
- ✓ Les consommations attendues pour 2013 sont de l'ordre de **13 730 245** condoms masculins dont **7 078 256** attendus d'ADEMAS et **6 651 989** attendus de la DLSI à travers le système de santé et les ONG.
- ✓ Ce chiffre ne prend pas en charge la distribution commerciale du secteur privé.
- ✓ Pour ce qui est du préservatif féminin (fémidon), un nombre de 401.000 a été distribué entre 2010 et 2011 contre 310.795 distribués entre 2008 et 2009, également il est note une croissance importante dans la distribution du fémidon. En 2013, **143 550** condoms féminins ont été distribués par la DLSI à travers le système de santé et les ONG.

- ✓ Il faut noter la contribution importante de la PNA, car depuis 2013, tous les stocks de condoms passent par le circuit des médicaments essentiels et sont disponibles dans les PRA des régions.
- ✓ Le multi partenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'IST et, en particulier, le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible.
- ✓ Les résultats de l'EDS-MICS 2010-2011 ont montré que 2,2% de la population de 15-49 ans ont pratiqué le multi partenariat. Très peu de femmes sexuellement actives ont déclaré avoir eu deux partenaires ou plus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (0,5%). Le multi partenariat chez les femmes, tout en restant faible, varie de manière importante dans certains sous-groupes, comme les femmes en rupture d'union (1,3%) ou celle vivant dans les régions de Sédhiou 1,3% et Ziguinchor (1,9%).
- ✓ Bien que faible, la proportion d'hommes de 15-49 ans ayant déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois est nettement plus élevée que celle des femmes (8,4% contre 0,5%).
- ✓ Comme on pouvait s'y attendre, la proportion d'hommes ayant eu des partenaires sexuelles multiples est particulièrement élevée parmi les polygames (93% contre 7% parmi les monogames). L'EDS-MICS a aussi révélé la proportion d'hommes ayant eu plusieurs partenaires augmente avec l'âge, de 4% à 20-24 ans à 23% à 40-49 ans ; cette proportion est aussi plus élevée chez les hommes en union que chez ceux en rupture d'union et surtout que chez les célibataires (17% contre respectivement 10% et 4%), en milieu rural qu'en milieu urbain (12% contre 6%), parmi les hommes sans instruction (13%) que parmi ceux qui ont fréquenté l'école (7% parmi ceux qui ont un niveau primaire et 5% parmi ceux qui ont un niveau secondaire ou plus) et enfin, parmi ceux dont le ménage est classé dans les deux quintiles les plus pauvres que dans les autres.
- ✓ Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples au cours des 12 mois précédant l'enquête, seule 22% ont utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels. Ce taux est de 21% chez les hommes.
- ✓ Les niveaux d'utilisation les plus élevés sont observés parmi les célibataires (65%), les hommes du milieu urbain (35%), ceux des régions de Ziguinchor (41%) et de Dakar

(38%) et les hommes ayant un niveau d'enseignement moyen ou plus (41%). Le niveau d'utilisation de préservatifs est beaucoup plus élevé chez les PS parmi lesquelles 95,7% se sont protégées lors de leur dernier rapport sexuel payant en 2010 ce taux est resté stable depuis 2006 (96,7%).

- ✓ Chez les groupes passerelles tels que les pêcheurs les, les camionneurs, les orpailleurs les policiers les taux d'utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel varie entre 43, 3% et 80,3%

3.1.1.3. La prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

POLITIQUE :

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

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

Le dépistage sérologique de la syphilis est intégré dans les services SR.

Un accent particulier a été mis sur le plaidoyer pour une intégration du module de Prise en charge des IST dans les curricula des écoles de formation.

- ✓ Formations des prestataires sur les protocoles révisés en 2007 accompagnée d'une diffusion des documents
- ✓ Dépistage sérologique de la syphilis disponibles : amélioration de la couverture pour le dépistage sérologique de la syphilis au niveau de près de 100 postes de santé

RESULTATS :

Au cours de l'année 2013, 77 949 cas d'IST ont été notifiés avec cependant 51% des cas représentés par l'écoulement vaginal anormal. Pour les autres syndromes la répartition se fait ainsi : écoulement génital chez l'homme : 9% ; ulcération génitale chez l'homme : 1,4% : ulcération génitale chez la femme : 5,5%. La douleur abdominale basse chez la femme et les autres IST font respectivement 31% et 2% des cas.

Le nombre de dépistage sérologique de la syphilis effectué s'est beaucoup amélioré, 35 373 tests ont été réalisés au niveau des structures avec 93% chez la femme et 7% chez l'homme.

Le nombre de cas répertoriés (cas positifs) est de 1 533 (dont 90% chez la femme) ce qui donne un taux de séropositivité de la syphilis de 4,3%.

ACQUIS :

- ✓ Approche syndromique mise en œuvre dans les structures de santé publiques et parapubliques
- ✓ Existence d'algorithme révisé en 2007

- ✓ Intégration de la fiche IST syndromique dans le rapport de zone du système d'information de routine
- ✓ Azithromycine inclus dans la liste des médicaments essentiels
- ✓ Dépistage sérologique de la syphilis intégré dans le bilan de la CPN chez les femmes enceintes.
- ✓ Relèvement du plateau technique de laboratoires à tous les niveaux pour appuyer le diagnostic étiologique
- ✓ Renforcement de capacités du personnel de santé sur l'approche syndromique
- ✓ Réalisation de l'enquête IP₆|IP₇ en 2009

CONTRAINTES

- ✓ L'approche syndromique n'est pas totalement intégrée dans tous les curricula de formation (Universités, Ecoles privées de formation)
- ✓ La rupture de certains médicaments recommandés dans les algorithmes au niveau de la PNA et des PRA a réduit les performances de l'enquête de qualité IP₆-IP₇ en 2009 (traitement correct)
- ✓ Insuffisance de la régularité de la mise en œuvre de l'évaluation de la qualité de la prise en charge des IST (IP₆-IP₇) par faute de financement.
- ✓ Insuffisance du diagnostic sérologique de la syphilis au niveau PS
- ✓ Défaut de surveillance de la résistance aux antibiotiques
- ✓ Sous notification des cas IST au niveau des sites
- ✓ Faiblesse dans la remontée des données de routine (IST syndromique et dépistage sérologique de la syphilis) du district/ région au niveau central malgré l'existence d'un outil harmonisé de reportage

DEFIS :

- ✓ Amélioration de la qualité des services IST : amélioration des indicateurs IP 6 et IP 7
- ✓ Amélioration de la couverture pour le dépistage sérologique de la syphilis chez la femme enceinte
- ✓ Amélioration du système de gestion des données IST
- ✓ Renforcement de l'intégration du secteur privé
- ✓ Etude de la résistance aux antibiotiques actualisée (molécules traceurs utilisés dans la prise en charge syndromique des IST).

3.1.1.4. Prise en charge de populations clés les plus exposées : PS et MSM

A. Prise en charge des Professionnelles du Sexe :

Le suivi médicosocial et la prise en charge des IST chez les professionnelles du sexe est mis en œuvre à travers trois stratégies menées par les districts/ régions et les ONGs/associations notamment ENDA Santé et AWA ;

- la prise en charge fixe au niveau des 36 centres IST et autres centres secondaires,

- la prise en charge mobiles des professionnelles du sexe clandestines à travers les cliniques mobiles (ENDA, AWA)
- la stratégie avancée de suivi des PS.
 - Ce suivi s'adresse aux PS officielles et aux PS clandestines.
 - Dans le cadre de la promotion des comportements sexuels à moindre risque et du suivi, les acteurs de la société civile et du secteur public sont intervenus notamment pour :
 - IEC/CCC
 - Formation
 - Education par les pairs
 - CDV
 - Distribution de préservatifs masculins et féminins
 - Autonomisation financière
 - Suivi médical et biologique

Résultats :

Utilisation des condoms :

La proportion de Professionnelles du Sexe (PS) officielles qui utilisent systématiquement le condom avec le client est beaucoup plus importante (97,5%) que celle des PS clandestines (82,1%). Les PS utilisent plus rarement le condom avec leurs partenaires non payants (48,8% pour les PS officielles et 53,8% pour les PS clandestines) en 2010 contre (46% pour les PS officielles et clandestines) en 2006.

En 2013 selon les données du programme répertoriées par 14 régions nous enregistrons 12 797 PS inscrites dans les sites dont 622 nouvelles.

Parmi elles, seules 4 106 sont suivies avec 2 364 PS dépistées et ayant connu leurs résultats ; ce qui donne un taux de dépistage de 58% chez les PS.

Parmi elles, 54 cas positifs sont enregistrés dont 24 nouvellement mise sous ARV.

Les interventions CCC en direction de PS ont permis de toucher 2 795 en 2013 dans les sites de suivi PS.

Acquis :

- Cible PS régulièrement suivie dans les enquêtes socio comportementales
- Engagement du secteur public et des ONG dans la prise en charge des PSO et PSC en stratégie fixe, mobile et avancée (Ministère de la santé, ministère du tourisme, Enda Santé, AWA, ANCS, Sida Service, ADEMAS, OCB de PS)
- Participation des paires et de médiateur/ trice dans la réponse
- Existence de document de normes et procédures
- Renforcement de capacités des prestataires chargés du suivi des PS
- Renforcement des capacités des PS (santé sexuelle et reproductive, droits humains, IST/VIH, etc.)
- Estimation de la taille d'échantillon pour la région de Dakar

- Initiative de la stratégie d'intégration du suivi médico-social des PS au niveau des structures.

Contraintes :

- Absence d'objectifs par manque de maîtrise de la taille de la population de PS **au** niveau des régions autres que Dakar (Size estimation)
- la prise en charge des PS cible surtout celles qui sont enregistrées alors que la majorité des PS ne le sont pas.
- Faiblesse du pourcentage de professionnelles du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat (69,4%, ENSC 2010)
- Coût du suivi biologique et de la prise en charge (Examens complémentaires / PV, Bilan inclusion) démotive les PS dans la fréquentation des structures de référence : l'accessibilité financière constitue une contrainte majeure pour l'utilisation des services
- Insuffisance de l'équipement et des réactifs pour les tests sérologiques au niveau des laboratoires de référence des IST
- Nombre limité de cliniques mobiles
- Insuffisance du niveau de développement organisationnel des associations de PS
- La stigmatisation et l'auto stigmatisation des PS (étude sur index stigma)
- Insuffisance des interventions au niveau des zones frontalières et des marchés hebdomadaires
- Violences des agents du service de l'ordre à l'égard des PS (droit humain, intégration genre)
- Difficulté de la remontée des données de la prise en charge des PS par les districts et les centres IST.
- L'ambiguïté de la loi sur la réglementation de la prostitution non adaptée au contexte actuel)
- La non fonctionnalité du Comité de veille.

Défis :

- Harmoniser les interventions autour d'un paquet complet prenant en compte les besoins des PS.
- Assurer l'accès par la gratuité du dépistage de la syphilis au niveau des structures de prise en charge des PS
- Renforcer le plaidoyer en direction du personnel des Forces de sécurité
- Renforcer les laboratoires des centres de référence de prise en charge des PS en équipements et en réactifs
- Renforcer l'organisation des PS et l'intégration des médiatrices PS au niveau **des** activités de prévention
- Renforcer la mobilisation communautaire
- Réviser la loi sur la prostitution
- Redynamiser le comité de veille

Prise en charge des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) :

Politique et interventions clés :

Le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS) reconnaît l'importance de la prise en compte de ce groupe spécifique dans la prévention et la prise en charge des IST et de l'infection à VIH et d'importants efforts sont en train d'être déployés pour répondre aux besoins spécifiques de ce groupe.

Les principaux axes d'intervention sont :

- la prise en charge au niveau de sites identifiés qui ont augmenté régulièrement au fil des ans
- l'identification et formation de prestataires intégrant le réseau des prestataires
- l'appui à l'organisation d'associations de HSH
- l'identification et la formation de leaders HSH en qualité de médiateurs ou de pairs éducateurs qui facilitent l'orientation des HSH et la référence des cas d'IST ou d'infection à VIH

L'organisation de rencontres de concertation et de plaidoyer réunissant prestataires de soins, les autorités religieuses, administratives, judiciaires et les leaders HSH pour échanges d'expériences, lutter contre la stigmatisation, recueil et reportage de données etc.

Les interventions auprès des cibles HSH sont mises en œuvre au niveau communautaire par certaines organisations de la société civile ENDA/Santé, ANCS et aussi les associations de HSH qui s'approprient de plus en plus les programmes de prévention.

Résultats :

Evolution des sites de prise en charge des HSH

Des services de prise en charge des IST/VIH chez les HSH sont en train d'être intégrés dans les services de santé. Ainsi, les sites de prise en charge sont passés de 9 sites en 2005 à 12 sites en 2006, 18 sites en 2008 et 21 sites en 2009 et 43 en 2013. Ces sites sont répartis au niveau de toutes les régions

Pour 2013, beaucoup d'activités ont été mis en œuvre à l'endroit de la cible mais la sous notification ou le manque d'appropriation des outils de reporting de ce groupe limite les résultats obtenus :

- 1958 HSH suivis
- 1720 HSH touchés par les activités de prévention contrairement en 2009 dont 1069 HSH
- 850 HSH ont été dépistés et connaissent leurs résultats et 330 sont revenus positifs.

Acquis :

- Prise en charge des IST/VIH chez les HSH sont intégrés dans les services de santé et ONG d'encadrement et existence d'organisations de HSH
- Disponibilité des préservatifs et de lubrifiants dans les PPS
- Participation des HSH dans la mise en œuvre des activités de prévention.
- Bonne collaboration entre les PTA et les associations de HSH
- L'enrôlement de 125 MSM à la mutuelle de santé des PVVIH à Kaolack avec l'appui d'ENDA 3D
- Début d'intégration de la PEC des MSM au niveau de 4 sites (Kaolack, Mbour, Ziguinchor et Sédhiou)

Contraintes :

- Non maîtrise de la taille de la population HSH (en dehors des cohortes suivies)
- Mauvais traitement par la presse de l'information relative aux groupes hautement exposés notamment les PS et les HSH Absence d'intégration de la PEC au niveau des PPS : Insuffisance de la formation des prestataires sur la prise en charge des MSM (faiblesse du réseau de prestataires).Le cas du site de Référence de Dakar dans une structure devenue EPS avec risque d'exclusion est préoccupant

- Insuffisance de lubrifiants et absence de matériels spécifiques de consultation (anuscopie)
- Stigmatisation des HSH par les prestataires de soins est souvent relevée

Perspectives :

- Renforcer les acquis dans le cadre de la prise en charge des groupes clés les plus exposés
- Renforcer l'implication des prestataires dans la prise en charge des MSM en intégrant notamment les structures privées et le milieu carcéral
- Mettre en œuvre le programme de prévention pour l'hépatite B par la vaccination notamment pour les MSM
- Intégrer le dépistage du VIH et de la syphilis dans le paquet SR au niveau des postes de santé
- Améliorer la qualité de la collecte des données sur la syphilis
- Pérenniser la tenue de revues semestrielles dans le cadre du suivi des

Défis / recommandation générale

-
- Définir des objectifs annuels IST et PEC des groupes vulnérables PS et HSH
- orientation des Gestionnaires de données sur les différentes sources de collecte portant sur les IST
- supervisions semestrielles formative
- revues annuelles des interventions des populations clés
- formations pour le diagnostic sérologique de la syphilis

3.1.2. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

Politique et interventions clés

Le Gouvernement du Sénégal s'est engagé aux côtés de tous les acteurs de la Riposte au sida et de la santé de la Reproduction pour relever le défi de l'élimination de la transmission du virus du sida de la mère à l'enfant en 2015 qui repose sur la composante prioritaire « Prévention de la transmission du virus du sida de la mère à l'enfant » du plan stratégique national contre le sida 2013-2017.

Il s'est à cet effet doté d'un plan d'élimination de la transmission du virus du sida de la Mère à l'Enfant avec comme objectifs principaux (en regard avec les 4 piliers de l'eTME) :

- Pilier 1 : Réduire la survenue des nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer et leurs partenaires ;
- Pilier 2 : Prévenir les grossesses non désirées chez les femmes en âge de reproduction séropositives ;
- Pilier 3 : Atteindre un taux de transmission mère-enfant du VIH inférieur à 2% ;
- Pilier 4 : Assurer une couverture en Traitement antirétroviral de 90% chez les femmes enceintes séropositives et leurs enfants.

L'élargissement de l'offre de PTME, dans le cadre de l'accès universel, se fera en lien avec l'amélioration de la couverture en CPN et l'extension de l'offre de dépistage à toutes les

consultations prénatales, plus particulièrement dans la zone Sud jusque-là plus touchée par l'épidémie, mais aussi dans les régions où les besoins non couverts sont très importants. Le programme de la PTME vise à prendre en charge toutes les femmes enceintes qui vivent avec le VIH ainsi que leurs enfants, depuis la grossesse, l'accouchement, l'allaitement jusqu'au diagnostic définitif de l'enfant.

Pour permettre un accès effectif, à la PTME, les interventions prioritaires porteront sur le plaidoyer et la promotion de la PTME afin de booster le taux d'utilisation des services SR, sur l'offre systématique de test de dépistage et sur la décentralisation du test à l'échelle de tous les postes de santé intégrant la CPN. Les femmes enceintes séropositives recevront systématiquement le traitement ARV à vie dès que le diagnostic de grossesse sera posé. Un traitement prophylactique sera administré aux enfants nés de mères séropositives avec un allaitement maternel protégé (Conformément aux dernières recommandations de l'OMS sur le protocole B+ utilisé au Sénégal). Par ailleurs, dans le cadre du diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositives, l'utilisation des papiers buvards démarré depuis 2011 est actuellement passer à l'échelle avec le renforcement de capacité des prestataires des sites PTME principaux à savoir les Hôpitaux, les centres de santé et certains postes de santé.

Un accent particulier sera mis sur la promotion et l'offre de service de la PF pour les femmes en âge de reproduction séropositives en parfaite synergie avec la mise en œuvre du programme national de la PF.

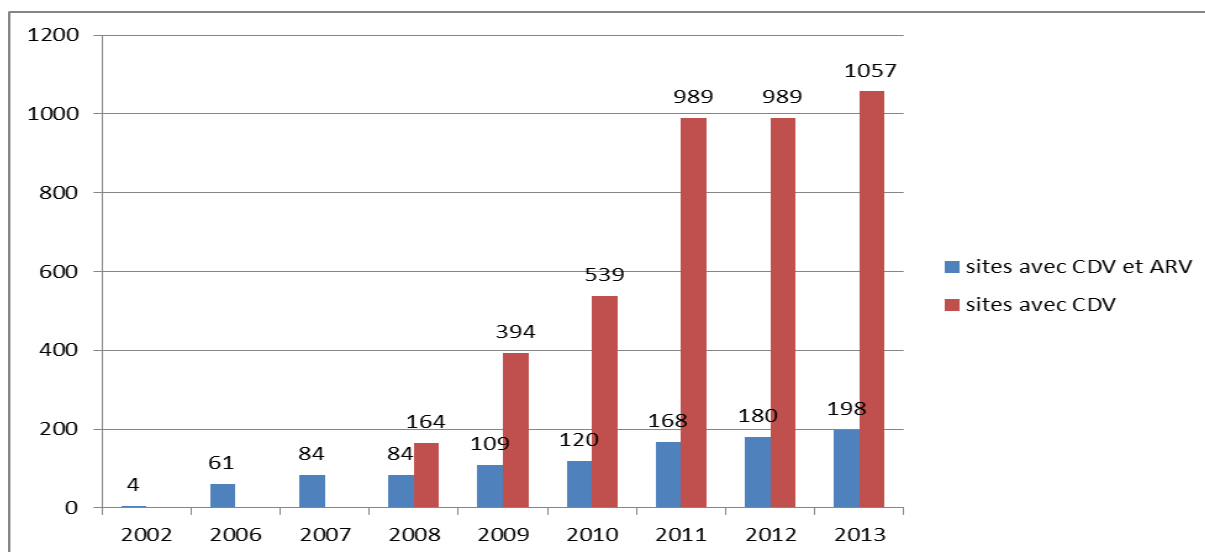
Une stratégie de communication et de plaidoyer sur l'élimination de la TME sera mise en œuvre dans le cadre du PSN 2013-2017. Des campagnes de sensibilisation seront organisées au niveau communautaire pour lever les obstacles socioculturels à l'accès aux services de SR/PTME de même que pour une meilleure mobilisation et implication de la communauté.

Plusieurs conditions structurelles devront être réunies pour une amélioration de la couverture en CPN, des services de dépistage et de la mise sous ARV :

- La mise en place d'un système de suivi du couple mère enfant au niveau communautaire (identification et référence des femmes enceintes, tableau lumière ...)
- Le renforcement des capacités techniques et humaines (cliniques et laboratoire)
- L'approvisionnement régulier en réactifs de dépistage VIH et syphilis (tests rapides pour les postes de santé), en médicaments (ARV...)
- Le contrôle de qualité par les services de référence nationale SR et du laboratoire.

Acquis (principaux résultats avec analyse des tendances les 3 dernières années et en utilisant les données épidémiologiques et les données du NCPI le cas échéant)

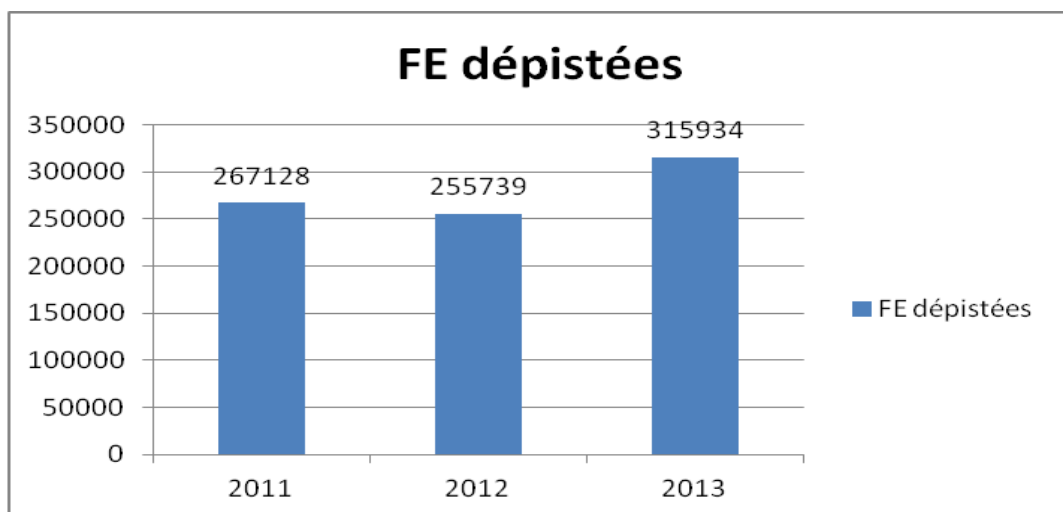
- Nombre de sites PTME :
- 100% des hôpitaux et 100% des CS sont des sites principaux
- 86% des PS offrent uniquement le dépistage et 6% offrent le paquet complet (dépistage + ARV) Total 168 Sites principaux dont 18 Hôpitaux, 79 CS et 71 PS



Graphique 5 : Evolution des sites PTME entre 2002 et 2013

- En fin 2011, on observe à la lumière des données existantes, une intégration de 100% des interventions ayant trait au conseil, au dépistage du VIH et à la dispensation d'ARV dans les centres de santé et 6% des PS ce qui correspond à 168 sites PTME principaux connus à ce jour et une intégration progressive des interventions de conseil et dépistage du VIH dans 86% des Postes de santé soit au total 978 sites secondaires concernés.

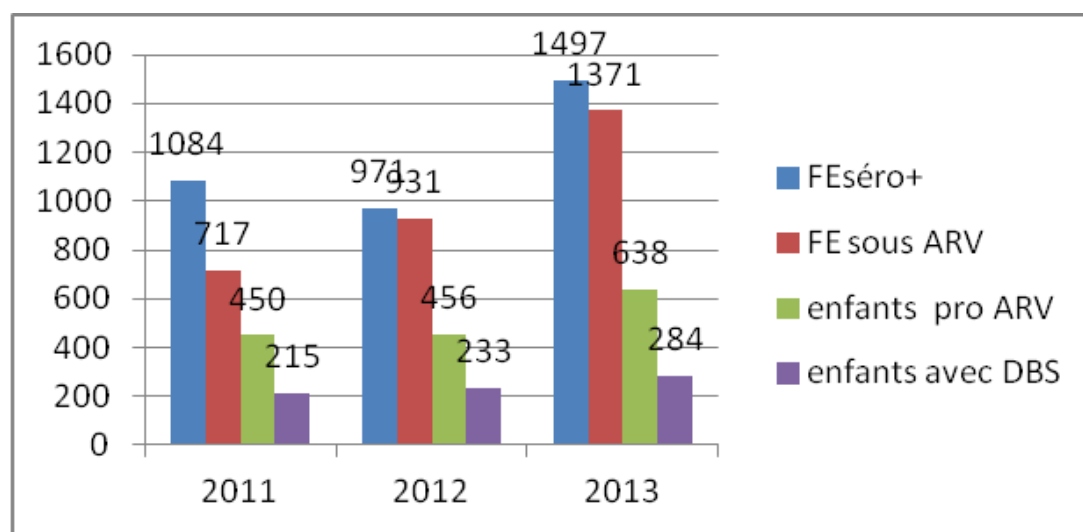
✓ Dépistage des femmes enceintes de 2011 à 2013



Graphique 6 : Evolution du nombre de femmes enceintes dépistées entre 2011 et 2013

Commentaires : le dépistage des femmes enceintes s'est nettement amélioré grâce à la décentralisation des tests rapides jusqu'au niveau des PS et la proposition systématique du Counseling dépistage à l'initiative du prestataire chez toutes les femmes reçues en CPN. Les faibles performances enregistrées en 2011 et 2012 peuvent être attribuées à la rétention des données que le Sénégal a connues avec un climat social particulier. En 2013, le pourcentage de dépistage des femmes enceintes est à 75%

✓ Prise en charge du couple mère-enfant 2011 à 2013



Graphique 7 : Evolution des indicateurs de PEC des femmes enceintes et de leurs enfants entre 2011 et 2013

Le dépistage VIH des femmes enceintes séropositives s'est nettement amélioré en 2013. En effet, le nombre de femmes enceintes a connu une nette progression grâce aux différentes politiques mises en œuvre par le programme (CDIP, décentralisation des tests rapides VIH, stratégies avancées ciblant les Femmes enceintes...). Il en est de même de la mise sous ARV des femmes enceintes dépistées positives. En effet, ce taux est passé de 38% à 53% entre 2012 et 2013. Le Sénégal est certes loin des 90% de mise sous ARV requis pour être en phase avec les objectifs de l'eTME cependant, nous avons même dépassé les objectifs qui nous étaient assignés dans le plan stratégique 2013-2017. En revanche, la PEC des enfants nés de mère séropositives demeure le maillon faible de cette cascade PTME. Pour l'année 2013, sur 1371 femmes enceintes mises sous ARV, seulement 638 enfants ont bénéficié d'une prophylaxie par les ARV soit 46,5% ; si nous le rapportons aux enfants nés de mère séropositives attendus, le Sénégal est à 25% de mise sous traitement prophylactique ARV des enfants dans le cadre de la PTME. Les statistiques du diagnostic précoce sont encore plus faibles. En effet, seulement 11% des enfants nés de mère séropositives ont bénéficié de cet examen dans les délais requis pour l'année 2013.

Défis

- Améliorer le taux d'achèvement de la CPN : Promouvoir la CPN plus précoce pour faire face au retard dans la CPN, à la réalisation des 4 CPN et à la faiblesse du suivi post natal (ONG, Bajenu Gox, Agents Porteurs de Dynamique Communautaire (APDC))
- Renforcer le dépistage des FAR par la proposition systématique du test à chaque contact quel que soit le motif de la consultation
- Renforcer la PF chez les femmes vivantes avec le VIH
- Subventionner le bilan obligatoire de la grossesse
- Continuer le processus de micro planification eTME afin que chaque district possède son micro plan d'eTME du VIH
- Trouver les ressources nécessaires pour la mise en œuvre et le suivi des micros plans eTME
- Assurer le passage à l'échelle du dépistage VIH du couple (IEC sur le dépistage du couple, renforcement de capacité en Counseling du couple, assurer une meilleure implication des hommes : école des maris, classe des parents ...)
- Décentraliser la PEC du couple mère-enfant par les ARV au niveau des postes de santé (politique de délégation des tâches)
- Mettre en place d'un dispositif de recherche des femmes enceintes séropositives Perdues de vue,
- Mettre en place un circuit formel pour l'acheminement des prélèvements pour le diagnostic précoce (3 appareils PRC par axe)
- Améliorer le suivi et la prise en charge en post natal des enfants nés de mères séropositives (ARV, Diagnostic) appuyé par un système de suivi au niveau communautaire du couple mère enfant.
- Renforcer la collaboration et la synergie des interventions entre tous les acteurs (secteurs publics, privé, société civile, partenaires...)

3.1.3. Prévention de la transmission sanguine

3.1.3.1. Sécurité transfusionnelle :

Tableau 5 : Données des BDS en 2013

SITES	Donneurs prélevés	Exclus	Fixes	Mobiles	HBS	HIV	RPR	HCV	M	F	NOUV
CNTS	27 246	310	13 896	13 350	2452	54	29	57	20 979	6267	14 985
St louis	2 447	361	1 628	819	229	3	21	7	1 632	815	620
Diourbel	2 683	126	797	1886	318	8	26	1	2074	609	2 210
Touba	3 697	201	1 085	2612	501	10	7	18	2 714	983	2 087
Thiès(Régional)	4 534	158	1 693	2 841	648	10	6	21	3 576	958	1 796
St Jean (Thiès)	609	10	310	299	71	2	0	1	466	143	315
Louga	2 293	29	529	1 764	231	3	0	0	1 932	361	1 540

SITES	Donneurs prélevés	Exclus	Fixes	Mobiles	HBS	HIV	RPR	HCV	M	F	NOUV
Mbour	2 025	111	385	1 640	278	6	4	7	1 600	425	438
Kaolack	3 416	98	1 847	1 569	457	7	1	1	2 529	887	1 693
Ourossogui	1 136	0	404	732	103	9	27	1	924	212	548
Ndium	569	51	226	343	42	1	26	0	478	91	210
Tambacounda											
Kolda	1 055	40	477	578	139	15	1	6	931	124	673
Ziguinchor	2 086	19	1 319	767	256	15	0	11	1 675	411	716
Hôpital Principal	6 024	132	1 373	4 651	465	3	0	0	4 638	1 386	3 315
Sédhiou	425	10	355	70	45	5	0	1	370	55	302
Bakel	266	1	144	122	14	0	1	0	232	34	242
Kaffrine	406	43	162	244	46	1	0	0	330	76	318
Nioro	186	12	139	47	22	0	0	0	130	56	180
Kédougou	144	0	124	20	3	1	2	0	122	22	130
Sokone	325	12	266	59	58	1	5	0	256	69	172
Total	57 377	2 517	28 841	28 509	5 442	136	200	242	44 563	12 794	30 442
%	0,41	4,38	50,4	49,6	9,48	0,23	0,34	0,42	77,66	22,34	53,05

3.1.3.2 Prise en charge des Consommateurs de Drogues Injectables

Politique :

Depuis les années 2000, une réflexion est menée au Sénégal autour de la problématique des CDI. Cette réflexion s'est concrétisée en 2009 avec la réalisation, dans trois régions du Sénégal (Dakar, Thiès et Ziguinchor) d'une étude de faisabilité d'une enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection par le VIH, le VHB et le VHC chez les Consommateurs de drogues. Cette étude financée par l'ANRS et l'IMEA a montré que l'usage de drogues injectables est une réalité au Sénégal et des risques d'infection existent du fait des modes d'usage et d'un contexte social et légal de type répressif.

Les 1^{er} alertes ont été données par l'ONUDC en 1999 à travers le rapport « the Drug Nexus in Africa » qui démontre que le trafic et la consommation de cannabis, mais également de cocaïne et d'héroïne et d'autres drogues n'est plus un problème marginal sur le continent.

L'enquête d'évaluation rapide de la situation de la drogue menée par le CILD en 2004-2005 (Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue), confirme la diffusion de l'usage de la

cocaïne/crack et de l'héroïne ainsi que le recours à la voie intraveineuse dans plusieurs régions du pays, notamment dans les régions de Dakar, Thiès et Ziguinchor.

En Avril-Juillet 2011 grâce à un financement ANRS/FM, l'enquête d'estimation de taille, de prévalence et de pratiques d'infection VIH, VHB et VHC a été réalisée au CRCF du CHNU de Fann. Cette enquête précédée d'une phase de travail de terrain de 6 mois, a permis Elle avait pour objectifs généraux d'évaluer l'ampleur de l'usage des drogues injectables, à savoir l'héroïne et la cocaïne/crack, quel que soit le mode d'usage et estimer la séroprévalence VIH, VHC et VHB chez les usagers. Elle a permis aussi d'estimer la taille des CDI dans la région de Dakar 1 324 (IC 95% 1281-1367) qui compte environ 2 500 000 habitants.

Le cadre stratégique de la lutte contre l'infection à VIH et les autres comorbidités chez les consommateurs de drogues injectables au Sénégal a été élaboré en 2012 avec son plan opérationnel pour l'horizon 2012-2015

Acteurs de mise en œuvre :

- Institutionnels : CNLS, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (BSM, DLSI), Service de Psychiatrie de Fann, Service des Maladies infectieuses de Fann, Centre de traitement ambulatoire, CRCF, Service de psychiatrie de l'HPD, Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye, CILD
- Associations : FONSELUD (JAMR et autres associations membres), CSID Jacques Chirac), AWA, ASRDR
- Partenaires financiers et techniques : CNLS/FM, ANRS, IMEA, ESTHER, ONUDC

Stratégies développées :

Une équipe Outreach a été mise en place dès après l'enquête pour établir des liens de confiance avec les CDI, identifier leurs besoins en matière de prévention, de traitement et de réinsertion.

Des entretiens de prévention sont régulièrement organisés, de même que du matériel de réduction des risques d'infection distribués sur le terrain aux CDI.

Des supports d'IEC iconographiques élaborés avec l'aide des CDI sont utilisés pour mieux faire passer les messages en matière des risques liés aux modes de consommation.

Des séances de formation sont régulièrement organisées chaque année à l'endroit des intervenants (hospitaliers et associatifs) grâce à l'appui d'ESTHER qui a également financé deux voyages d'études au Maroc ainsi qu'une bourse d'addictologie à Paris.

Paquet de services pour les CDI et cibles

- Activités Outreach (IEC-CCC + Promotion de l'usage des Préservatifs)
- Distribution de kits ou seringues (+ contenant de type cupule, ampoules EPPI, filtres, tampons alcoolisés, containers individuels et collectifs) et Récupération de seringues usagées dans le cadre du PAS
- Traitement de substitution aux Opiacés (prévu à partir de 2014 après finalisation de la construction du CEPIAD)
- Tests sérologiques VIH, Hépatites B et C
- Traitement médical et accompagnement psycho social (Traitement ARV, Traitement Hépatite C, prévention, le Diagnostic et le traitement de la Tuberculose ; vaccination Hépatite B, prise en charge des IST, Prévention et Prise en charge des Overdoses)

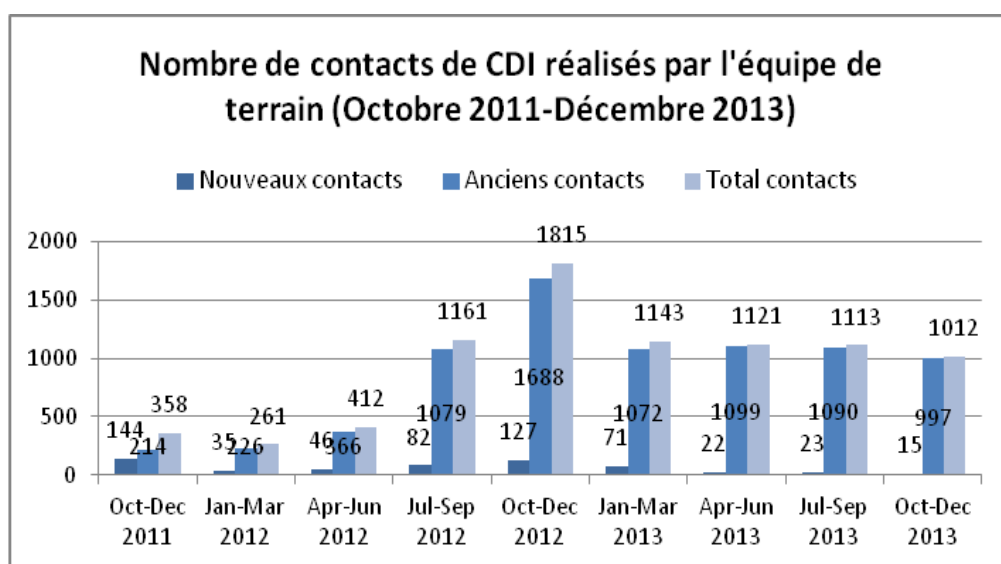
- Soutien psycho-social, familial et économique des CDI

Résultats en 2012 :

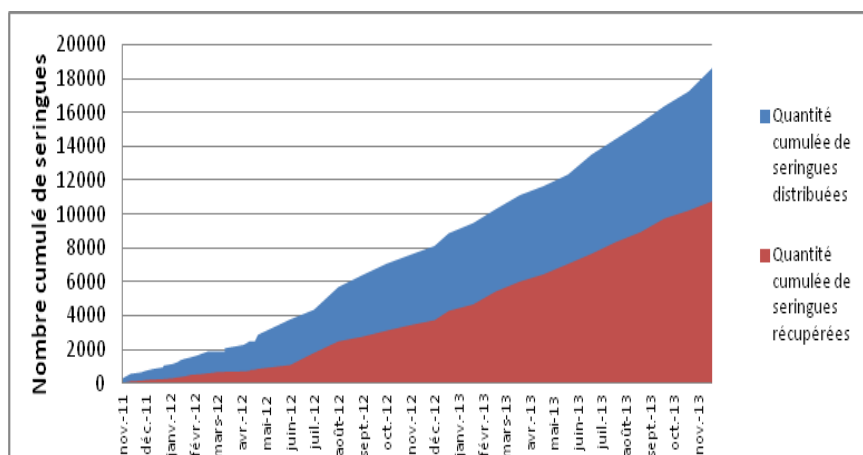
Indicateurs de Processus :

Acquis :

- Recherche opérationnelle sur les CDI permettant une estimation de la taille de la population et l'obtention de données quantitatives et qualitatives fiables. Diffusion des résultats
- Mise en place d'un comité multisectoriel et d'un comité restreint de coordination
- Elaboration d'un programme de lutte et d'un plan opérationnel contre l'infection à VIH et autres co-morbidités chez les consommateurs de drogues injectables 2012-2015
- Renforcement des capacités sur la réduction des risques des acteurs sanitaires et communautaires
- Mise en place de réseaux d'acteurs pour renforcer la coordination des interventions
- Réalisation d'activités de sensibilisation et de proximité avec implication de CDI pairs
- Déroulement des activités de réduction de risques de terrain envers les CDI. C'est ainsi que d'Octobre 2011 à Décembre 2013, 596 sorties de terrain se sont déroulées permettant 8 396 contacts avec des CDI dont 565 nouveaux contacts de CDI. 429 références de CDI ont été faites ainsi que la distribution de 18 719 seringues (récupération de 10 785 seringues soit un taux de récupération de 57,6%) et de 17 964 préservatifs.
- Facilitation de l'accès aux soins de santé des CDI



Graphique 8 : Evolution du nombre de contacts des CDI



Graphique 9 : Nombre cumulé de seringues distribuées aux CDI et récupérées dans la région de Dakar (Octobre 2011- Décembre 2013)

- Inscription de la méthadone dans la liste nationale des médicaments essentiels
- Financement et démarrage de la construction d'un Centre de Prise en Charge Intégré des Addictions à Dakar dans l'hôpital de FANN
- Partage d'expériences avec les partenaires régionaux et internationaux

CONTRAINTES

- Environnement légal et juridique non adaptés à une intervention auprès des CDI
- Environnement social stigmatisant envers les CDI
- Difficultés d'une prise en charge médicale globale des CDI (examens spécialisés, médicaments, prise en charge de hépatites virales etc.)
- Difficultés dans la mobilisation de certaines cibles (femmes, jeunes)
- Absence de matériel d'IEC adapté
- Insuffisance de formations sur la problématique des addictions
- Insuffisance des moyens financiers
- Ruptures de disponibilité de certains matériels de RdR

DEFIS ET PERSPECTIVES :

- Renforcer la mise en œuvre des activités outreach et du Programme Aiguille Seringues
- Développer et multiplier du matériel d'IEC envers les CDI
- Renforcer les moyens d'intervention (unité mobile, matériel IEC, matériels RdR, etc.)
- Terminer la construction et l'équipement du CEPIAD en 2014 et mobilisation de ressources financières, matérielles et humaines suffisantes pour son fonctionnement optimal
- Assurer la disponibilité de la méthadone
- Développer des stratégies d'accès aux soins et de prise en charge orientées spécifiquement vers les femmes et les jeunes
- Mettre en œuvre les activités de plaidoyer et protection des droits humains envers les autorités administratives, politiques, religieuses et communautaires

- Appropriation politique et financière de la stratégie RdR pour l'amélioration de l'environnement socioculturel, politique et légal (loi VIH, code des drogues etc.)
- Développer le partenariat national et international pour renforcer la mobilisation financière
- Renforcer les capacités des acteurs (médecins, assistant social, forces de l'ordre, organisations de la société civile etc.) intervenant dans la prise en charge des CDI
- Renforcement du leadership et de l'autonomisation des CDI
- Développer des activités de recherche et de suivi évaluation des interventions
- Passage à l'échelle de la politique RdR
- Capitalisation et partage des expériences au niveau régional et sous-régional

3.1.3.2. Conseil dépistage volontaire

Historique

En 2000 la promotion du Conseil, Dépistage Volontaire (CDV) et la Prévention de la Transmission Mère- Enfant (PTME) constituent les compléments de la riposte nationale de lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal après la prévention, la Prise en charge globale ((médicale, psychosociale et nutritionnelle) et la PEC des AES

La promotion du CDV est une stratégie très importante de la lutte contre l'épidémie. Il sert de porte d'entrée aux autres services de prévention et de la prise en charge

Son objectif est d'assurer la disponibilité des services de qualité du conseil dépistage à la population et en leur permettant de connaître leur statut sérologique en vue d'un changement de comportements à moindre risques et une prise en charge précoce pour réduire la transmission du VIH dans la population.

Ainsi, dès la mise en œuvre de la politique du CDV, le secteur privé et les ONG ont réussi à implanter le premier centre de dépistage en 2000, grâce à l'appui des partenaires au développement avec une extension progressive. Puis des normes et des protocoles ont été élaborés en 2002 afin de régir leur fonctionnement de même que des guides de counseling et des recommandations nationales en matière de dépistage au laboratoire.

Ainsi une révision périodique de ces documents était prévue afin de les actualiser en fonction de l'évolution de l'épidémie et des priorités du moment.

Un plan stratégique national 2002- 2006 a été élaboré avec un objectif de un centre de dépistage dans chaque région

En 2004, une évaluation des services du CDV dans les centres de dépistage avait montré qu'il existait une demande importante de dépistage qui dépassait les capacités des structures existantes. Et des recommandations importantes ont été formulées dont:

- la revue des normes et protocoles existants en les adaptant au contexte actuel
- l'augmentation des services du CDV pour faire face aux besoins accrus de dépistage dépassant largement les centres existants

Par la suite, le ministère de la santé s'est approprié de ces recommandations et a décidé en fin 2004 d'augmenter l'accès aux services du CDV.

C'est ainsi que l'objectif d'avoir au moins un CCDV dans chaque région qui avait été retenu dans le plan stratégique 2002-2006 a été révisé. Et Le programme a pris l'option d'accélérer le programme d'implantation des CCDV au niveau national et D'intégrer les SCDV dans les structures sanitaires publics (hôpitaux nationaux et régionaux, centre de santé et labo régionaux), parapublics, militaires, dans les Centre Conseil pour adolescent du secteur de la jeunesse et les Centres médico-scolaires du secteur de l'éducation de même que l'adoption des stratégies mobiles et avancées dans la mise en œuvre en vue de renforcer la prévention du VIH

Ce pendant un document politiques, normes et protocoles a été élaboré en 2005 avec la révision des documents du counseling pour harmoniser les interventions du CDV au niveau national

Pour une couverture nationale plus complète, le programme de lutte contre les IST /VIH a décidé en fin 2007 de démarrer la décentralisation du CDV dans les Postes de Santé en fin de le rendre encore plus accessible.

Elaboration du plan stratégique 2007-2011 avec accélération de la couverture national du dépistage surtout au sein des groupes clés et Focus sur l'amélioration de la qualité des services du CDV

Suite le programme a introduit en 2009 l'utilisation des TDR de dépistage dans les postes de santé et maternités, le démarrage de la campagne nationale semestrielle pour faciliter l'accès aux services du CDV et booster le dépistage. Dans le même objectif le dépistage à l'initiative du prestataire a été lancé au Ministère de la Santé en décembre 2011.

Cependant pour améliorer la qualité des services un projet d'amélioration de la qualité a été initié dans cinq site de Dakar puis à Thiès dans 2 districts puis en 2013 dans les régions Sud (Kolda, Sédhiou et Ziguinchor)

Politique

Le CDV est une des composantes de la prévention pour permettre au population de connaitre leur statut sérologique pour renforcer la prévention assurer la prise en charge précoces des cas positifs en vue de réduire la transmission du VIH au sein de la population

Actuellement la vision du programme dans l'intervention du CDV, c'est de contribuer à la réduction de 50 % chaque année la nouvelle infection pour atteindre à l'horizon 2015 zéro.

C'est pourquoi les objectifs annuels chiffrés du CDV dans le plan stratégique 2011- 2015 ont été révisé en 2012

La promotion du CDV s'inscrit dans le cadre d'un objectif général de prévention des nouvelles infections et s'articulent autour de plusieurs objectifs spécifiques.

Et pour l'atteinte de chaque objectif spécifique des stratégies de mise en œuvre sont bien définies

➤ La réduction des comportements et des pratiques à risque de transmission sexuelle

• Renforcement des interventions ciblées chez :

Selon la cible

- les populations clés les plus exposées (PS, HSH, CDI),

- les groupes passerelles (pêcheurs, routiers, population des sites touristiques, forces de sécurité, déplacés migrant (es), détenu (es), les handicapés, orpailleurs, populations transfrontalière en prenant en compte la sexo-spécificité
 - les jeunes de 15 à 24 ans (jeunes non scolarisés, jeunes du secteur informel, filles et garçons du milieu scolaire),
 - chez les Femmes adultes âgées de plus de 25 ans et la prise en compte des aspects genre, auprès des personnes handicapées.
- Assurer la promotion, l'approvisionnement, la distribution et l'utilisation des Préservatifs masculins et féminins (y compris le Marketing social)
 - Renforcement des capacités institutionnelles et de l'assistance technique.
 - la prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES) et aux liquides biologiques
 - Amélioration de l'accès aux services de qualité en CDV
- Elaboration de documents nationaux du CDV
- Renforcement au niveau national de la décentralisation des services de conseil dépistage volontaire (réhabilitation, équipement, fonctionnement etc.)
- Renforcement des capacités techniques des prestataires de CDV (Formation en counselling et en technique de dépistage)
 - Approvisionnement en réactifs et consommables des services de CDV
 - Organisation de Campagnes Nationales de Dépistage avec des stratégies avancées et mobiles ciblées
 - Mise en place d'un système d'assurance qualité avec un contrôle de qualité interne et externe
 - Renforcement du suivi évaluation, des capacités institutionnelles et de l'assistance technique pour les services de CDV

Les principes du CDV

- volontaire (sauf en cas de viol et don de sang et d'organes)
- Gratuit
- A partir de 15 ans (ou avec autorisation parentale si âge inférieur à 15 ans)
- Confidentialité
- L'anonymat
- Rendu résultat du test dans les 24 heures

Stratégies de mise en œuvre

Le service de dépistage est offert dans l'étendu du pays en stratégie fixe ou mobile

➤ Stratégies fixes

Le service est disponible dans deux types de site

- Les SCDV (service de conseil dépistage volontaire intégrés dans les structures de santé, militaires, les centres médicaux scolaires et les CCA)
 - Les CCDV (centre de conseil dépistage volontaire) qui sont des structures autonomes
 - Stratégie mobiles
- Le service est offert lors des :
- Stratégies mobiles et avancées
 - Campagnes national semestrielle de dépistage

1.2.4. Approvisionnement

L'approvisionnement en réactifs, kit de dépistage et consommables se fait au niveau national à partir de la PNA et à la PRA au niveau régional

1.2.4. Suivi évaluation

Le suivi évaluation est assuré par :

- Des supervisions formatives régulières nationales et régionales
- La collecte et l'analyse des données avec un seul système de collecte et de remontée pour tous les secteurs (Three Ones) et à chaque niveau de la pyramide sanitaire (national- régional- district)

1.2.5. 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. Il assure 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 Réunion Pool SIDA.

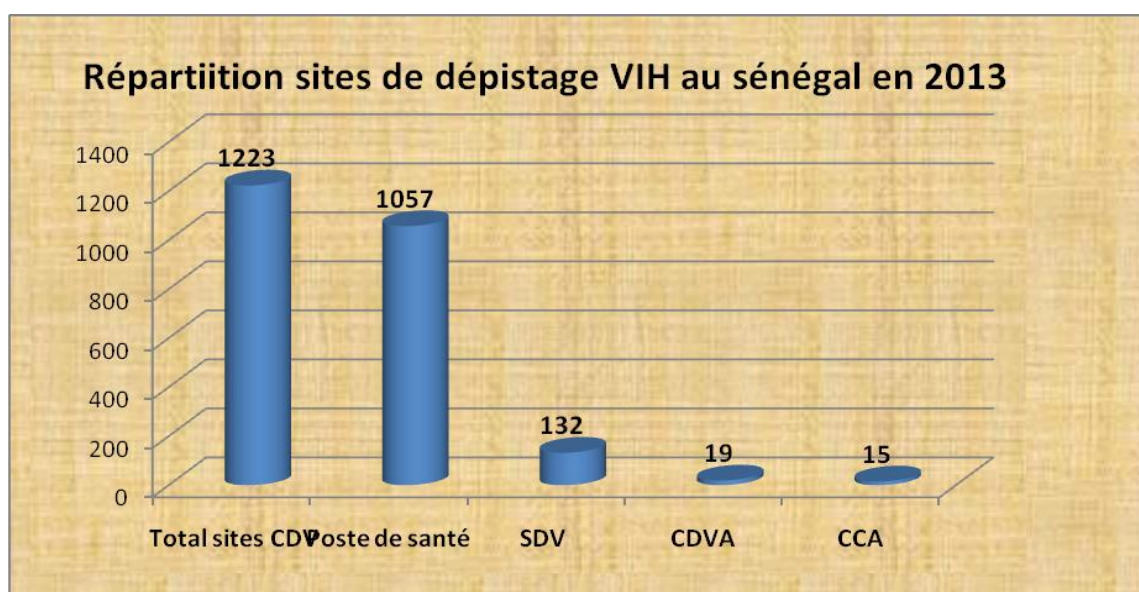
RESULTATS DU CDV

A. ACCES AUX SERVICES DU CDV

✚ Evolution du nombre de sites de dépistage

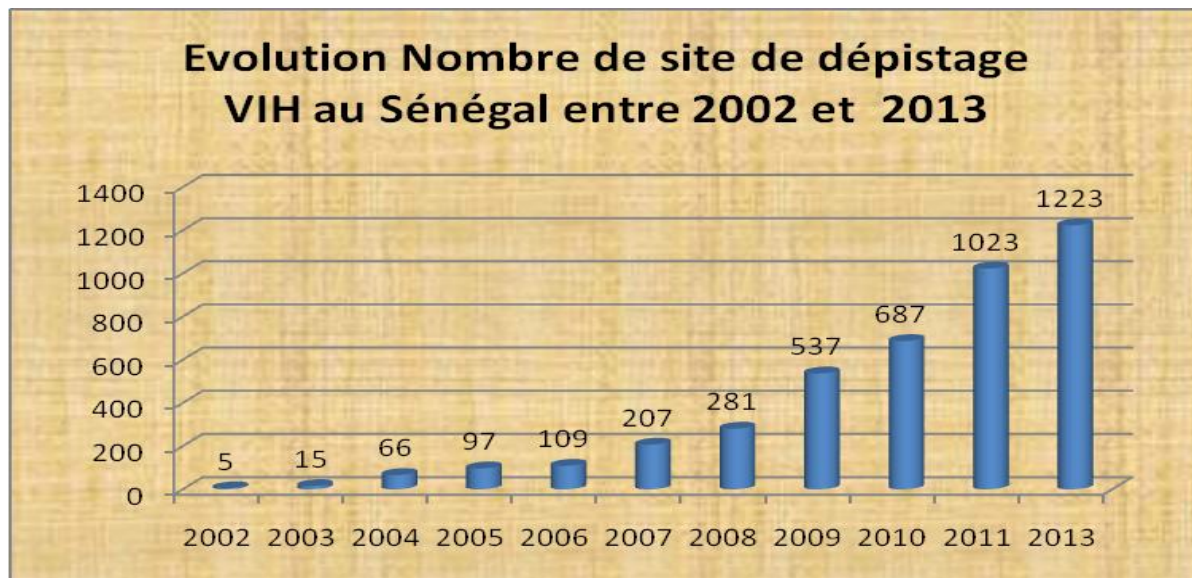
Le nombre de sites CDV s'élève à 1 223 en 2013 avec une couverture nationale de 100% (CS, hôpitaux, CDVA, CCA et EPS), 88% Postes de santé, 50% des CMG)

Ceci a favorisé l'accès aux services du dépistage et surtout chez les femmes enceintes dans le cadre de la PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH) au niveau décentralisé avec 1 057 qui offre le service. Ceci favorise la connaissance du statut sérologique, la prise en charge précoce des personnes dépistées positives et le renforcement de la prévention chez les volontaires dépistés négatifs pour atteindre les « OMD 6 » fixé d'ici 2015 avec comme vision Zéro enfant infecté, Zéro décès et Zéro discrimination.



Graphique 10 : Répartition des sites de dépistage en 2013

Les sites de dépistage au Sénégal ont évolué rapidement au Sénégal entre 2002 et 2013. Le nombre est passé respectivement de 5 sites à 1 223



Graphique 11 : Evolution du nombre de sites de conseil dépistage de 2002 à 2013

Ainsi, le taux de couverture nationale en site de dépistage est de 87,85% en 2013 pour l'ensemble des sites du secteur santé dont 85% les postes de santé (1057/1240) .

- Formation du personnel

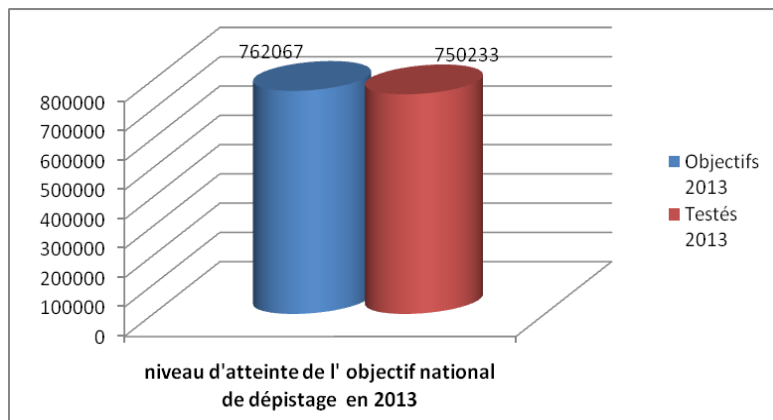
En 2013 les districts sud du Sénégal ont bénéficié dans le cadre du RSS un renforcement de ressources humaines avec 100 Sages-femmes et infirmiers recrutés dans les régions du Sud pour rendre fonctionnel certains postes de santé. Ainsi ils ont bénéficié de renforcement de capacité dans le paquet Intégré dont le conseil dépistage.

B. NIVEAU D'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL

- B.1. AU NIVEAU NATIONAL

Dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH 2011 - 2015, le Sénégal s'est fixé des objectifs annuels sur le dépistage volontaire de la population générale. Puis ces objectifs ont été revus à la hausse en 2012 pour atteindre un taux de dépistage de 20% en 2015.

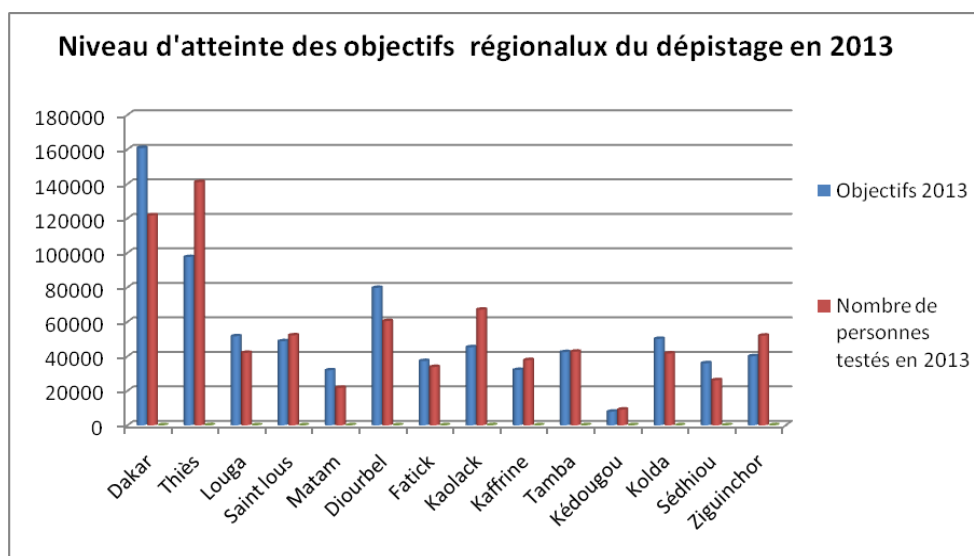
En 2013, le nombre de personne dépisté au VIH au niveau national est de 750 233 par rapport à un objectif national de 762 067. Ce qui nous donne une performance nationale de 98,45%. Et si nous comparons les données de 2012 où la performance était de 91% nous pouvons dire qu'en 2013 nous avons une augmentation de du nombre de personnes dépistées de 7,45%.



Graphique 12 : Performance nationale du dépistage VIH de la population générale 2013

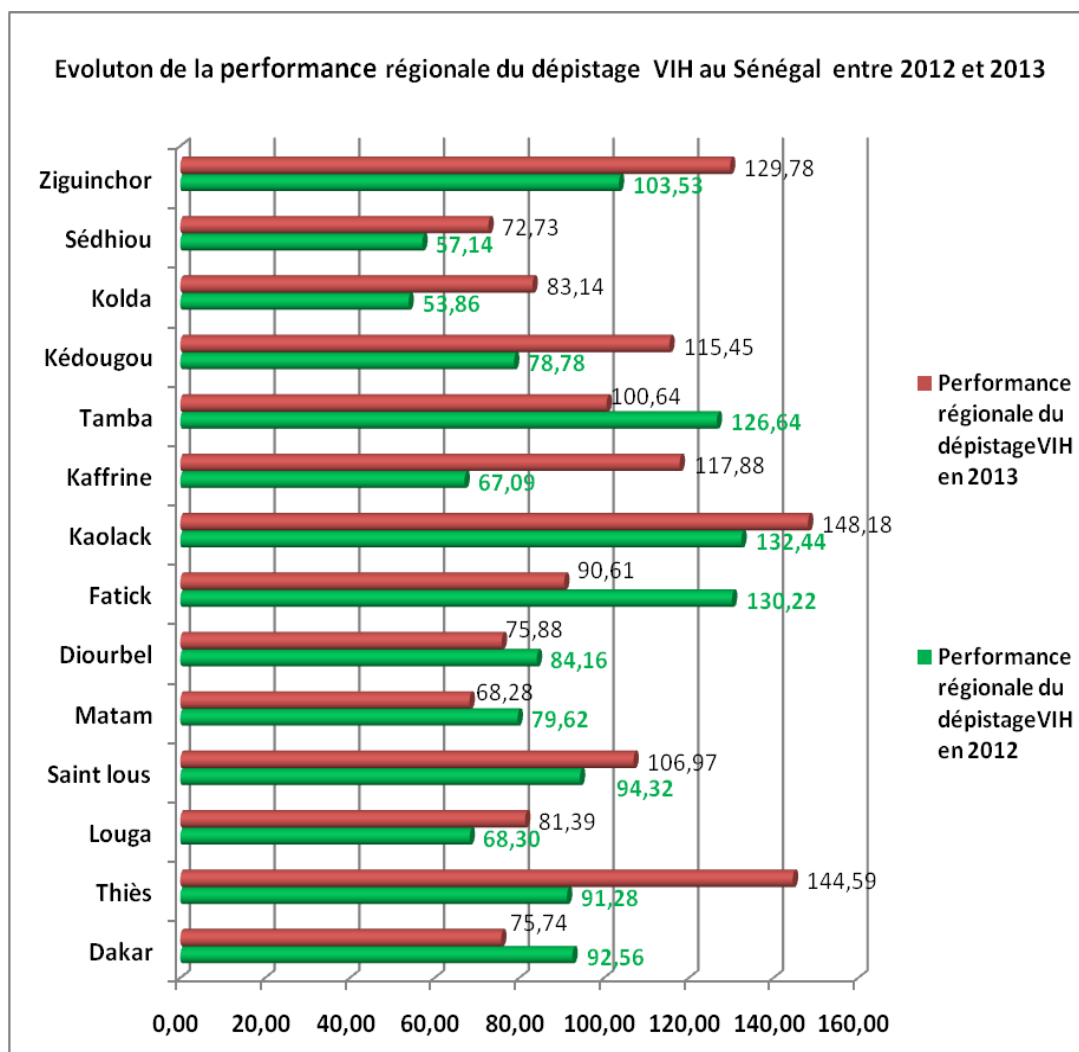
AU NIVEAU REGIONAL

Ces objectifs du plan stratégique national de lutte contre le Sida ont été désagrégés aussi au niveau régional. Ce pendant l'analyse des résultats de 2013 montre une atteinte des objectifs de dépistage dans 7 régions (Kaolack, Thiès, Ziguinchor, Kaffrine, Kédougou, Saint louis et Tamba avec des performances respectives de 129,8% ; 100,64% ; 148,18% ; 106,97% et 144,59%. Les 7 autres régions (Matam, Sédhiou, Dakar, Diourbel, Louga, Kolda) n'ont pas atteint leurs objectifs avec des performances qui varient entre 68,28% et 90,6%



Graphique 13 : Nombre de personnes dépistées au VIH au niveau régional par rapport aux objectifs 2013 (source: données DLSI / Programme)

B.2. Performance régional en 2012 et 2013



Graphique 14 : Performance régional du dépistées au VIH en 2012 et 2013

La comparaison de ces différents résultats entre 2012 et 2013 ont montré l'augmentation des performances régionale de dépistage entre 2012 et 2013. Ainsi en 2012 4 régions (Ziguinchor, Tamba, Kaolack et Fatick) seulement ont atteint leurs objectifs de dépistage avec des performances respectives de 103,5% ; 126,64% ; 132,44% et 130,22%. Par contre pour 7 régions ont atteint leurs objectifs

Et parmi les 7 autres qui n'ont pas atteint les objectifs nous notons les régions de Kolda, Sédhiou (régions de forte prévalence) et Louga qui ont eu une nette amélioration de leurs performances entre 2012 et 2013. Respectivement nous avons Kolda (53,86% / 83,4%) : Sédhiou (57,14% / 72,73%) et Louga (68,28% / 81,39%).

Ceci peut s'expliquer par le financement des partenaires des interventions ciblées dont les activités de dépistage dans les régions de Kolda et Sédhiou (zone de fortes prévalences). De même que le renforcement du système de santé (RSS) de par ces financement à relever le plateau technique dans ces région du Sud avec un recrutement et la formation du personnel dans le paquet intégré au niveau des postes des santé pour les rendre fonctionnel et par conséquent améliorer l'accès au service du conseil dépistage à la population.

Selon l'âge

Tranche d'âge	Hommes	Femmes
15-24 ans	35,9%	64,05%
25-48 ans	34,35%	82,85%
≥ 48 ans	42,27%	57,7%

L'analyse des données montre que la femme se dépiste plus que les hommes quel que soit la tranche d'âge

Acquis

- Existence de politique de mise en œuvre
- Existence de document politiques normes et protocole du CDV
- Existence de documents de counseling
- Formation des prestataires sur le CDV et counseling
- 1 223 sites de dépistage (dans 100% (CS, hôpitaux, CDVA et EPS), 88% Postes de santé, 50% des CMG)
- Décentralisation du dépistage dans 88%
- Gratuité du test
- Intégration des services de dépistage dans les labos des centres de santé, hôpitaux publics et militaires, CMG, CMS, CCA et EPS
- Adoption de stratégies de mise en œuvre
 - Stratégies fixes
 - stratégies avancées
 - Campagnes 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

Contraintes

- 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% chez les hommes) (données EDSV/2010)
- Faiblesse de la performance du dépistage au niveau des régions et surtout les zones sud et sud – est (Kolda, Sédhiou, Kédougou) où la prévalence est forte
- Insuffisance du dépistage des enfants
- Insuffisance du dépistage dans les zones de fortes prévalence (- de 60% de leurs objectifs)
- Insuffisance dans le ciblage des groupes clés (CDI)
- Insuffisance dans le contrôle de qualité externe dans l'ensemble des sites

- Insuffisance dans la gestion des réactifs (insuffisance dans la tenue des outils de gestion) et des déchets biomédicaux
- Insuffisance dans le contrôle de qualité externe dans l'ensemble des sites
- Insuffisance des unités mobiles de dépistage
- Difficulté dans la PEC des personnes dépistées positives lors des SA
- Mobilité du personnel formé
- Insuffisance de formation du personnel sur l'assurance qualité
- Insuffisance dans la promotion du CDV et dans le ciblage de certains groupes vulnérables (CDI...)
- 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 les hôpitaux.
- Insuffisance du dépistage des couples (70% des nouvelles infections sont identifiées dans les couples EDSV)
- Faibles implication du secteur privé.
- Absence de Test différentiel a niveau régional pour le suivi des cas indéterminé (chaîne ELISA / Labo régionaux, Banques de sang)
- Non démarrage de la politique sur la délégation des tâches au niveau national pour faciliter la PEC des personnes dépistées positive surtout en SA
- Insuffisance des outils de communication en langue locale pour la promotion du cdv

Défis

- Révision du document politique CDV
- Valider et finaliser du document assurance qualité
- Améliorer la gestion des ressources humaine au niveau du MSAS
- Formation et recyclage du personnel secteur santé et communautaire avec focus sur le counseling et dépistage du couple
- Renforcer le ciblage de dépistage au niveau des zones de forte prévalence et les cibles clés, les orpailleurs et population transfrontalière
- Booster le dépistage des enfants
- Booster le dépistage du couple
- Renforcer l'implication des hommes adulte
- Promouvoir le CDIP
- Promouvoir le conseil dépistage pré-nuptiale (plaidoyers, sensibilisation....)
- Renforcer l'implication du secteur privé (plaidoyer au plus haut niveau pour le développement du partenariat public- privé
- Renforcer la qualité du dépistage surtout en stratégie avancée
- Mettre en place de chaîne ELISA au niveau des régions
- Assurer le contrôle qualité externe au niveau national
- Mettre en place une unité mobile de dépistage dans chaque région
- Prendre en charge plus de 90% des personnes dépistées positives
- Passer à l'échelle le politique national sur la délégation des tâches
- Couverture complète de tous les points de prestation pour le suivi des PS sur l'utilisation des tests rapides
- Améliorer le système d'information des données (logiciel)
- Evaluation de la qualité du CDV
-

Perspectives

- Finalisation, reproduction et diffusion du document assurance qualité
- Révision document politique, normes et protocoles
- Formation et recyclage du personnel secteur santé et communautaire avec focus sur le counseling et dépistage du couple
- Renforcement de la promotion du CDV au sein de la communauté et du couple
- Promouvoir les consultations et conseil dépistage pré-nuptial (plaidoyers, sensibilisation....)
- Augmenter les unités mobiles
- Booster le dépistage des enfants
- Mise en place de chaîne ELISA au niveau des régions
- Assurer au moins le suivi de 90% des personnes dépistées positives lors des SA
- Assurer le contrôle qualité externe au niveau national dans tous les sites
- Assurer un meilleur ciblage des personnes vulnérables (CDI, HSH, PS)
- Former les prestataires et mettre en place un service de dépistage dans le centre de prise en charge des CDI
- Couverture complète de tous les PS sur l'utilisation des tests rapides

Obstacles

- 50% des financements des programmes VIH financé par les Partenaires de développement
- Absence d'utilisation de logiciel national harmonisé favorisant le plus souvent la perte de données et une difficulté de la remontée de ces dernières selon la pyramide sanitaire
- Faiblesse du développement du partenariat public au niveau du Ministère de la Santé
- Certaines croyances socio-culturelles peuvent constituer un blocage pour la promotion du dépistage du couple et le dépistage pré-nuptial

LES MEILLEURS PRATIQUES

Les résultats satisfaisants dans la prévention de la lutte contre le VIH ont permis de déceler de bonnes pratiques comme :

- la décentralisation des services de CDV au niveau des postes de santé améliorant l'accès aux services de dépistage dans les zones les plus reculées
- projet d'amélioration de la qualité de service dans les districts de Dakar, Thiès, Ziguinchor
- Interventions ciblées dans les zones de forte prévalence du sud
- Dépistage du couple
- Campagne semestrielle nationale de dépistage

3.2. LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH ET DES OEV

3.2.1 PRISE EN CHARGE MEDICALE

3.2.1.1 POLITIQUE :

La précocité et la qualité de la riposte ont contribué à contenir l'épidémie qui est restée concentrée dans les populations clés. Après avoir prouvé la faisabilité d'une prise en charge de qualité au niveau des pays à moyens limités, le Sénégal s'est inscrit dans une politique de décentralisation de la prise en charge.

En 2013, le Sénégal a révisé son document de politique, axé sur les dernières recommandations de l'OMS indiquant les grandes orientations en matière de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Le pays, s'est fixé pour objectif d'actualiser et d'harmoniser les attitudes et pratiques aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, pour une prise en charge de qualité. Cette révision a intégré la délégation des tâches comme un axe de politique de PEC dans le but de rapprocher les soins aux populations.

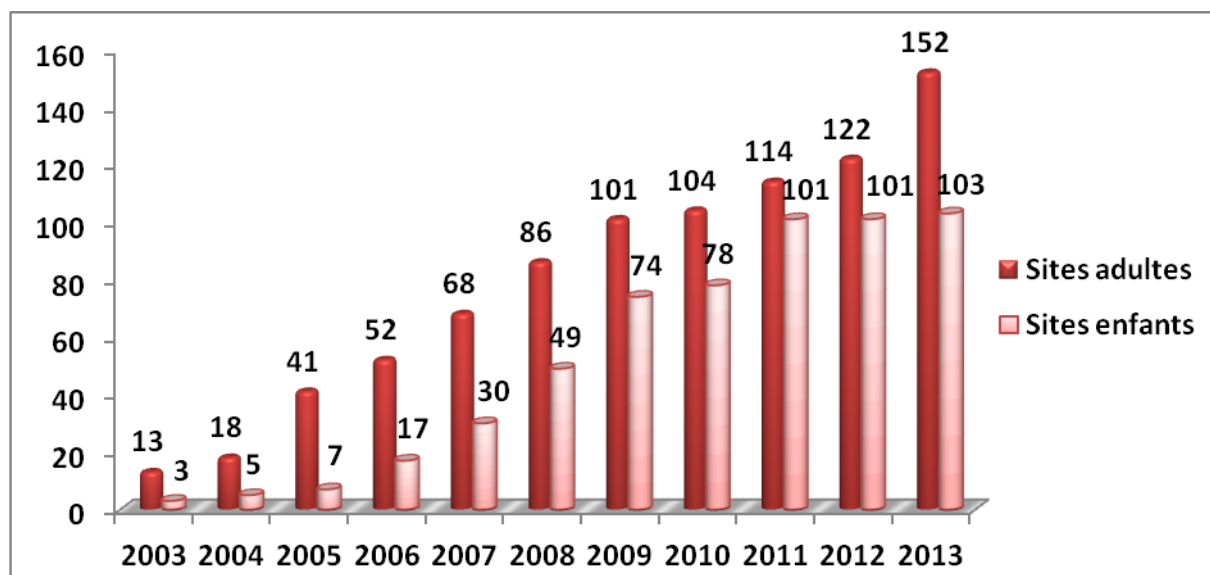
La délégation des tâches recommandée par l'OMS depuis 2004 semble être l'une des meilleures stratégies pour atténuer l'impact de la crise en ressources humaine qualifiée, notamment au niveau des pays à moyens limités comme le Sénégal.

Les ARV ont été rendus disponibles dans les 14 régions. Ce programme a été fortement favorisé par la décision du Gouvernement de rendre gratuits le dépistage du VIH, le traitement par les ARV et les examens de suivi immuno-virologique. Les efforts de décentralisation déjà entrepris par le Sénégal ont été renforcés dans le cadre de sa participation à l'Initiative « 3 en 5 » de l'OMS et de l'accès universel.

L'inscription des ARV et des réactifs de dépistage dans la liste des médicaments essentiels ont également beaucoup contribué à l'accès des traitements ARV au processus de décentralisation. Des normes et standards sont définis pour permettre une évaluation régulière de la qualité de la prise en charge.

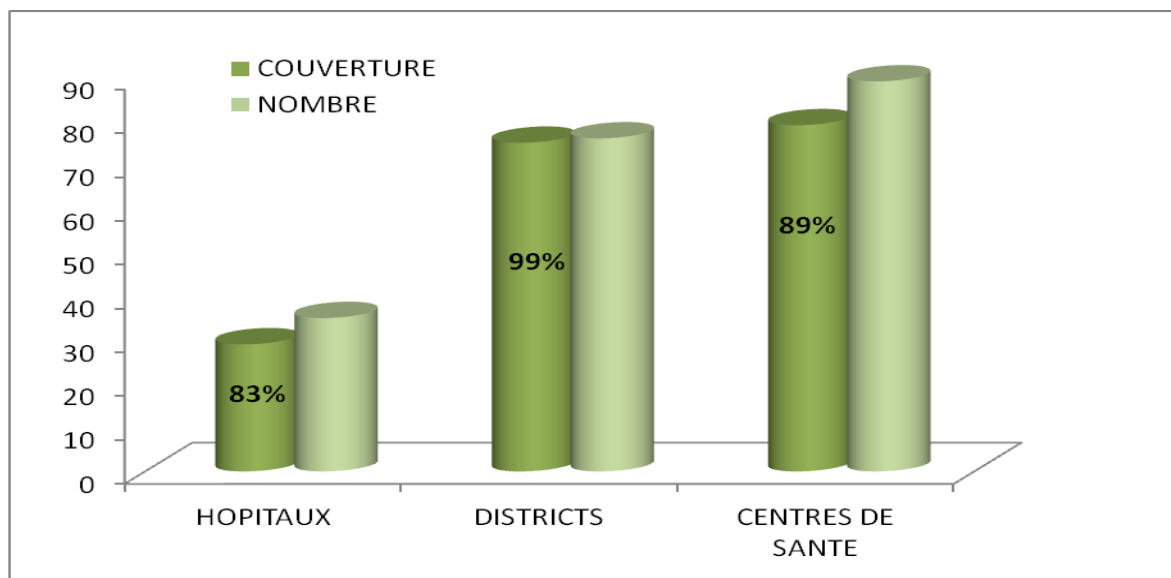
3.2.1.2 COUVERTURE DES SERVICES

La décentralisation en 2002 a permis une augmentation progressive des sites de PEC qui sont passés de 52 à 152 pour les sites adultes et de 17 à 103 pour les sites pédiatriques en fin Décembre 2013. Cette augmentation du nombre de sites de PEC est essentiellement due à la délégation des tâches jusqu'au niveau le plus périphérique.



Graphique 15: Evolution des sites de PEC de 2003 à 2013

Par rapport à l'accessibilité des services de prise en charge du VIH, le Sénégal a fait des avancées dans la couverture des structures avec 99% des districts sanitaires, 89% des centres de santé et 83% des hôpitaux. Avec le démarrage de la délégation des tâches, 30 postes de santé font actuellement la PEC des PVVIH. Le passage à l'échelle au niveau des postes est prévu courant 2014.



Graphique 16 : Taux de couverture des structures

- COUVERTURE EN TRAITEMENT ARV :

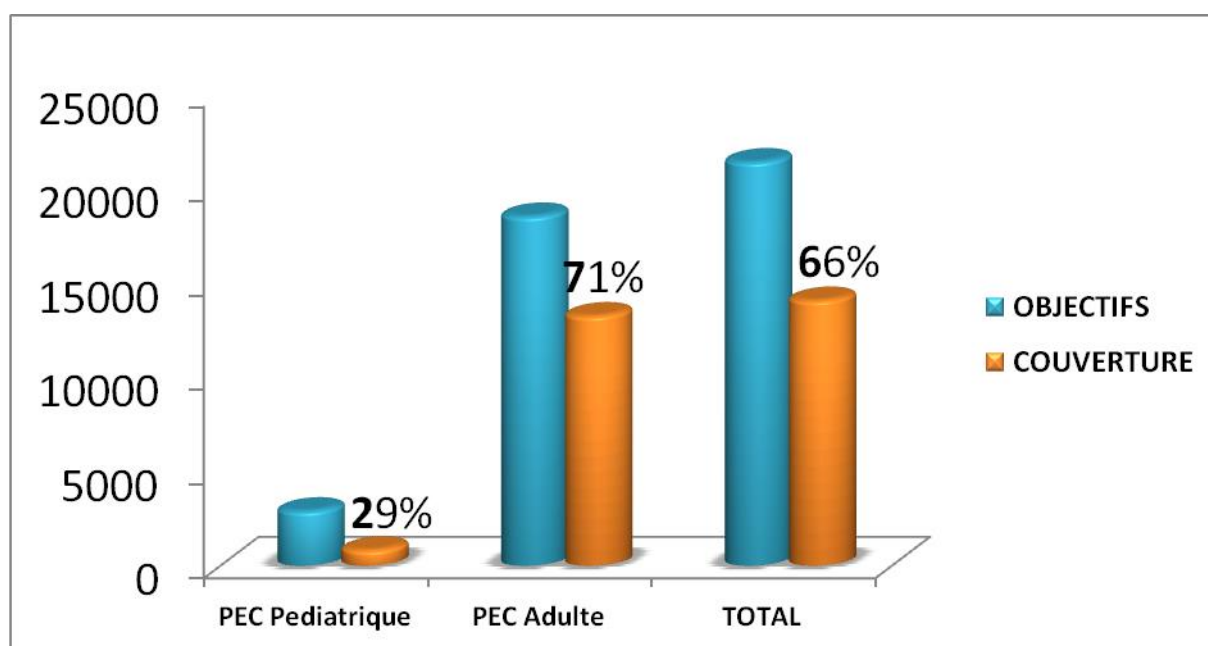
La décentralisation a permis une augmentation significative du nombre de PVVIH sous traitement ARV qui est passé de 1 855 patients en 2004 à 13716 patients en fin Décembre 2013. 4321 patients ont été enrôlés dans le traitement ARV courant 2013 pour un objectif de 3320 soit 130% de performance.



Graphique 17 : Evolution des nouvelles inclusions annuelles

La couverture en traitement antirétroviral est de 71% pour les adultes et 29% pour les enfants en 2013

En 2004, 74% des patients sous ARV étaient suivis à Dakar. Cette tendance s'est inversée depuis 2008. En 2013, 70% des nouvelles inclusions sous TAR se passent dans les Régions.



Graphique 18 : Couverture des structures

- DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Ce passage à l'échelle est accompagné par un renforcement des capacités du personnel, l'élaboration de guides et fiches techniques (fiches techniques nutrition, fiches techniques éducation thérapeutique, document de politique et manuel de formation TB/VIH, politiques et guide nationale de PEC de l'infection par le VIH, fiches techniques délégation des tâches, fiches techniques soins palliatifs). En plus, un suivi régulier des interventions à travers un système de parrainage national et régional est mené sous forme de supervisions formatives ciblées.

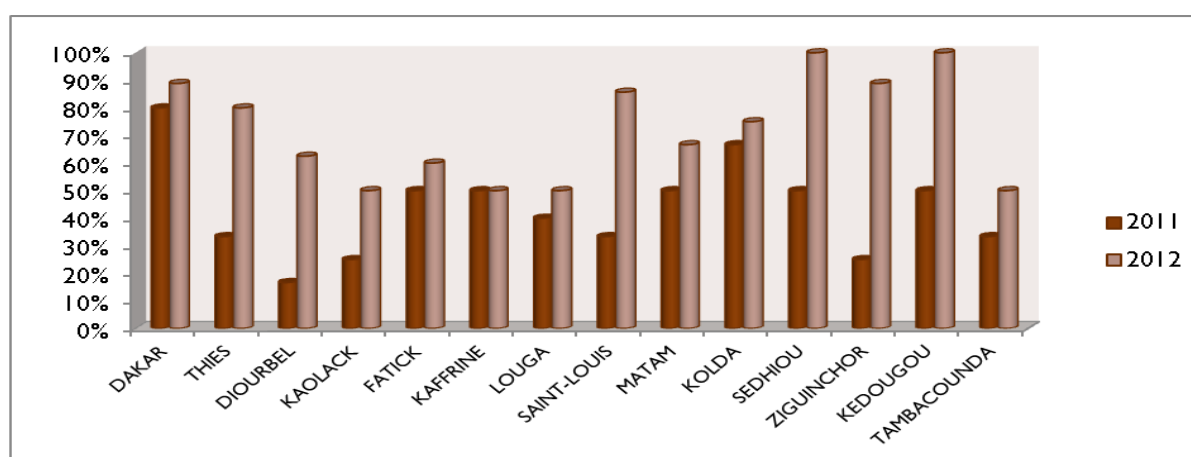
Ainsi 290 prestataires ont été formés sur un besoin de 557 soit une couverture de 52%. Pour renforcer la couverture en personnel qualifié, particulièrement dans les zones défavorisées, le programme de renforcement du système de santé a recruté 100 sages-femmes et infirmiers dont 90% ont été fidélisé par l'octroi d'une prime d'éloignement.

- COUVERTURE EN RESSOURCES MATERIELLES

130 structures ont été réhabilité et équipé en appareils hématobiochimique (RSS) pour accompagner la prise en charge et le suivi biologique des patients.

Dans le but d'améliorer la qualité du suivi des PVVIH, de prévenir et de suivre l'émergence des résistances, la charge virale est décentralisée (Kolda, Ziguinchor, HMO, Kaolack, CTA Fann, Richard Toll) et un projet de suivi des HIVDR a été initié.

86 appareils CD4 sont disponibles 65 fonctionnels, accompagné par la signature de contrat de maintenance pour assurer leur fonctionnalité.



Graphique 19 : Evolution de la Couverture en appareils de mesure des CD4

- PERFORMANCE DE LA PEC

Le taux de survie, a été obtenu grâce à une collecte active de données au niveau des dossiers des patients. En 2013, tous les sites de PEC ont été inclus dans la collecte. Ainsi, ce taux de 71% souffre essentiellement de l'ampleur des perdus de vue. Ce fort taux de perdu de vue est lié plus à la non notification des derniers rendez-vous des patients plutôt qu'à des perdus de vue réels. Le taux de décès a même diminué de moitié entre 2011 et 2012 (Cf. tableau 6: performance et qualité des services)

Tableau 6 : Evolution du taux de survie à 12 mois entre 2011 et 2012

	2011	2012
Taux de survie	73%	71%
Taux de décès	8%	4%

- 3.2.2 PRISE EN CHARGE DE LA COINFECTION TB/VIH

La prise en charge de la coïnfection a aussi été un des objectifs majeurs.

Dans le cadre du renforcement de la cogestion TB-VIH à tous les niveaux un comité national et des comités régionaux ont été mis en place depuis 2007.

Le formulaire de rapport de la coïnfection a été harmonisé, et des revues conjointes organisées.

Tous les responsables des centres de traitement de la tuberculose ont été formés sur la PCIMAA VIH et sur les techniques de diagnostic rapide du VIH

Pour améliorer la réduction de la charge de morbidité TB chez les VIH

Les pairs éducateurs ont été formés sur le screening TB chez les PVVIH,

Le cours national sur la coïnfection TBVIH a été organisé pour les coordonnateurs nationaux et régionaux, de la prise en charge

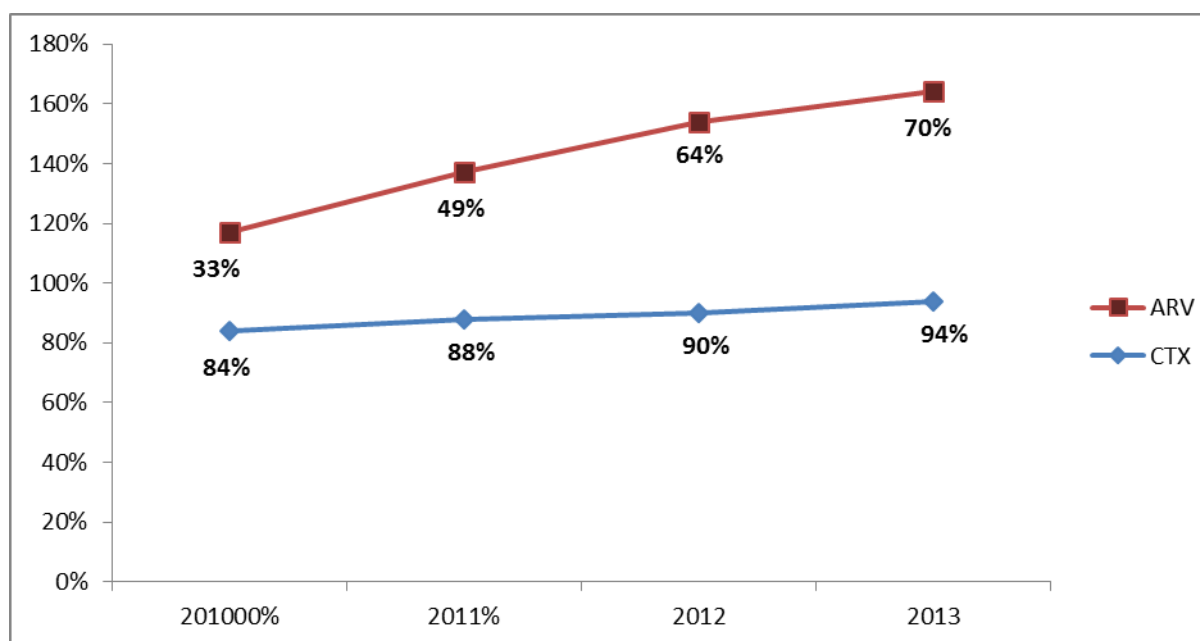
La phase pilote de la mise en œuvre de la chimioprophylaxie à l'INH a démarré

L'acquisition de 8 appareils GenXpert (LNR, Pneumo Fann, Kaolack, Saint-Louis, Kolda, Touba et Dioffior) et de quatre radios numériques : 2 mobiles par le PNT et 2 par la DLSI installées dans la banlieue de Dakar (Guédiéwaye et Mbao).

Pour Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux

Le programme TB recommande la mise systématique sous traitement préventif au cotrimoxazole de tous les patients TB dépistés positifs au VIH ainsi que leur référence systématique vers les structures de prise en charge.

La mise sous TPI au cotrimoxazole des patient Tb a évolué de 84% en 2010 à 94% en 2013.
Le cotraitement de la TB et la mise sous TAR évolué de 34% en 2010 à 70% en 2013



- Graphique 20 : Evolution de la mise sous TPI au Cotrimoxazole et du Cotraitement de la TB et du VIH

CONTRAINTES :

Malgré tous ces efforts, le programme fait face à des contraintes majeures :

- la persistance de la stigmatisation en milieu sanitaire (3% Index de stigmatisation et de discrimination des PVVIH, 2012)
- au déficit en ressources humaines qualifiées,
- la mobilité du personnel
- l'incertitude dans la pérennisation des ressources humaines
- l'émergence des résistances aux ARV de 1^{ère} et 2^e ligne
- les difficultés d'acquisition des ARV de 3^{ème} ligne
- l'arsenal thérapeutique limité pour les patients VIH 2 et les enfants en échec thérapeutique ou co-infectés TBVIH
- la quantification des médicaments contre les IO se fait par estimations du fait d'absence de cartographie.
- l'insuffisance de l'accessibilité géographique aux soins et financière pour les bilans de suivi et les frais médicaux liés aux médicaments contre les IO.
- l'Intégration VIH/TB au niveau opérationnel
- l'évaluation de la phase pilote de la mise en œuvre de la chimio-prophylaxie à l'INH et son passage à l'échelle
- l'Absence de coordination entre les programmes hépatite et VIH
- l'insuffisance du dépistage et du suivi des enfants (absence de répondant fiable),
- la faible implication du secteur privé dans la PEC
- l'insuffisance de l'accessibilité aux CD4 et à la charge virale,
- le cumul des perdus de vue enregistrés depuis 1998 qu'on n'arrive pas à retrouver et qui pèsent sur le programme puisse que représentant jusqu'à 1/3 de la cohorte.
- l'absence de logiciel de gestion des cohortes des PVVIH

DEFIS : assurer la qualité et la continuité des services par :

- l'intégration des médiateurs dans l'équipe de PEC pour faciliter l'accès aux soins, la recherche PDV, l'ETP, l'aide à l'observance, la relance des irréguliers et les soins palliatifs.
- la création de pools de référence régionaux à travers les CTA/PTA/UTA (CTA Fann, HEAR, UTA Louga, PTA Thiès, PTA Kolda, PTA Ziguinchor, UTA Mbour).
- l'organisation de stages pratiques au niveau des sites de référence
- la disponibilité la charge viral/e dans toutes les régions
- la mise en place d'un dispositif de suivi de l'émergence des résistances aux ARV
- le passage à l'échelle de la délégation des tâches au niveau poste de santé
- la mise en place d'un logiciel de gestion des cohortes

- le développement de la recherche opérationnelle (cartographie des IO, évaluation de la qualité de la PEC, déterminants des PDV, audit des décès sous ARV, analyse des facteurs associés à la résistance des ARV etc.)

OPPORTUNITES

- Extension du « Task shifting » – Délégation des tâches
- Phase pilote de la stratégie « test and treat »
- Projet d'étude sur l'efficacité des ARV de 3^{ème} ligne (THILAO)
- Stratégie "tutorat" dans la PEC des enfants
- CMU (couverture maladie Universelle) / CMV (couverture médico-sociale des groupes vulnérables)
- Renforcement du Système de Santé
- Projet du suivi de l'émergence des résistances aux ARV (HIVDR)
- Loi sur le VIH

3.2.3 PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

- 3.2.3.1 Politique

Les PVVIH ressentent une grande souffrance psychologique. La situation est encore plus marquée pour les jeunes enfants. Les enfants peuvent être eux-mêmes infectés ou exposés au risque d'infection), ils peuvent avoir un parent gravement malade, avoir perdu la principale personne qui subvient aux besoins du ménage, ou se retrouver orphelins doubles.

Ils peuvent aussi vivre dans une communauté qui est sérieusement affectée, et souffrir indirectement de l'effondrement des structures et services communautaires, et/ou peuvent être abandonnés parce que leur propre famille est surchargée à cause de sa responsabilité de prise en charge des membres de la famille étendue. Dans les communautés sérieusement affectées par le VIH, les jeunes enfants souffrent, plus généralement, que les adultes. C'est pourquoi dans cette proposition, un accent particulier est mis sur l'appui psychosocial aux enfants.

Nous notons un grand développement des activités de soutien psychosocial aux PVVIG et aux Orphelins et autres enfants vulnérables (*Les principales activités déroulées dans l'appui psychosocial sont les Visites à Domicile, les Groupes de paroles, Visites intra hospitalières, Médiation sociale, Counseling, etc.*). Deux principales raisons peuvent être avancées pour l'expliquer. La première est que les associations acquièrent de plus en plus de compétences dans le travail d'accompagnement/soutien. La deuxième est que le contexte de stigmatisation et de discrimination dans lequel nous évoluons, fait que les PVVIH ne peuvent partager ni leur vécu, ni leurs problèmes ou souffrances liées à l'infection avec leurs proches ou entourage. Elles ne peuvent recevoir d'appui que de leurs pairs.

3.2.3.2 Principaux acquis dans la prise en charge psychosociale

- La Valorisation de l'expertise des PVVIH dans la Prise en charge psychosociale (Médiateurs psychosociaux)
- 48 associations d'accompagnement et de soutien des PVVIH et des OEV appuyées financièrement et techniquement dans les 14 régions déroulent des activités de soutien psychosocial ;
- 9 UTA/PTA/CTA déroulent des activités de soutien psychosocial pour les PVVIH Adultes ;

- 16 650 PVVIH sont touchées par les activités communautaires de soutien psychosocial;
- Intégration et prise en compte des Adolescents vivant avec le VIH dans les activités de thérapies de groupes ;
- Elaboration d'un Guide prise en charge psychosociale des OEV ;
- Révision du Guide d'Accompagnement/soutien des PVVIH ;
- Renforcement des capacités des pairs éducateurs sur la prise en charge psychosociale des PVVIH ;
- Renforcement de capacités des parents et des donneurs de soins sur la prise en charge psychosociale des OEV ;
- Organisation de rencontres sur le Continuum de soins entre les associations et les structures de prise en charge;

-

3.2.3.3 Contraintes

- Insuffisance qualitative et quantitative de la PEC psychosociale pour les PVVIH et les OEV ;
- Faible ciblage des PVVIH en zone rurale et périurbaine/ gap de couverture géographique dans la délivrance des services psychosociaux ;
- Insuffisance de l'harmonisation des interventions psychosociales (pas de mécanisme formel de coordination des activités communautaires entre les associations et les structures de soins) ;
- Non prise en compte des besoins spécifiques pour les OEV et Adolescents pour les activités de thérapie de groupe ;
- Non implication des familles dans l'accompagnement psychosocial surtout pour les enfants (non partage du statut sérologique au niveau de la famille) ;
- Insuffisance de suivi psychologique et psychiatrique (9% des PVVIH ont eu des pensées suicidaires : Ref. Index de stigmatisation et de discrimination des PVVIH au Sénégal, 2012) ;
- Arrêt du programme de bourses scolaires pour les OEV (avec le projet BM/SECNLS/ 2008-2010) et insuffisance du financement actuel de l'appui scolaire des OEV ;
- Forte dépendance des activités de prise en charge psychosociale à des financements de projets (FM, USAID, etc.) ;
- Difficulté d'atteinte des PVVIH non associatifs ;
- Difficulté d'assurer un continuum des services et des soins entre les sites de PEC et les associations d'accompagnement/soutien ;

-

3.2.3.4 DEFIS

- Renforcer la qualité des services d'accompagnement psychosocial pour PVVIH et OEV ;
- Renforcer l'intégration des médiateurs PVVIH dans les structures de prise en charge ;

- Rendre effectif le continuum des soins et des services entre les sites de PEC et les associations d'accompagnement/soutien ;
- Mettre à jour les différents outils d'accompagnement psychosocial ;
- Prestataires et donneurs de soins formés sur la prise en charge psychosociale (Adultes et OEV) ;
- Mobiliser des ressources pour l'allocation de bourses scolaires aux OEV ;

3.2.4. PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

- 3.2.4.1 POLITIQUE ET ACQUIS

L'appui nutritionnel aux PVVIH et aux OEV est fondamental dans la prise en charge de qualité. Il occupe souvent la première place des besoins d'accompagnement/soutien. Toutes les sous sous récipiendaires déroulent des activités de soutien nutritionnel ; soit sous forme de distributions de kits alimentaires, d'éducatons nutritionnelles, de démonstrations culinaires et de repas communautaire. Pour les OEV, le soutien nutritionnel se limite à la distribution de denrées alimentaires. Il y a aussi des parents qui ont été capacités à la prise en charge nutritionnelle.

L'importance de l'appui nutritionnel est à mettre en rapport avec la situation de malnutrition et de sous-alimentation d'une bonne partie de la population sénégalaise. Les PVVIH, membres des associations de PVVIH sont, toute proportion gardée, dans la même situation. Pour les PVVIH, «à mesure que progresse l'infection, les besoins alimentaires et nutritionnels chez les personnes atteintes augmentent ». Cette augmentation s'accompagne d'une complexification et devient plus spécifique. Elle a de plus en plus besoin d'aliments et de nourriture pour faire face naturellement à la faim, mais aussi aux conséquences de l'évolution de l'infection, de la modification de l'état nutritionnel du corps et la prise de médicaments et des ARV.

Pour retarder la progression de la maladie une bonne alimentation peut être d'un grand apport, itou la prévention ou le ralentissement des infections opportunistes. Elle contribue aussi à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes. Dans le suivi médical des PVVIH sous traitement, il est fortement recommandé d'avoir une bonne hygiène de vie et d'une bonne alimentation. Les traitements sont plus efficaces.

Au regard des considérations ci-dessus, une mauvaise prise en charge nutritionnelle peut compromettre les autres volets de l'Accompagnement/Soutien apporté aux PVVIH et aux OEV. Les parents ou les tuteurs sont parfois dans l'incapacité de fournir ou de prendre en charge les besoins nutritionnels particuliers des enfants infectés. Dans ce cas, le soutien nutritionnel de l'association est la seule alternative possible pour apporter des réponses adéquates, même de manière provisoire et ponctuelle, en attendant une solution plus pérenne. Dans ce domaine, il est noté l'expertise et la qualification La plupart des PVVIH qui sont membres des associations de soutien, sont sans ressources. En plus, à cause de l'infection, beaucoup de PVVIH, ont perdu la capacité de se procurer une bonne alimentation. Les associations sont sur-sollicitées par leurs membres pour pouvoir bénéficier d'appui nutritionnel.

Les réponses données par ces associations sont limitées. Il y a toujours un déficit, un gap à combler dans la prise en charge nutritionnelle. La demande est toujours supérieure à l'offre.

3.2.4.2 PRINCIPAUX ACQUIS DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

- Mise en œuvre d'activités de soutien nutritionnel pour les PVVIH au niveau de toutes les associations de soutien et dans tous les UTA/PTA
- Révision du Guide de Prise en charge nutritionnelle des PVVIH (PISEN)
- Mise en place d'un Groupe de travail et de réflexion sur VIH et Nutrition (Task force)
- Renforcement de capacités en VIH et Nutrition pour les Prestataires et les donneurs de soins
- Elaboration et mise à disposition d'un Guide de Prise en Charge Nutritionnelle des OEV ;
- Révision du Guide de prise en charge nutritionnelle des PVVIH (PISEN) ;
- Organisation d'ateliers de formation sur Nutrition et VIH ;
- Plus de 600 Sessions d'éducatrices nutritionnelles pour les parents ont été organisées

- 3.2.4.3 CONTRAINTES

- Absence de cartographie de la malnutrition et de la situation d'insécurité alimentaire chez les PVVIH
- Non fonctionnement de la task force VIH et Nutrition
- Absence de mise en œuvre/application du paquet intégré des services essentiels de nutrition (PISEN)
- Absence de protocole de prise en charge de la malnutrition chez les OEV et les adultes
- Insuffisance de la formation des prestataires sur la prise en charge nutritionnelle (adultes et OEV)

- 3.2.4.4 DEFIS

- Renforcer le financement des activités de Micro-jardinage au niveau des Associations de PVVIH, CTA, PTA, UTA et SMIT/CRCF
- Assurer le plaidoyer pour un appui du PRN (programme de renforcement nutritionnel) et des
- projets de soutien nutritionnel (PAM, CARITAS, CRS, CICR...)
- Renforcer la collaboration avec la CLM (Cellule de Lutte contre la Malnutrition), la DAN (Division Alimentation et Nutrition) et la DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale)

3.2.5. FORMATION PROFESSIONNELLE ET REINSERTION ECONOMIQUE

- 3.2.5.1 POLITIQUE ET ACQUIS

Le renforcement économique est un maillon essentiel dans la chaîne de la prise en charge globale et intégrée. Beaucoup de PVVIH vivent dans des conditions de pauvreté, d'indigence et d'absence de ressources. L'impact économique du VIH est vivement ressenti par ces familles. Cet impact provoque et aggrave la pauvreté des familles, les installant dans un cercle vicieux. La récurrence des périodes de maladies et les décès augmentent les dépenses des familles et réduisent leurs épargnes. La prise en charge de la personne malade accroît de manière considérable les charges de la famille. Le contexte général de pauvreté de notre pays rend les familles et les communautés impuissantes à assister de manière décisive et durable les personnes affectées.

Dans ces conditions, les PVVIH luttent pour répondre à leurs besoins de base. Cette absence de ressources affecte leur alimentation/nutrition, leur condition de vie et leur accès aux différentes opportunités. Cette existence dans la pauvreté réduit également les possibilités de recevoir des formations (surtout pour les enfants) susceptibles d'ouvrir des portes en matière d'emploi. Ce qui limite les capacités des familles à miser sur les enfants pour sortir la famille de l'indigence.

Cette situation décrite ci-dessus, combinée à l'arrivée des ARV, à l'amélioration de la prise en charge des PVVIH et l'allongement de l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH-SIDA (PVVIH), a favorisé, dans les programmes de lutte contre le Sida, la mise en place de plusieurs projets de renforcement des capacités économiques des PVVIH et de leurs familles. Les différentes expériences mises en œuvre n'ont pas produit de résultats satisfaisants (ESTHER, PAREP, CNLS, COUNTERPART, etc.). Cela n'a pas empêché la multiplication des projets de soutien économique depuis quelques années. Jusqu'à aujourd'hui, la plupart des initiatives connaissent un succès assez mitigé. Les raisons peuvent varier d'une institution à une autre, d'un projet à un autre. Cependant, il y a une constance, il n'y a pas d'harmonisation entre les différents programmes de soutien économique aux PVVIH. Dans ce contexte, améliorer les projets de renforcement économiques suppose, au préalable, une harmonisation des interventions.

Cette poursuite des interventions de soutien économique malgré la modicité des résultats s'explique par son importance dans le paquet de services de prise en charge pour les PVVIH et leurs familles d'une part, et par le souci de créer les conditions de pérennisation des activités de soutien et de l'auto prise en charge. Ces initiatives illustrent un fait : « la prise en charge des PVVIH a dépassé les frontières et/ou limites de la santé. Il est devenu un problème social et donc de développement, au même titre que la lutte contre la pauvreté qui englobe entre autres, l'économie, l'éducation, etc. ».

Présentement, de toutes les initiatives de renforcement de capacités économiques développées, seule celle développée dans le cadre de Round 9 FM, continue d'exister et de donner des résultats assez encourageants. Toutes les autres sont arrêtées ; soit parce que le projet qui les a initiées est arrivé à terme, soit parce qu'elles ont échoué dans leur objectif, soit des problèmes organisationnels et/ou de gestion ont compromis les activités et les résultats, etc.

- 3.2.5.2 PRINCIPAUX ACQUIS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DE LA REINSERTION ECONOMIQUE

- Elaboration d'un document de cadrage technique pour harmoniser les interventions en matière de soutien économique aux PVVIH
- 430 PVVIH sont bénéficiaires de financement pour dérouler des activités génératrices de revenus

Pour faire face au besoin économique et faciliter l'accès au bilan et médicaments de spécialités, un projet pilote d'assistance aux PVVIH (couverture médicosociale des groupes vulnérables) a été initié dans la région de Kaolack et est en cours d'extension dans les régions de Ziguinchor et Kolda.

3.2.5.3 CONTRAINTES

- Insuffisance de la formation, de l'encadrement et accompagnement des PVVIH financées pour des AGR

- Insuffisance des montants destinés aux AGR et problème de Pérennisation des financements destinés aux AGR
- Absence d'articulation entre les programmes de formation professionnelle et les programmes de financements d'AGR pour les PVVIH
- Faiblesse de la réinsertion économique et professionnelle des PVVIH formées

- 3.2.5.4 DEFIS

- Nouer des partenariats entre les associations des PVVIH et les CRETEF
- Impliquer le ministère de la formation professionnelle (ONFP) dans les programmes de formation destinés aux PVVIH
- Faire un plaidoyer pour faire bénéficier les PVVIH dans le volet économique de la CMV (couverture médicosociale des groupes vulnérables)
- Application de la Loi sur le VIH en milieu de travail

3.2.6. SANTE POSITIVE/DIGNITE ET PREVENTION

- 3.2.6.1 POLITIQUE

Le Sénégal, a depuis 2006, mis en pratique la prévention positive. Cette stratégie qui se focalisait sur l'état de santé de la personne vivant avec le VIH, la considérait comme une cible passive des interventions et la seule responsable de la transmission du VIH. Aujourd'hui, grâce à la dynamique du mouvement mondial des personnes vivant avec le VIH, la prévention positive a évolué en santé positive, dignité et prévention. Cette approche est beaucoup plus basée sur les droits humains et menée par les PVVIH. Ses interventions seront basées dans un cadre de prévention avec les personnes vivant avec le VIH qui seront considérés comme des leaders dans le design, la programmation, la mise en œuvre, la recherche et l'évaluation des programmes et des politiques qui les concernent. La transmission du VIH n'est plus du fait des PVVIH mais une responsabilité partagée par tous les individus quel que soit le statut sérologique. La mise en œuvre de cette approche sera facilitée par l'élaboration d'un guide sur la Santé Positive, Dignité et Prévention et l'application de ses nouvelles directives opérationnelles. Elle permettra de développer le leadership des PVVIH, de combattre l'auto – stigmatisation et aider tous les acteurs de la réponse au VIH à une meilleure prise en compte des besoins des PVVIH.

- 3.2.6.2 CONTRAINTES

- Faible vulgarisation du concept de prévention positive
- Faiblesse des financements pour développer le concept
- Retard de l'appropriation de l'approche SPDP au Sénégal

-

- 3.2.6.3 DEFIS

- Renforcer le partenariat avec le réseau mondial des PVVIH (GNP+),
- Renforcer l'appui de l'USAID (FHI360)
- Faire s'approprier au niveau national l'approche par les acteurs de la réponse
- Trouver des stratégies et des ressources pour sa mise en œuvre

3.3 PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA REPONSE VIH (PRENANT EN COMPTE LES PAYS LIMITOPHES) ETAU RESPECT DES DROITS HUMAINS

Créer un environnement propice dans lequel la réponse nationale au VIH est cohérente et efficace reste un challenge dans l'atteinte de l'objectif des trois zéros.

3.3.1 ACQUIS

✓ le leadership national et local est renforcé

L'importance d'un engagement fort et d'un leadership soutenu pour l'atteinte de l'objectif des trois zéro n'est plus à démontrer. Plusieurs efforts ont été déployés pour renforcer l'implication des leaders politiques, religieux, locaux et communautaires, dans la réponse au VIH.

- Tout récemment l'acceptation de son Excellence le Président de la République de parrainer le Fonds Mondial de lutte contre le VIH, le Paludisme et la tuberculose pour une bonne mobilisation de ressources vient couronner son engagement à éradiquer ces trois maladies endémiques ;
- L'engagement plus fort de la Première Dame a boosté les campagnes nationales sur le VIH et accéléré le processus de vote de la loi VIH. Il a permis également de procéder au lancement du Plan d'Elimination de la Transmission Mère-enfant du VIH ;
- Le leadership et l'appropriation de la Réponse par le gouvernement ont été manifestés par l'augmentation du nombre de Ministères concernés par la Réponse qui est passé de 6 en 2006 à 10 en 2010 ;
- La disponibilité d'Alliances Régionales des Religieux dans les 14 régions du pays, l'organisation de plaidoyers, d'activités de prévention basée sur la foi ont permis aux religieux de réaffirmer leur engagement dans la réponse ;
- Les moyens logistiques mis à la disposition du RNP+ a renforcé son leadership
- La participation des populations clés aux différentes instances de décisions a permis une meilleure prise en compte de leurs préoccupations ;
- La participation active des acteurs clés aux grandes conférences a valorisé les expériences du Sénégal dans la réponse ;
- L'organisation de plusieurs sessions sur le leadership transformationnel a permis de renforcer la capacité des leaders nationaux et locaux.

✓ L'Environnement juridique

- Le vote de la loi VIH au niveau des deux chambres du parlement et sa vulgarisation ont été portés par les parlementaires.
- Actuellement la loi VIH est vulgarisée dans toutes les régions du pays.
- Des sessions d'évaluations de cette loi ont été organisées dans certaines localités.
- Désignation point focal VIH / Droits humains au niveau du Ministère de la justice
- Existence de la loi sur la santé de la reproduction
- Existence d'une réglementation sur la prostitution
- Existence d'une loi sur les violences basées sur le genre

✓ **Le plaidoyer pour la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et autres populations clés plus exposées aux risques a été renforcé**

- Actuellement toutes les 14 régions disposent d'associations régionales de riposte au sida améliorant ainsi la visibilité du RNP+ ;
- Le leadership des PVVIH est davantage renforcé matérialisé par le pilotage de 5 études sur l'index de la stigmatisation et de la discrimination, le GIPA, les droits humains, la santé sexuelle et reproductive et la criminalisation ;
- Le plaidoyer porté par les PVVIH contribue à donner un visage humain à l'infection VIH et à réduire l'auto stigmatisation ;
- L'application de la loi sur le VIH est un début de solution dans la mise en place de mesures de lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- Le renforcement de la communication auprès des autorités administratives a permis de noter leur engagement à plus de tolérance envers les groupes clés (PS, HSH) ;
- L'engagement de certains leaders religieux a permis une meilleure tolérance envers les groupes clés

✓ **Le partenariat national et international dans le soutien aux interventions a été renforcé**

- le forum des partenaires est mis en place et est fonctionnel ;
- le comité de veille est mis en place de même que ses groupes de travail dont celui des populations les plus exposés (HSH) ;
- Mise en œuvre d'activités de convergence transfrontalière entre le Sénégal, la Gambie et la Guinée Bissau ;
- Plus de 500 entreprises se sont engagées à travers la signature de la Charte de riposte au sida en milieu du travail dont l'un des principes fondamentaux prône la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le milieu du travail, la solidarité et la prise en charge des PVVIH ;
- La recommandation 200 est en train d'être vulgarisée au niveau des entreprises ;
- Le plaidoyer est mené auprès des collectivités locales pour l'inscription d'une ligne budgétaire VIH/SIDA ;
- une recherche opérationnelle sur les CDI a permis d'aborder une nouvelle problématique en produisant des données quantitatives et qualitatives avec la mise en place du groupe de travail CDI (comité de veille), le démarrage des formations des professionnels de santé sur les CDI et risques infectieux et le plaidoyer auprès des institutionnels. Actuellement des activités de réduction des risques sont en train d'être mises en œuvre et un centre de prise en charge des CDI (CEPIAD) est en construction.

3.3.2 CONTRAINTES

Malgré les efforts consentis, il faut noter la persistance de quelques contraintes :

- L'emprisonnement des HSH (Criminalisation des rapports Homosexuels, persistance de l'homophobie envers les HSH) ;

- la stigmatisation et l'auto stigmatisation des PVVIH, des HSH et des PS comme en témoignent les résultats de l'étude sur index stigma ;
- L'insuffisance des ressources des religieux pour renforcer leur plaidoyer ;
- L'insuffisance de ressources du Réseau des PVVIH pour une meilleure coordination de leurs activités au niveau national et régional ;
- La léthargie des sous-groupes du comité de veille pour les PVVIH et les PS ;
- La non fonctionnalité du Comité de veille ;
- L'absence d'instances décentralisées du comité de veille ;
- L'autorisation du préservatif comme moyen de prévention en milieu carcéral qui reste toujours un obstacle ;
- L'ambiguïté de la loi sur la prostitution ;
- Persistance des barrières socioculturelles pour le dépistage de la femme enceinte ;
- La faible implication des Organisations de défense des droits humains dans la réponse au VIH ;
- Faiblesse des mécanismes d'assistance juridiques et judiciaires aux populations infectées, affectées et les plus exposées au risque d'infection au VIH ;
- Insuffisance de vulgarisation et d'appropriation de la Loi sur le VIH chez les juristes
- L'Insécurité des acteurs qui travaillent avec les populations clés.

3.3.3 PERSPECTIVES

- Appliquer les recommandations de la feuille de route de l'Union Africaine pour une meilleure implication de l'Etat et une pérennisation de la réponse ;
- Intégrer les Droits humains dans les volets stratégiques ;
- Rendre plus fonctionnel le Comité de veille avec des démembrements au niveau opérationnel;
- Renforcer l'implication des Acteurs communautaires (leaders religieux, l'association nationale d'enseignants vivant avec le VIH, l'association santé observatoire national des lieux de privation de liberté, etc...) dans la conception et la mise en œuvre des activités;
- Améliorer la prise en charge globale des groupes vulnérables (CDI, HSH, PS, PVVIH) ;
- Renforcer le plaidoyer des PVVIH jusqu'au niveau local pour réduire la stigmatisation ;
- Accompagner la visibilité des PVVIH afin de valoriser leur implication ;

3.4 LA GESTION LOGISTIQUE ET LE GAS

Politiques

Les options politiques fortes sont de deux ordres : la gratuité des ARV et autres intrants VIH mais aussi leur intégration dans le circuit d'approvisionnement des médicaments et produits essentiels.

Financements :

Le programme Sida bénéficie, pour l'achat des intrants, des financements suivants :

- Financement de l'Etat du Sénégal à travers un budget annuel pour les ARV et les autres produits du VIH/Sida et IST.
- Financement Fonds Mondial de Lutte Contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, dans le cadre du Round 9 par la mise en place d'une subvention pour l'acquisition des médicaments, réactifs et équipements jusqu'en Juin 2015.
- Financement des Condoms masculins et féminins par l'USAID.

Description du système logistique pharmaceutique :

- Le système de gestion logistique pharmaceutique du programme VIH/Sida est articulé autour de la PNA, avec comme acteurs la DLSI, le SE/CNLS, le CNTS, le LBV, le CTA/CHU Fann, le LNCM, la DPM, la DIEM, la DL et les formations sanitaires.
- Le système est animé par la plateforme PNA-Programmes dans le cadre du suivi de la gestion logistique des médicaments, réactifs et autres produits du VIH/Sida, du Paludisme, de la Tuberculose et de la Santé de la Reproduction.
- Les PRA assurent la disponibilité des produits jusqu'au niveau des formations sanitaires.

Approvisionnement

- Sélection des intrants et Quantification

La sélection des produits est basée sur les protocoles de traitement et algorithmes en vigueur au niveau du Programme.

La quantification des besoins est réalisée par le Comité de gestion des ARV, réactifs et autres produits du VIH, sida et IST, sur la base des objectifs fixés dans le plan stratégique.

Chaque année, une réunion de planification et de quantification des besoins est organisée avec les régions

Les condoms sont quantifiés lors des réunions semestrielles de CPTs.

Acquisitions

Les acquisitions sont réalisées au niveau de la PNA par appel d'offres international tous les deux ans. C'est un appel d'offres à bons de commande. Les acquisitions de condoms sont réalisées par l'USAID

Réception

La PNA réceptionne les produits dans ses magasins et assure la distribution jusqu'au niveau des PRA.

Distribution

Actuellement le Sénégal compte 11 Pharmacies Régionales réparties dans 11 régions qui assurent la décentralisation de l'approvisionnement en médicaments et autres produits du VIH et sida. Pour les trois régions dépourvues de PRA (Sédhiou, Kaffrine et Kédougou), il existe une logistique roulante appelée PRA Mobile qui assure l'approvisionnement. Ce maillage

permet de rapprocher l'offre à la demande. Les sites de prise en charge vont s'approvisionner au niveau des PRA. Les postes de santé sont approvisionnés par leur district.

Suivi des stocks

Les stocks sont suivis au niveau de la PNA par la plateforme PNA-Programmes tous les deux mois.

Il existe un outil de gestion informatisé (SAGE SAARI) au niveau de la PNA et PRA. Au niveau des sites, des outils sont mis en place comme les registres de dispensation, les fiches de stocks, etc.

Usage rationnel

Il se mesure à travers la rescription rationnelle, la bonne dispensation et le suivi de l'observance. En effet il existe des protocoles et des algorithmes de traitement et de suivi biologique que le programme met à jour régulièrement.

Suivi de la qualité

Le Contrôle de qualité est effectué au niveau du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments, renforcé par les contrats que le Programme signe avec un laboratoire pré qualifié OMS ou certifié ISO 17025.

Par ailleurs, le système de pharmacovigilance est en place au niveau de la Direction de la Pharmacie et du Médicament de même que l'inspection de la Pharmacie.

Aspects règlementaires

Les médicaments ARV et autres produits du VIH /Sida sont inscrits dans la liste nationale des médicaments et produits essentiels. Le Programme s'inscrit dans la Politique Pharmaceutique Nationale mais aussi dans les normes internationales en veillant au respect de l'AMM et de la pré-qualification OMS des médicaments et réactifs. L'homologation des réactifs au niveau du Sénégal est assurée par la Direction des Laboratoires.

Le texte majeur de l'acquisition des intrants et équipements est le Code des marchés publics. On peut noter enfin le manuel de procédures de la PNA.

Réhabilitations

- La réhabilitation du magasin destiné aux produits des Programmes de santé a été financée par le FM/RSS
- La réhabilitation de 5 locaux de Biologie Moléculaire au niveau des régions est en cours de finalisation.

Acquisitions d'équipements et Maintenance

- Le Programme renforce la distribution des intrants au niveau de la PNA : l'acquisition d'un camion est en cours.

- Installation de 40 ordinateurs au niveau des sites de prise en charge pour assurer le suivi de la dispensation et des stocks.
- La cartographie des équipements de laboratoire a permis de voir qu'il y'a 43 automates CD4, 29 MIF, 7 appareils de PCR et 13 appareils de Charge Virale répartis dans les différentes régions.

Un plan de maintenance des équipements est mis en œuvre par le Programme.

Rôle du système logistique

Le système d'approvisionnement assure la disponibilité et l'accessibilité :

- des médicaments (ARV, IO et IST),
- des réactifs et consommables de laboratoire pour le dépistage du VIH, du VHC, du VHB, des tests hématologiques et biochimiques, des tests de comptage des CD4, de la charge virale, du diagnostic précoce des nouveau-nés, et du dépistage de la Syphilis,
- Des condoms et lubrifiants
- Des vaccins, seringues et Méthadone pour les CDI

Stratégies

L'accès doit donc être garanti à toutes les populations où qu'elles se trouvent. Pour atteindre cette disponibilité géographique, les préalables ci-après devraient être fixés :

Meilleure maîtrise de l'estimation des besoins Suivi régulier des dates de péremption et des stocks et application du FIFO

Définition du seuil de commande 3 mois au niveau site et PRA

Définition d'un stock de sécurité de 1 mois : niveau site,

Disponibilité de 6 mois de stocks à la PNA

Mise en œuvre par la PNA de marchés à bon de commande pour éviter le sur-stockage ou les péremptions des produits.

Le stockage et la distribution des produits sont effectués par la PNA et les PRA grâce à un système informatisé suivant des procédures garantissant le respect des conditions physiques et climatiques prédéfinies par le fabricant.

Pour asseoir un bon système logistique, il faudrait : (i) la définition d'un circuit de distribution clair et organisé ; (ii) : l'existence de procédures, d'outils de collecte de données et d'un système d'informations qui permet la prise de décisions; (iii) : une maîtrise des besoins en médicaments comme en réactifs et tous autres produits utilisés dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida et les IST ; (iv) : l'existence d'un personnel de pharmacie et de laboratoire formé ; (v) : enfin, l'existence d'une coordination pour ne pas dire une coalition cliniciens/pharmaciens/biologistes au niveau de chaque site de prise en charge.

Faiblesses

Liées au Stockage

- Insuffisance et inadéquation des locaux de stockage des produits, aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique
- Mauvaises conditions de stockage et de distribution des produits, surtout au niveau périphérique.

- Insuffisance des équipements de logistique au niveau des structures de stockage et de dispensation (racks, étagères et armoires de rangement en bois, chambre froide, appareil de monitoring de la température, split, ordinateurs, etc.)
- Faiblesse des équipements de stockage des réactifs, consommables et échantillons au niveau des laboratoires (réfrigérateurs, congélateurs, etc.).

Faiblesse du système d'information de la gestion logistique

- Mauvaise tenue des outils de gestion : fiches de stock, bons de commande (mise à jour du tableau de protocole), etc.
- Faible déploiement du logiciel de gestion de la dispensation et des stocks des ARV « SenARV » ; indisponibilité des ordinateurs au niveau de la plupart des sites dispensation.
- Absence de remontée des données

Irrégularité des supervisons formatives

- Problème de coordination

Problème de maintenance des équipements

- Couverture incomplète des équipements de laboratoire par les activités de maintenance
- Faible capacité des prestataires en matière de maintenance

Points forts

Mise en place de 45 ordinateurs dans les sites à cohorte très élevée

Bonne Disponibilité des tests de dépistage

Disponibilité des ARV de première et deuxième ligne de Traitement

Existence des combinaisons à dose fixe adultes et enfants

Circuit bien défini PNA – PRA – Sites de PEC

Intégration de tous les produits du VIH dans le circuit défini

Formation des dispensateurs sur la gestion des stocks

Disponibilité et remplissage des outils de gestion au niveau de la dispensation

Mise en place de trois laboratoires de Biologie Moléculaire au niveau de trois axes : Thiès, Richard Toll, Kolda

Equiperment de 14 nouveaux sites en automates CD4,

Bonne couverture des équipements pour le comptage des CD4

Disponibilité (transaminases, Créatinémie, glycémie, MIF, Facs count)

Bonne prophylaxie TME

Succès

Intégration de tous les produits du VIH dans le circuit PNA- PRA- Sites de PEC
Harmonisation des fiches de notification des 3 maladies prioritaires
Disponibilités des médicaments à Combinaisons à dose fixe double et triple à la PNA
Diffusion et mise en place des registres de dispensation dans les sites de PEC EWI
Intégration des notions de pharmacovigilance dans les curricula de formation des sages-femmes et infirmiers
Disponibilité d'un plan de maintenance
Réhabilitation du magasin de stockage des produits de programmes de la PNA
Mise en place des PRA mobiles

Opportunités

- Renforcement du système de santé
- Nouveau Modèle de Financements.
- Plan Stratégique de la PNA
- Projet IPM (Informed Push Model) : distribution des intrants jusqu'aux postes de santé par le projet, et par la PNA ultérieurement.
- Renforcer le système d'information et de gestion logistique

Perspectives

- Décentralisation des interventions jusqu'aux postes de santé : Prise en charge ARV, PTME
- Mise en place des Procédures et Indicateurs GAS révisés
- Prise en charge des nouvelles options programmatiques : les nouvelles recommandations OMS, l'initiative Tester et Traiter, TasP, etc.
- Evaluation du système de Gestion des Approvisionnement et des stocks
- Formation des dispensateurs sur l'utilisation du logiciel Sen-ARV
- Rationalisation des protocoles adultes pour une meilleure quantification
- Mise en place des indicateurs GAS et de Qualité
-

4.MEILLEURES PRATIQUES

Bonnes pratiques Prise en charge des CDI

- ✓ Enquête biologique et comportementale chez les CDI + estimation de la taille à Dakar et banlieue
- ✓ Mise en œuvre du Programme Aiguille Seringues en stratégie mobile Outreach
- ✓ Exemplarité de la coopération Nord Sud et Sud-Sud (Maroc) pour le diagnostic de situation et le développement d'un programme de réduction des risques chez les CDI à Dakar

Bonnes pratiques TEST VIH :

BONNES PRATIQUES PEC

- Tableaux Lumière pour la prévention des déperditions de la CPN et du suivi des PVVIH
- Extension des UTA / PTA
- Supervisions formatives ciblées avec la mise en place des comités médico-techniques (CMT) pour la PEC des PVVIH sur chaque site
- Prévention des PDV
- Appels téléphoniques pour le rappel des RV des patients avant échéance (district de Nioro)
- Délégation de tâches dans les zones sud et sud-est

Bonnes pratiques PTME

Les stratégies avancées CPN/PTME ont permis d'augmenter le taux de réalisation du dépistage PTME et d'atteindre les FAR, les hommes et les Couples

- Au Centre de Santé Philippe Maguilène Senghor les stratégies avancées ont permis d'atteindre un taux de dépistage PTME allant de 52% en 2010 à 94% en 2011
- Au Poste de Santé de Derklé du District Centre la stratégie avancée PTME du 28 Mars 2012 a permis de dépister 3 hommes 76 femmes et 21 femmes enceintes sur les 100 dépistés
- Au Poste de Santé de Sandial la stratégie avancée en PTME au mois de Décembre 2011 leur a permis d'atteindre 14 femmes enceintes et 24 non enceintes venues au PEV

- Bonnes pratiques sur la décentralisation de la PTME

En 2011, toutes les 14 régions disposent de sites PTME avec une couverture de 100% des centres de santé pour le paquet complet PTME. La couverture pour le dépistage a concerné 1137 postes de santé soit une couverture de 86%. Par contre seuls 6% des PS offrent le paquet complet PTME.

Cas des PS du District sanitaire de MBAO : la décentralisation de la PTME au niveau des PS de MBAO a été décidée par le médecin chargé de la prise en charge suite au constat de la déperdition des FES. Les sages-femmes (et les ICP) ont alors été formées et des tests de dépistage rapides et des ARV pédiatriques ont été positionnés au niveau de 2 PS.

Les activités PTME développées sont :

- La proposition du test
- La réalisation du test
- La prophylaxie de la femme enceinte séropositive
- L'accouchement
- La prophylaxie de l'enfant

Les sages-femmes font la proposition du test et en cas d'acceptation, procèdent au dépistage rapide avec l'utilisation du vaccinostyle. En cas de résultat positif, un deuxième prélèvement est effectué et envoyé au Centre de Santé pour la confirmation. Par la suite, l'évaluation initiale clinico-biologique de la FES a lieu au niveau du CS.

Après confirmation du test, le suivi de la grossesse est fait au niveau des PS tandis que le suivi biologique est réalisé au niveau du CS. Après l'accouchement, la mise sous prophylaxie des enfants nés de mère séropositive se fait au niveau du PS si la mère le désire.

Cas des PS du District Sanitaire de Tivaouane : Dans le district sanitaire de Tivaouane, tous les prestataires (ICP et sage-femme) des postes de santé ont été capacités sur la PTME et les techniques de dépistage rapide du VIH. En 2010, trois PS (PS de Pire, PS de Mboro Diamaguene II, et PS de Darou Khoudouss) ont été identifiés comme sites pilotes afin de renseigner sur d'autres indicateurs de la PTME. Les activités PTME développées sont :

- La proposition
- La réalisation du test
- Le suivi de la femme enceinte séropositive
- La prophylaxie de la mère et de l'enfant
- L'accouchement
- Les conseils pour l'alimentation de l'enfant

Cas des PS du DS de Joal : Au niveau du district sanitaire de Joal, deux postes de santé notamment ceux de Santhie et de Gueniène ont été identifiés pour décentraliser la prophylaxie de la femme enceinte.

Les activités PTME développées sont :

- La proposition du test
- La prophylaxie de la femme enceinte séropositive
- L'accouchement
- La prophylaxie de l'enfant

Les prestataires des PS font la proposition du test de dépistage à toute femme enceinte reçue en CPN. Cependant, n'étant pas encore capacités en techniques de dépistage rapide du VIH, en 2010, ils font les prélèvements sanguins dans des tubes EDTA qu'ils acheminent au niveau du centre de santé de Joal. Le résultat du test est ensuite rendu à la femme enceinte à la CPN suivante. La Femme enceinte est ensuite référée au niveau du centre de santé de Joal pour la confirmation du test, le bilan initial ainsi que le suivi de la grossesse, la prophylaxie ARV, l'accouchement et le diagnostic de l'enfant.

Lorsque la femme enceinte est dépistée positive au niveau de ces postes, elle est envoyée au CS pour la confirmation du test et l'évaluation initiale. Le point focal PTME avec l'aide du médecin chargé de la prise en charge la reçoivent pour faire l'entretien et lui ouvrir un dossier. Le dossier reste quand même au niveau du centre avec un RV tous les trois mois. Elle est tenue de venir chaque fois pour voir son état de santé et le dispensateur des soins remet les ARV à la sage-femme pour la prophylaxie. Après l'accouchement au niveau du poste de santé, la sage-femme demande à la maman de se rendre au CS afin que le pédiatre puisse consulter l'enfant.

Cas des PS du DS de Saraya : Au niveau du DS de Saraya, au-delà des pratiques communes à d'autres sites postes, les stratégies avancées intégrées où le médecin fait le suivi des FES au poste de santé, peuvent servir à booster la PEC.

A cela s'ajoute, le duplicata du dossier PTME au niveau du PS permettant un remplissage harmonieux du dossier entre les deux prestataires (ICP et Médecin) de même que l'utilisation des SMS dans la PEC de la FES entre le Médecin de PEC, le point focal PTME et l'ICP ou la SFE. La décentralisation de la PTME au niveau des PS comprend la proposition du test, sa réalisation, la prophylaxie des mères et des enfants. Cependant la confirmation du test, le

bilan initial de la mère, la mise sous prophylaxie sont des activités qui restent au niveau du centre de santé

Il va s'agir de voir comment décentraliser le plus d'activités possibles au niveau des PS afin de renforcer la décentralisation au niveau des PS

5. SOUTIEN DES PARTENAIRES

L'ONUSIDA a appuyé le financement du processus d'élaboration du rapport GARP. Le UCC a aussi accompagné l'équipe de rédaction et a participé à l'ouverture et à la validation du dit rapport en donnant les orientations clés. Toutefois, on a noté une absence des représentants des autres membres du SNU.

6. SUIVI ET ÉVALUATION

6.1. Politique

Le système national de suivi et d'évaluation repose essentiellement sur:

- l'organisation du système de suivi évaluation en quatre niveaux au niveau desquels des acteurs divers du secteur public, de la société civile, du secteur privé et des institutions jouent un rôle fondamental
- le renforcement des capacités organisationnelles et les ressources humaines en suivi évaluation
- la définition d'un cadre de résultats et d'une matrice des indicateurs
- le système de gestion des données : collecte – synthèse – analyse et rapportage des données :
- le système informatise de la collecte des données pour le compte du programme national : établissement d'une base de données
- la surveillance épidémiologique, la recherche et les évaluations programmatiques ;
- le suivi de la mise en œuvre du programme national
- un plan de diffusion et utilisation des données à des fins de gestion :

6.2. Organisation du système national de suivi et d'évaluation : les 4 Niveaux

Le système national de suivi et d'évaluation s'appuie essentiellement sur quatre niveaux. Les acteurs de chaque niveau jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation du système national de suivi et évaluation dans des mécanismes de coordination appelé Pool district, CRLS et Comité Médical Technique au niveau régional et Comité Consultatif de suivi évaluation au niveau Central.

- Le premier niveau : niveau district
- Le deuxième niveau : niveau départemental /CDLS
- ✓ Le quatrième niveau : niveau central

6.3. Renforcement des capacités organisationnelles et des ressources humaines en suivi et évaluation

Quatre (04) composantes prises en compte :

Renforcement des Unités de Suivi-Evaluation en ressources humaines :

Il s'agit de renforcer l'Unité de suivi évaluation du SE/CNLS, l'Unité de suivi évaluation de la DLSI et de l'ANCS, les unités de SE d'autres organisations de la société civile (particulièrement les grandes ONG), du secteur privé et de certains secteurs publics (Jeunesse, Education, Forces Armées), Désignation par les autorités administratives sur proposition des MCD, MCR et Directeurs d'hôpitaux des Gestionnaires de données du système national de suivi-évaluation, des responsables ISAARV et des Points Focaux PTME qui bénéficieront d'un soutien de l'unité de suivi évaluation du CNLS pour assurer leur pleine la fonctionnalité dans la supervision, la collecte et l'analyse des données

- Appuyer la fonctionnalité du Comité consultatif de suivi évaluation
- Assurer la formation des acteurs en suivi évaluation
- Assurer le plaidoyer, communication et culture en matière de suivi évaluation du VIH

Il s'agira de garantir une bonne connaissance et un engagement en matière de suivi évaluation du VIH et du système de suivi évaluation du VIH parmi les décideurs politiques, les administrateurs de programmes, les personnels des programmes et les autres parties prenantes.

6.4. Le système de gestion des données : collecte, synthèse, analyse et reportage des données

6.4.1 Le circuit harmonisé de collecte des données consensuel :

La mise en place d'un circuit unique de collecte et de remontée des données du niveau district jusqu'au niveau central est la traduction opérationnelle d'un des principes fondateurs des « THREE ONES », un seul système national de suivi évaluation ‘

Ce circuit est conçu de façon à permettre à chaque niveau de l'organisation administrative que les données soient engrangées dans un panier unique (au niveau district, départemental, régional, national). Ceci permettra d'avoir une vue exhaustive de toutes les données produites au niveau de chaque échelon administratif et permettre d'évaluer les performances comparativement aux objectifs assignés dans le cadre du Plan Régional Intégré Multisectoriel.

6.4.2 Les Outils harmonisés du système de suivi évaluation et leur modalités de conservation

6.4.3 La désignation des Gestionnaires de données (GDD, GDH et GDR)

Pour assurer une collecte et une remontée régulières des données de la base au sommet, des gestionnaires de données ont été nommés pour chaque district, chaque hôpital régional et pour chaque région. Leurs nominations sont faites par les autorités administratives (préfet pour les districts, Gouverneur pour les régions et hôpitaux) sur la proposition des MCD, MCR et Directeurs des hôpitaux

6.4.4 La vérification des données (micro vérification et macro vérification manuelle et informatique),

La vérification est un outil précieux de gestion pouvant permettre d'évaluer la qualité des données avant de commencer leur synthèse et leur analyse proprement dites et de les présenter sous forme d'informations dans un rapport. Ceci permet d'assurer l'exactitude, l'exhaustivité et la cohérence de l'information qui sera véhiculée dans le rapport. La vérification vise en général à obtenir des données fiables par la détection des différentes erreurs en vue de leur correction. De façon spécifique, la vérification vise à :

- assurer l'exactitude des données;
- assurer la cohérence des données primaires et des données agrégées;
- évaluer l'exhaustivité des données;

Dans tout le processus de collecte et de remontée des données, il existe principalement deux niveaux de vérification : la vérification du remplissage des outils de collecte primaires (la micro vérification) et la vérification des rapports synthétiques (la macro vérification)

6.4.5 La synthèse et l'analyse :

Les données seront synthétisées et analysées à tous les niveaux des districts, du département, de la région et au niveau central pour le pays

La synthèse et l'analyse devront être effectuées par les personnes ayant une compréhension avérée des données relatives aux différentes composantes du Programme (CDV, PTME, PEC ARV) ainsi que les indicateurs à documenter et leurs modalités de calcul

Des tableaux d'analyse des données devront être confectionnés et constitueront la base des maquettes de présentation des résultats lors des revues mises en œuvre au niveau du district, au niveau du département, au niveau de la région, au niveau zonal et au niveau central

6.4.6 La validation des données :

Cette validation aura lieu au niveau des Pools districts, des CRLS, et au niveau central à travers des revues trimestrielles et semestrielles et annuelles

- Validation au niveau des Pools districts
- Partage des données au niveau des départements /CDLS
- Validation au niveau Régional /CRLS
- Validation au niveau Central /SECNLS

6.4.7 Le Rapportage des données sur des modèles harmonisés,

Il est effectué sur modèles de rapports synthétiques. Il faut cependant signaler que chaque projet dispos de modèles de rapports trimestriels, semestriels spécifiques. Les annexes doivent cependant être représentées par es outils harmonisées du système national

6.4.8 L'assurance qualité des données :

L'assurance de la qualité des données devra être assurée à travers trois mécanismes :

- la vérification (micro et macro vérification)
- la supervision régulière et
- l'audit des données à travers l'exercice formalisé d'ON SITE DATA VERIFICATION (OSDV) qui est un exercice externe qui viendra en appoint aux exercices de vérification mis en œuvre par les équipes régionales au niveau des districts et des équipes du niveau central au niveau des régions

6.4.9 L'évaluation de la qualité des données

Elle s'effectue avec les outils du RSAQ et les grilles de supervision spécifiques aux différents composants (ART, CDV, PTME etc.)

- L'assurance de la qualité des activités essentielles de prévention et de soins pour la réduction de l'impact du VIH constitue une priorité absolue dans la mise en œuvre des projets et programmes. Car la qualité « garante des résultats et des impacts recherchés. La qualité des services est une philosophie de soins de santé qui est axée d'une part sur la conformité des services offerts aux standards établis et d'autre part sur la satisfaction des utilisateurs et utilisatrices

6.4.10 La supervision :

Elle est menée du niveau central vers les régions, du niveau régional vers les districts et des districts vers les des promoteurs d'OCB et GIE et radios communautaires avec des moyens financiers issus des projets finançant la mise en œuvre du PSLS et décentralisés à ces échelons

6.5. Le système informatisé de la collecte des données pour le compte du programme national : établissement d'une base de données

6.5.1 L'informatisation des données synthétiques à partir des districts

L'informatisation du système de collecte et de remontée des données est un besoin à renforcer durant la mise en œuvre de ce plan

Pour les données synthétiques à partir des districts et des régions, le CRIS (www.cris.sn), est l'option du Programme :

6.5.2 L'informatisation du suivi des cohortes de patients dans la prise en charge médicale :

La mise en place d'un logiciel consensuel pour la prise en charge médicale des PVIH est une requête de longue date des prestataires et des partenaires mais sa faisabilité se heurte à quelques obstacles non encore franchis ;

- Il n'existe pas encore un logiciel ayant fait l'unanimité quant à sa reproductibilité dans les centaines de sites du pays
- La multiplicité des sites de prise en charge dans un contexte de forte décentralisation ;
- L'inexistence de moyens matériels et financiers pour l'équipement de tous ces centres, la formation d'un personnel dont l'insuffisance en nombre et le turn over constituent de grands obstacles à la prise en charge

Il existe des systèmes développés par des partenaires pour l'informatisation du système de suivi des données de la prise en charge médicale des patients comme l'ESOPÉ utilisé depuis plusieurs années au niveau du CTA de FANN ou le Logiciel développé par l'OOAS en expérimentation au niveau de la Clinique des Maladies Infectieuses. Une consultation sera menée pour une option définitive qui devra être développée en cours d'exécution de ce plan stratégique.

6.6. Surveillance épidémiologique, Recherches et Evaluations programmatique

6.6.1 La surveillance épidémiologique :

- La surveillance se mène selon un calendrier établi et elle concerne :
- la Surveillance sentinelle chez Femmes enceintes qui est biannuelle
- le Contrôle de qualité des dons de sang (annuelle),
- L'ENSC (tous les 3 ans)
- l'Enquête spéciale biologique et comportementale chez les HSH (tous les 3 ans)
- l'Enquête spéciale biologique et comportementale chez les CDI (tous les 3 ans)
- l'Enquête Démographique et de Sante (EDS+VIH) qui sera remplacé dans la mise en œuvre de ce PSL 2013-2017 par une Enquête pour les indicateurs santé (EIS) qui prendra en compte les cibles de l'ENSC et les cibles de l'EDS. Cette option est prise car l'actuelle EDS Continue ne permet pas de documenter tous les indicateurs découlant des engagements internationaux du pays (GARP) et dans la fréquence de reportage fixés dans le plan de surveillance épidémiologique
- le Suivi des résistances aux ARV

6.6.2 Le soutien à la recherche opérationnelle :

Dans le domaine de la recherche en matière d'IST/VIH/sida, le système s'évertuera à, au sein du cadre de concertation que constitue le comité consultatif de suivi évaluation à :

Elaborer un agenda de recherche en matière d'IST/VIH/SIDA

Développer un répertoire de recherches effectuées au Sénégal

Appuyer la mise en œuvre de recherches opérationnelles pertinentes

Assurer la de dissémination des données de recherche avec les autres enquêtes au cours de chaque année

6.6.3 La mise e œuvre des évaluations programmatiques (CDV, PME, PEC ARV, ENQUETE IP6-IP7 ETC.) et financières (REDES OU NASA ETC.)

- Evaluation du Taux de Transmission du VIH de la mère à l'enfant et Evaluation du Diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives
- Evaluation de la Qualité du CDV : Prévues en 2011, elle n'a pas été réalisée

- Evaluation du taux de survie à 12 mois et de la Qualité de la Prise en charge Médicale des PVVIH : Une auto évaluation annuelle
- Enquête sur la Qualité de la Prise en Charge des IST
- Suivi des Résistance des gonocoques aux ATB dans le cadre de l'approche de Prise en charge syndromique des IST
- Les évaluations financières (Revue des Dépenses /RESDES ou NASA)
- L'auto-évaluation du système de Suivi évaluation :

6.7 Suivi de la mise en œuvre du programme national

6.7.1 Renforcer le système de planification stratégique et opérationnelle basée sur les résultats à tous les niveaux

Il s'agira de soutenir la planification stratégique et opérationnelle basée sur les résultats à tous les niveaux (PSN, Plan Consolidés annuels des Financements avec tous les partenaires financiers et PRIM annuels, Plan annuel budgétisé du suivi évaluation etc.).

Le principe de la base planification à la base sera renforcée avec l'élaboration des PRIM en collaboration avec l'ensemble des acteurs, partenaires techniques et financiers de chaque région et cette planification devra partir des districts en passant aux, départements avant la synthèse au niveau régional

L'objectif d'élaboration d'un Plan Opérationnel Consolidé annuel regroupant l'ensemble des activités financées par les différents partenaires financiers sera maintenu et un Plaidoyer sera fait pour la facilitation de l'accès à l'information financière dans le respect du format des objectifs stratégiques et spécifiques du PSLS 2011-2015

6.7.2 Assurer suivi de la mise en œuvre technique

✓ Elaboration du cadre des résultats et de la matrice des indicateurs du PSLS

Il sera essentiellement axé sur un monitoring régulier de ses résultats annuels en comparaison avec les objectifs annualisés fixés dans le cadre des Résultats.

Le cadre des Résultats du Plan Stratégique de lutte contre le Sida est une représentation séquentielle des résultats ciblés dans la mise en œuvre des activités pour la période 2011-2015. Il constitue l'outil de suivi de l'évolution des indicateurs d'impact, de résultats ou d'effets, de processus, qui vont permettre de mesurer les performances par rapport aux cibles retenues.

✓ Elaboration des rapports du programme et de la surveillance

- Rapports annuels du Programme National
- Rapports par rapport aux Engagements internationaux : Rapports biannuels UNGASS (2008-2009,2010-2011,2012-2013) et Rapports annuels GARP à partir de 2013
- Rapports de la surveillance (ENSC, ENSC/HSH, ENSC/CDI, ENSC/Handicapés, surveillance sentinelle tous les 2 ans etc.)
- Rapports des évaluations programmatiques (CDV, PTME, PEC Médicale, PEC DES IST etc.)

Remarque : Tous ces rapports seront élaborés dans le respect d'un principe directeur : l'approche multisectorielle participative

- ✓ Mise en œuvre des revues bilan du programme
 - Revues bilan au niveau régional : Revues bilan trimestrielle et annuelle des CRLS
 - Revues bilan au niveau central : Revues bilan semestrielle et annuelle au niveau central :
- ✓ l'évaluation ou revue à mi-parcours du PMNLS en 2013 et l'évaluation finale à la fin du programme
 - L'évaluation ou Revue à Mi-parcours du PSLs
 - L'évaluation finale à la fin du Programme : en 2015

6.7.3 Assurer le suivi de la gestion financière :

Le suivi de la mise en œuvre financière est projet spécifique et il n'existe pas de synthèse annualisée des financements mobilisés et investis dans la réponse (difficulté de maîtrise des flux entrants et de la distribution aux responsables de la mise en œuvre, pas de rendus de compte annualisé à la coordination nationale)

6.8 Plan de diffusion et utilisation des données à des fins de gestion

Il n'y a pas d'intérêt à collecter des données qui ne peuvent ou ne seront pas utilisées. Les produits d'information doivent être mis à disposition de tous les acteurs concernés pour la prise de décision, la planification stratégique et l'allocation des ressources.

6.8.1 Plan de diffusion et partage des données du programme

Un plan précis d'utilisation et de diffusion des données comprend la stipulation des utilisateurs finaux de chaque indicateur, ainsi que la manière dont les données leur seront présentées. Il pourra comprendre :

- l'établissement d'une banque de données ou Bibliothèque du CNLS
- l'appui à la fonctionnalité des sites WEB pour le CNLS, l'ANCS, la DLSI = cadres de diffusion au grand public
- l'élaboration d'un magazine trimestriel du CNLS, ANCS, DLSI et autres Organisations du secteur privé et de la société civile
- un plan de partage des documents de politique et des rapports du programme

6.8.2 Utilisation des données du système de SE à des fins de gestion

Généralement, les données produites par les systèmes de S&E sont utilisées de 3 façons différentes à tous les niveaux du système :

- Plaidoyer pour l'action
- Planification, la révision ou l'amélioration des Programmes
- Imputation des changements aux interventions dans le cadre des évaluations d'impact et de résultats

6.9 ACQUIS

Le Système de SE est bien structuré sur 4 niveaux (district, départemental, régional et central) et alimenté par des sous-systèmes (secteur santé, société civile).

Les Planifications stratégiques nationales quinquennales ainsi que les planifications opérationnelles annuelles sont régulières et accompagnés de plan de Suivi et d’Evaluation.

Il existe un circuit de reporting des données avec des outils harmonisés et des étapes de validation définies du niveau opérationnel au niveau central.

Des ordinateurs ont été mis en place dans les districts et hôpitaux de 14 régions pour les Gestionnaires de données de District, les Gestionnaires de Données des Hôpitaux et les Gestionnaires de données Régionaux comme support de l’opérationnalisation du CRIS avec accès via l’Internet

Mise en œuvre régulière des enquêtes de surveillances épidémiologiques (surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, Enquête comportementale et biologique chez les populations clés les plus exposées (HSH, PS et CDI), chez les populations en contexte de vulnérabilité (jeunes, groupes passerelles, etc.) à travers l’ENSC, dans la population générale à travers l’EDS, Suivi des Résistances primaire et secondaire aux ARV, enquêtes évaluatives (qualité de la Prise en Charge médicale, du CDV, de la PTME).

Estimation de la taille des populations clés (CDI, PS et HSH) au niveau de Dakar.

Utilisation des données épidémiologiques et programmatiques à des fins de planification

Evaluation de la PTME

Evaluation annuelle du taux de survie des PVVIH après 12 mois de thérapie ARV

6.10 DEFIS

Mise en place d’un cadre intégré de coordination et de concertation au niveau national et régional entre le VIH et les autres programmes de santé (SMNI, TB, Palu, etc.) ;

Renforcer les ressources humaines de qualité et la logistique pour le système de suivi évaluation ;

Améliorer le système de collecte et de reporting des données ;

Quelques Problèmes observés dans la mise en œuvre des supervisions :

- Insuffisance du temps consacré à la supervision pour une véritable résolution des problèmes et une bonne formation (conseils et Feedback) des supervisés
- Difficulté de la programmation des supervisions avec les équipes de districts et de régions qui se sentent perturbées par des supervisions multiples du niveau central (programmées et réalisées après autorisations du MSAS, négociations avec les régions et districts etc.). Un effort important devra être fourni pour l’intégration de certaines supervisions qui peuvent aller ensemble au niveau régional et au niveau des districts
- Pas de registre de consignation des aspects positifs et des aspects à améliorer pour un suivi ultérieur

Insuffisances notées

- Mettre en œuvre une Enquête pour les indicateurs santé (EIS) documentant les indicateurs de l’EDS et de l’ENSC ;

- Assurer la régularité de l'évaluation de la résistance aux Antibiotiques des IST et la mise en œuvre de l'enquête IP6-IP7
- Renforcer la qualité de la supervision et l'audit des données au niveau opérationnel
- Renforcer l'analyse et l'utilisation des données au niveau opérationnel
- La difficulté de recouvrement de tous les rapports des partenaires au niveau régional et au niveau central pour l'élaboration des rapports annuels des régions et du Rapport annuel du Programme National
- difficulté de l'élaboration d'un plan consolidé opérationnel annuel (PSLS et suivi évaluation) mais aussi de l'évaluation des Ecart financiers du fait de la de la difficulté d'accès aux informations financières de tous les projets de partenaires divers de la coopération bilatérale et Multilatérale
- Renforcer le système d'information de la prise en charge ;
- Reprendre le processus de mise en place du logiciel Cris.sn
- Mettre un logiciel de suivi des cohortes de PVVIH au niveau des sites ;
- Mettre en œuvre l'EIS VIH en complément de l'EDS continu ;
- Renforcer la recherche opérationnelle et les évaluations d'impact des interventions;
- Estimer la taille des populations clés au niveau national
- Assurer la régularité de l'évaluation des ressources et dépenses sur le VIH (NASA ou REDES)

7.DIFFICULTES LIEES A L'ELABORATION DU RAPPORT

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

- La non complétude et l'incohérence de certaines données des régions
- La difficulté de mobilisation des acteurs et des partenaires bilatéraux et multilatéraux
- Il faut signaler aussi que le rapport a été élaboré sans l'intervention d'un consultant.

8. Bibliographie :

Agence pour le Développement du Marketing Social : Rapport annuel 2010-2011

Agence Nationale de la Statistique et la Démographie – 2011. Enquête Démographique et de Santé 2005 – Sénégal (EDS IV) : Février 2011, Rapport provisoire

Alliance internationale contre le VIH/SIDA - 2010. Rapport annuel 2010

APAPS – 2006. Rapport d'Enquête de Surveillance Combinée

APAPS – 2010. Rapport d'Enquête de Surveillance Combinée

CCISD/SIDA 3 – 2005. *Rapport de la première enquête de Surveillance de Seconde Génération (SSG) chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires sexuels masculins au Sénégal.* Dakar, février 2005. MSPM-CNLS-ACDI- CCISD, 20 p. + annexes.

Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) – 2005. *Enquête Démographique et de Santé 2005 – Sénégal (EDS IV) :* Avril 2006. MSMP/CNLS/DLS-Measure DHS + ORC Macro, Calverton, Maryland, USA.

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.* République du Sénégal-Primature-FHI-USAID-Banque Mondiale, novembre 2005

Conseil National de Lutte contre le SIDA/Sénégal, avril 2005. Rapport de l'audit technique du Plan stratégique 2002-2006 du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA.

Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007. *Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011.*

Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007. *Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2011-2015.*

Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007. Manuel de Mise en Œuvre du Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011.

Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007. Manuel Opérationnel de Suivi - Evaluation du Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011.

Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2008. *Rapport Annuel 2008*

Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2008. *Rapport Annuel 2009*

Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2009. *Proposal Round 9*

Direction de la Prévision et de la Statistique – 2004. *Rapport de synthèse de la 2ème Enquête Sénégalaise auprès des Ménages (ESAM-II).* Dakar, Ministère de l'Economie et des Finances, 262 p.

Division de Lutte contre le Sida et les IST – 2008. *Rapport annuel 2008.*

Division de Lutte contre le Sida et les IST – 2009. *Rapport annuel 2009.*

Family Health International – 2009 *Rapport Annuel*, Octobre 2008 – Septembre 2009, Accord de subvention n°685-A-00-06-00059-00

HANDICAP INTERNATIONAL - 2010 *Rapport d'Enquête auprès des personnes vivant avec un handicap*

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie – 2002. *Bulletin séro-épidémiologique n° 9 de surveillance du VIH – Mars 2002.* Dakar, MSPM-FHI-CDC.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie – 2004. *Bulletin séro-épidémiologique n° 11 de surveillance du VIH – Septembre 2004.* Dakar, MSPM-FHI-CDC.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie – 2006. *Données Epidémiologiques du VIH/sida n°12 – 2006.* Dakar, MSPM-FHI-CDC, 53.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie – 2007. *Rapport du Contrôle de qualité des SDV de 8 régions, mars 2007.*

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie – 2008. *Données Epidémiologiques du VIH/sida n°13 – 2008.* Dakar.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie – 2009. *Données Epidémiologiques du VIH/sida n°14 – 2009.* Dakar.

Ministère des Finance – 2006. *Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté*, Octobre 2006.

Ngagne MBAYE, *Transformer les handicapes en opportunité*

OMS, 2004. *Recommandations intégrées de l'Organisation mondiale de la Santé en matière de traitements antirétroviraux dans le cadre des soins de santé primaires.*

ONUSIDA, 2000. Agir vite pour prévenir le SIDA : Le cas du Sénégal. Collections Meilleures Pratiques.

ONUSIDA, 2005. Les trois principes directeurs : Coordination des ripostes nationales au VIH/SIDA – Principes directeurs à l'intention des autorités nationales et de leurs partenaires.

ONUSIDA, 2013. Rapport global sur le VIH, 2013

Rapport de l'enquête auprès des usagers de drogue au Sénégal (UDSEN)- 2011

Rapport sur l'estimation de la taille des PS et HSH au niveau de Dakar, 2012

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". PNLS-LVB/HALD/CNLS/INSERM, Dakar, Senegal - 2005. 16 p. + annexes. In Aids (?).