

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 LA RIPOSTE NATIONALE A L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA SÉNÉGAL : 2013-2014

SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE SUR LE VIH 2011

AVRIL 2015

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS ET ACRONYMES	5
Liste des tableaux.....	8
Liste des graphiques.....	9
INTRODUCTION	10
PRESENTATION DU SENEGAL	11
❏ Géographie	11
Coup d’œil sur l’état de la situation	14
❏ La situation actuelle de l’épidémie	14
❏ La riposte au plan politique et programmatique	15
1.2.1. La Réponse au plan politique	15
1.2.1.1. Engagement des plus hautes autorités	15
1.2.1.2. Engagement financier de l’état :	15
❏ 1.3. Aperçu des indicateurs GARP	16
Aperçu de l’épidémie du VIH au Sénégal.....	21
3. Riposte nationale à l’épidémie du sida.....	29
❏ 3.1. PREVENTION	29
3.1.1 PREVENTION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE.....	29
3.1.1.1 Promotion des comportements sexuels à moindre risque :	29
3.1.1.2. La promotion à l’utilisation du préservatif	Error! Bookmark not defined.
3.1.1.3. La prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	30
Contribution de la société civile	30
3.1.1.4. Prise en charge de populations clés les plus exposées : PS et HSH.....	Error! Bookmark not defined.
Prise en charge des hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes (HSH) : ..	Error! Bookmark not defined.
Acquis :	Error! Bookmark not defined.
3.1.3.2. Conseil dépistage volontaire	37
Historique	37
Politique	38
Les principes du CDV	38
Stratégies de mise en œuvre.....	38
Suivi – évaluation.....	38
Coordination	39

Résultats du CDV	39
☐ Accès aux services du CDV	39
☐ Niveau d'atteinte des objectifs du plan stratégique national	40
3.1.2. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	44
3.1.3. Prévention de la transmission sanguine	48
3.1.3.1. Sécurité transfusionnelle :.....	48
3.1.3.2 Prise en charge des Consommateurs de Drogues Injectables	48
3.2. LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH ET DES OEV	52
3.2.1 PRISE EN CHARGE MEDICALE.....	52
3.3 PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA REPONSE VIH (PRENANT EN COMPTE LES PAYS LIMITROPHES) ETAU RESPECT DES DROITS HUMAINS.....	66
3.4 LA GESTION LOGISTIQUE ET LE GAS	69
☐ 4. MEILLEURES PRATIQUES	69
5. Soutien des partenaires.....	69
6. Suivi et évaluation.....	69
7. DIFFICULTES LIEES A L'ELABORATION DU RAPPORT	71
8. Bibliographie :	72

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
CCDVA	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
HSB	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
OEI	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
PNDI	Programme National de Développement Sanitaire
PNMIS	Plan National Multisectoriel de Lutte contre le sida
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRDI	Plan Régional de Développement Intégré
Projet SIDA 3	Projet d'appui à la lutte contre les IST/VIH/sida en Afrique de l'Ouest/coopération canadienne
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH

REDES	Estimation nationale des ressources et des dépenses de lutte contre le sida
REQAS	Regional External Quality Assessment Services
SCDVA	Service Conseil Dépistage Volontaire Anonyme
SE	Suivi - Evaluation
SEN	Secrétariat Exécutif National
SEN/CNLS	Secrétariat Exécutif National du CNLS
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNSE	Système national de Suivi - Evaluation
SG/NU	Secrétariat Général des Nations Unies
SREQ	Système Régional d'Evaluation Externe de la Qualité
SWAA	Society for Women and Aids in Africa
TME	Transmission Mère Enfant
UAR	Unité d'Appui Régionale
UNGASS	Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
USER	Unité de Suivi - Evaluation et Recherche
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs de base	19
Tableau 2 : Evolution des résultats sérologiques chez les HSH	33
Tableau 3 : Utilisation du préservatif chez les HSH.....	34
Tableau 4 : Données des BDS en 2013	48
Tableau 5 : évolution du taux de survie a 12 mois.....	Error! Bookmark not defined.
Tableau 6 : Evolution du taux de PDV et de décès entre 2012 et 2014	Error! Bookmark not defined.
Tableau 7 : Analyse cohorte des patients coinfectés TB/VIH en 2014	Error! Bookmark not defined.

Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition des syndromes notifiés en 2014.....	31
Graphique 2 : Répartition des sites de dépistage en 2014	40
Graphique 3 : Evolution du nombre de sites de conseil dépistage de 2004 à 2014.....	40
Graphique 4 : Performance CDV en fonction des régions	41
Graphique 5 : Performance du dépistage des femmes enceintes en fonction des objectifs du PSN par région.....	Error! Bookmark not defined.
Graphique 6 : Evolution des sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH	Error! Bookmark not defined.
Graphique 7: Couverture de services de prise en charge adulte et enfant.....	Error! Bookmark not defined.
Graphique 8 : Evolution des nouvelles inclusions	Error! Bookmark not defined.
Graphique 9 : Evolution du taux de couverture de la mise sous TARV.....	Error! Bookmark not defined.
Graphique 10 : Evolution couverture ARV chez les enfants.....	Error! Bookmark not defined.
Graphique 11 : Evolution de taux de survie à un an entre 2012 et 2013 ..	Error! Bookmark not defined.
Graphique 12 : Evolution couverture ARV et CTX sur les patients coinfectés.....	Error! Bookmark not defined.
Graphique 13 : Couverture recherche active TB et INH.....	Error! Bookmark not defined.

INTRODUCTION

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.

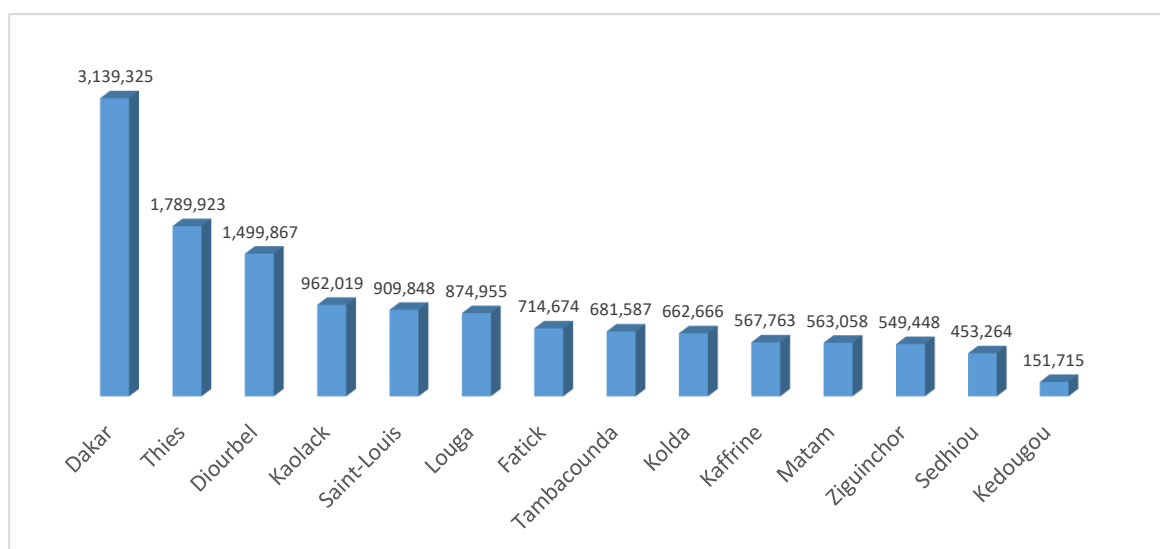
L'encours total de la dette extérieure a atteint 39,7% du PIB, contre 26,0% en 2008. Cette situation doit être inversée rapidement afin d'inscrire le Sénégal dans la réduction de la pauvreté et l'accélération de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), à l'horizon 2015.

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, RGPH de 2002 et), plusieurs enquêtes d'envergure nationale ont été menées, parmi lesquelles on peut citer l'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité de 1978, l'Enquête sur les Migrations et l'Urbanisation au Sénégal en 1993, l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (1994/1995 et 2001/2002), cinq Enquêtes Démographiques et de Santé (1986, 1992-1993, 1997, 2005 et 2010-2011), l'Enquête Nationale sur le Travail des Enfants au Sénégal en 2005 et l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal en 2006 et en 2011. Ces différentes investigations ont permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base à différentes dates qui contribuent au suivi et à l'évaluation des projets et programmes de développement.

Dans le cadre du dernier recensement, la population Sénégalaise a été estimée à 13 508 715 en 2013 dont 49,9% d'hommes et 50,1% de femmes. Cette population se caractérise par sa jeunesse avec une moyenne d'âge moyen de 22,4 ans et un âge médian à 18,7. La population rurale y apparaît plus jeune avec un âge médian se situant à 16 ans (contre 21 ans en milieu urbain).

La population résidente est en majorité rurale avec 54,8 % contre 45,2 % de citadins. Sur le plan de la répartition spatiale, il existe une disparité dans le peuplement des circonscriptions administratives (régions et communes) du pays. La région de Dakar, avec 3 139 325 habitants, est de loin la région la plus peuplée comme le montre la graphique 1, alors que la région de Kédougou est la moins peuplée avec moins de 200 000 habitants (soit 151 715 habitants).



Source : ANDS-RGPHAE, 2013

Graphique 2 : Répartition de la population du Sénégal par région en 2013

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

1.1.4 Politique en matière de santé et situation sanitaire

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

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

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

- Niveau Central: le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions dont une Direction générale de Santé (DGS) et une Direction générale de l'Action sociale (DGAS) et les Services rattachés. C'est le niveau de conception des politiques, programmes et projets de santé. (PNDS 2009-2018, page 20)
- Niveau intermédiaire : le Sénégal compte 14 régions médicales. La Région Médicale (RM) dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative. Elle assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région et organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification (PNDS 2009-2018, page 20).
- Niveau périphérique : Le District Sanitaire (DS) est la zone opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il comprend au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Dans l'aire de responsabilité du Poste de Santé il peut y avoir un certain nombre cases de santé et de maternités rurales. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif (PNDS 2009-2018, page 21).

Le système national de santé repose à la fois sur un sous système de soins diversifié publique et privée. L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide sans qu'il existe, toutefois, une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des deux systèmes à chaque niveau. Au niveau communautaire, le système est complété par les initiatives communautaires matérialisées sur le terrain, entre autres, par le développement des cases de santé. Il faut noter, en plus, la part non négligeable de la médecine traditionnelle dans le secteur de la santé. (PNDS 2009- page 21).

Le Secteur public compte 76 districts sanitaires 89 centres de santé 1 247 postes de santé, 1 722 Cases de santé, 10 Etablissements Publics de santé (EPS 1), 13 EPS 2, 12 EPS 3, 2 Hôpitaux de militaires et CM de garnison (PNDS 2009-2018, page 20).

Le Secteur Privé compte 4 Hôpitaux, 45 cliniques, 1 013 officines de pharmacie, 6 grossistes répartiteurs, 160 cabinets médicaux, 185 postes de santé et dispensaires confessionnels, 570 Cabinets

paramédicaux 30 structures d'entreprise ainsi que 1 000 Tradipraticiens enregistrés¹ (CDS 2009- page 23).

L'offre de santé du système communautaire comprend les initiatives communautaires et la médecine traditionnelle. Elle est assurée par des ONG/OCB et des Associations spécialisées.

On assiste à un développement des cases de santé avec l'appui de certains partenaires au développement et à une multiplication des initiatives communautaires comme la prise en charge communautaire des IRA, de la diarrhée, du paludisme simple et des soins essentiels du nouveau-né, etc. (PNDS 2009 - 2018 page 22).

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).

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.

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.

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.

COUP D'ŒIL SUR L'ETAT DE LA SITUATION

• La situation actuelle de l'épidémie

La situation épidémiologique du Sénégal est marquée par une prévalence faible et stable de 0,7%² dans la population générale mais élevée chez les populations clés plus exposées au VIH avec 18,5%³ chez les Professionnelles du sexe (ENSC, 2010), de 17,8%⁴ chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (ELIHoS, 2014) et de 5,2% chez les Consommateurs de drogues injectables toute voie confondue et de 10,2%⁵ pour les injecteurs (UDSEN, 2011).

¹ Direction de la Santé 2003

² EDS IV, 2005 et EDS-MICS, 2010-2011

³ Enquête Nationale de Surveillance Combinée, 2010

⁴ Rapport d'Enquête Combinée auprès des HSH, 2014

⁵ Rapport d'Enquête auprès des Usagers de Drogue au Sénégal, 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 dans 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 PSL 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

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

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

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

Les résultats de l'EDS-MICS de 2010-2011 avaient révélés que seuls 29,74% (29% chez les femmes et 31% chez les hommes) avaient une connaissance « approfondie » sur le VIH et le sida. En d'autres termes, ces jeunes savaient qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle qui n'est pas infecté. De plus, ils rejettent les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida (transmission par les moustiques et en partageant les repas d'une personne qui a le VIH/sida) et ils savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida. Cependant, il demeurait chez jeunes la persistance de fausses croyances.

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

L'âge aux premiers rapports sexuels des jeunes de 15-24 ans revêt une grande importance en matière de prévention du VIH. 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 51.339⁶ en 2005 à 763.176⁷ 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)

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%).

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

⁶ 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).

⁷ Idem

Indicateur 1.9 : Dépistage du VIH parmi les professionnelles du sexe

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

Au Sénégal, la prostitution est légalisée et toute PS doit être enregistrée au fichier sanitaire de la prostitution et doit régulièrement faire un bilan de suivi de façon volontaire. Globalement, 69,4%, (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.

Commentaires globales sur les HSH :

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

Indicateur 1.11 : HSH touchés par les programmes de prévention

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

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

Indicateurs 1.12 : Utilisation du préservatif chez les HSH

L'utilisation du préservatif a connu une légère diminution passant de 76,20% en 2007 à 72,6% en 2014. Cette diminution s'observe aussi bien chez les HSH de plus de 25 ans (75,6% en 2007 contre 82,4% en 2014) que chez les HSH qui ont moins de 25 ans (70% en 2014 contre 71,6% en 2007).

Indicateur 1.13 : Dépistage des HSH

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

Indicateur 1.14 : Prévalence du VIH chez les HSH

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

Indicateur 2.4 : Dépistage chez les usagers de drogue injectable

L'enquête UDSEN 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-MICS	2010 - 2011	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-MICS	2010 - 2011	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-MICS	2010 - 2011	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-MICS	2010 - 2011	21,00%
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	EDS-MICS	2010 - 2011	12,60%
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	Surveillance sentinelle	2011	0,9%
1.7	Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH	ENSC 10	2010	83,50%
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 vivent 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	2014	75,4%
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur rapport anal avec un homme	ELIHoS	2014	72,6%
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ELIHoS	2014	41,9%

N°	INDICATEURS	SOURCE	ANNEE	VALEUR
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	ELIHoS	2014	17,8%
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	Rapport CRCF	2014	92
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	Rapport UDSEN	2011	38,5%
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	Rapport UDSEN	2011	74,3%
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Rapport UDSEN	2011	9,1%
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	Rapport UDSEN	2011	10,2%
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	Rapport du programme	2014	56,2%
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	Données LBV	2014	15,8%
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant	Données de routine	2010	5%
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	2014	55,6%
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	2013	76,8%
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	2014	41,6%
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)	REDES	2013	11 985 228 193

N°	INDICATEURS	SOURCE	ANNEE	VALEUR
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 - 2011	47,6%
10.1	Assiduité scolaire des orphelins âgés de 10 à 14 ans*	EDS-MICS	2010 - 2011	Non disponible
10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	EDS-MICS	2010 - 2011	Non disponible

APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH AU SENEGAL

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 projections⁸, le Sénégal en 2014, compte 30 026 personnes vivant avec le VIH dont 63% sont des femmes et environ 10% sont des enfants de 0 à 14 ans (3 295).

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 0,4 % en 2014 selon le Spectrum avec environ 1 300 nouvelles infections et 700 décès dus au sida qui sont survenus en 2014

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)⁹. 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

⁸ Spectrum, 2015

⁹ EDS-MICS 2010-2011

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%)¹⁰.

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%).

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%).

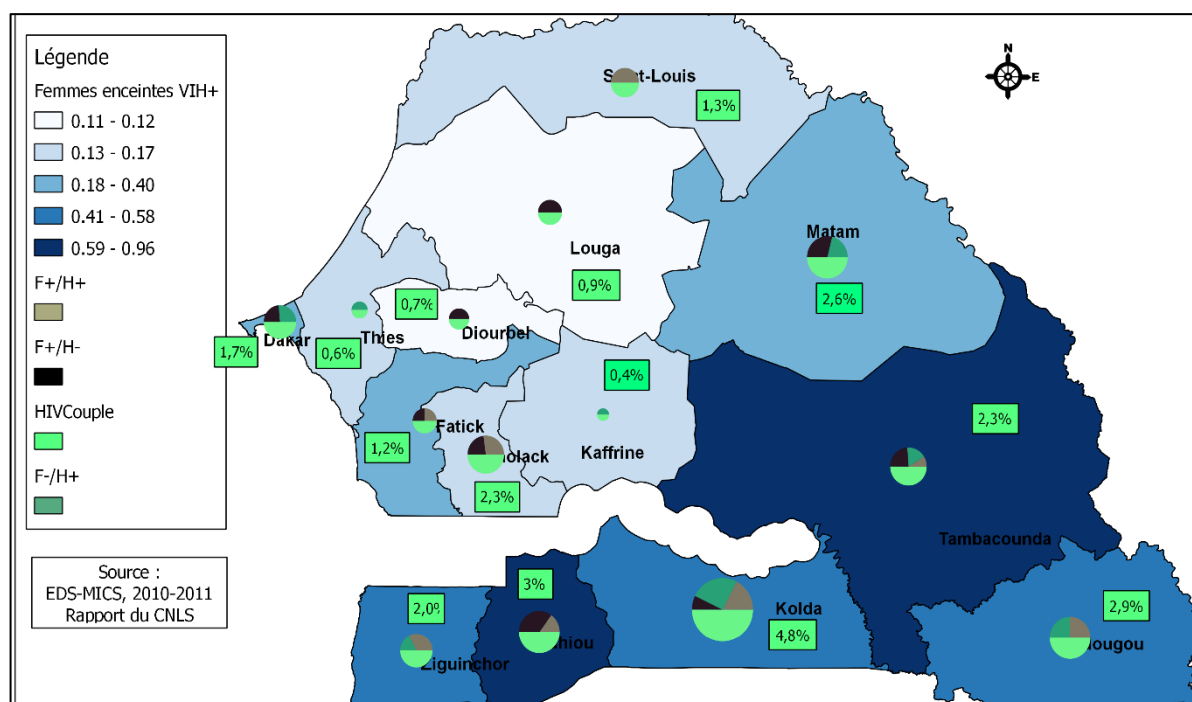
La prévalence médiane a la même répartition que la prévalence moyenne avec cependant une médiane de 1,3% (IQR : 1,1) à Sédhiou et 0,8% pour les régions de Dakar (IQR : 1,0) et Thiès (IQR : 1,2).

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.

¹⁰ EDS-MICS 2010-2011

Infections par le VIH chez les couples stables

Les résultats du MoT de 2010 comparés aux résultats du MoT de 2013¹¹ montrent que les nouvelles infections surviennent principalement au sein des couples hétérosexuels, cette tendance s'est maintenue entre 2010 et 2013. 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). Le Graphique 4 montre la répartition de la prévalence du VIH dans le couple par région. Ceci témoigne du risque élevé de contamination au sein des couples stables sérodifférents¹².

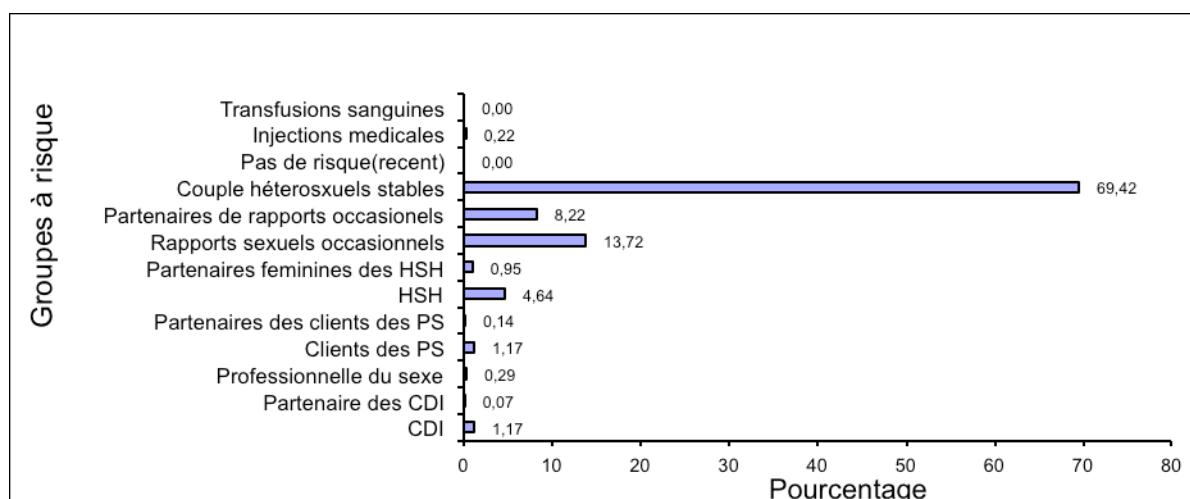


Graphique 3 : Taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes en 2014 (données du programme) et prévalence du VIH dans le couple en 2010 (EDS-MICS)

En 2013, 69,4% des nouvelles infections sont attribuables aux couples stables, suivis des populations qui ont des rapports sexuels occasionnels représentant 13,7% des nouvelles infections dont les partenaires représentent 8,2% des nouvelles infections.

¹¹ Model of Transmission 2010 et 2013

¹² Cette terminologie est préférée à celle de sérodiscordant indiquant la contamination de l'un des deux partenaires



Graphique 4 : 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.

Populations clé les plus exposées aux risques du VIH

Les Professionnelles du sexe (PS)

Estimées à 4 200¹³, 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 dernières 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 contamination. Toutefois, comme en témoigne les

¹³ Rapport d'étude sur l'estimation de la taille des PS et des HSH à Dakar - 2012

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% des 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 17,8%¹⁴ avec 18,1% chez les HSH âgés de 25 ans et plus et 17,7% chez les HSH plus jeunes âgés de moins de 25 ans.

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 corroboré l'existence d'une prostitution masculine.

La taille des HSH est estimée à 1 840 à Dakar en 2012¹⁵.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont exposés au risque de transmission du virus du fait des caractéristiques¹⁶ :

- 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.

Les consommateurs de drogue injectable

L'étude auprès des CDI en 2011 avait défini dans le contexte du Sénégal comme CDI toute personne répondant à un de ces critères :

- Avoir eu recours au mode d'administration intraveineux au cours des 3 derniers mois pour injecter des drogues, quel que soit le produit injecté
- Avoir consommé de l'héroïne ou de la cocaïne/crack au cours des trois derniers 3 mois, quel que soit le mode d'administration.

Cette étude a permis de montrer que la prévalence du VIH était élevée avec 5,2% chez les CDI quel que soit leur mode d'administration et de 9,2% chez les personnes qui se sont injectées au moins une fois

¹⁴ Rapport Enquête combinée chez les HSH, 2014

¹⁵ Rapport d'étude sur l'estimation de la taille des PS et des HSH à Dakar - 2012

¹⁶ Cartographie de la vulnérabilité liée au VIH au Sénégal, 2005

alors que la prévalence était de 10,2% chez les CDI qui se sont injectées au cours du mois précédent l'enquête.

Cette étude a aussi permis d'estimer de taille de la population d'usagers de drogues injectables selon la méthode « capture-recapture » 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 étaient 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 (5,2%), VHC (23,3%) 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%).

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 2010¹⁷, la prévalence du VIH chez les camionneurs a connu une baisse ; elle est passée de 1,4% en 2006¹⁸ 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.

¹⁷ ENSC, 2010

¹⁸ ENSC, 2006

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).¹⁹

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 2010²⁰, le taux de prévalence du VIH chez les camionneurs a connu une baisse ; il est passé de 1,4% en 2006²¹ à 0,6% en 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

¹⁹ Vulnérabilité au VIH des personnes vivant avec une déficience : cas de la région de Dakar - 2011)

²⁰ ENSC, 2010

²¹ ENSC, 2006

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).

3. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE 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, HSH 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.

Contribution de la société civile

Les jeunes:

Des activités d'IEC/CCC ont été déroulées dans toutes les régions du pays avec des activités de causerie, d'entretien individuel et de mobilisation sociale avec comme support théâtre forum. La Collaboration renforcée entre SR intervenant dans différentes composantes: IEC/CCC et CDV, PEC HSH/PS et CDV a permis une meilleure couverture géographique et sociale. L'unité mobile de dépistage a également beaucoup aidé dans le dépistage de jeunes et populations clés. et s'est appuyé sur la mobilisation des populations jeunes par les PMO. l'utilisation des NTIC dans sensibilisation sur le VIH et la SR (plateforme clickinfoados, bipinfos avec One world...) est une bonne pratique à renforcer et à encourager mais également l'Intégration VIH/SR/PF dans la mise en œuvre des activités d'IEC/CCC

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

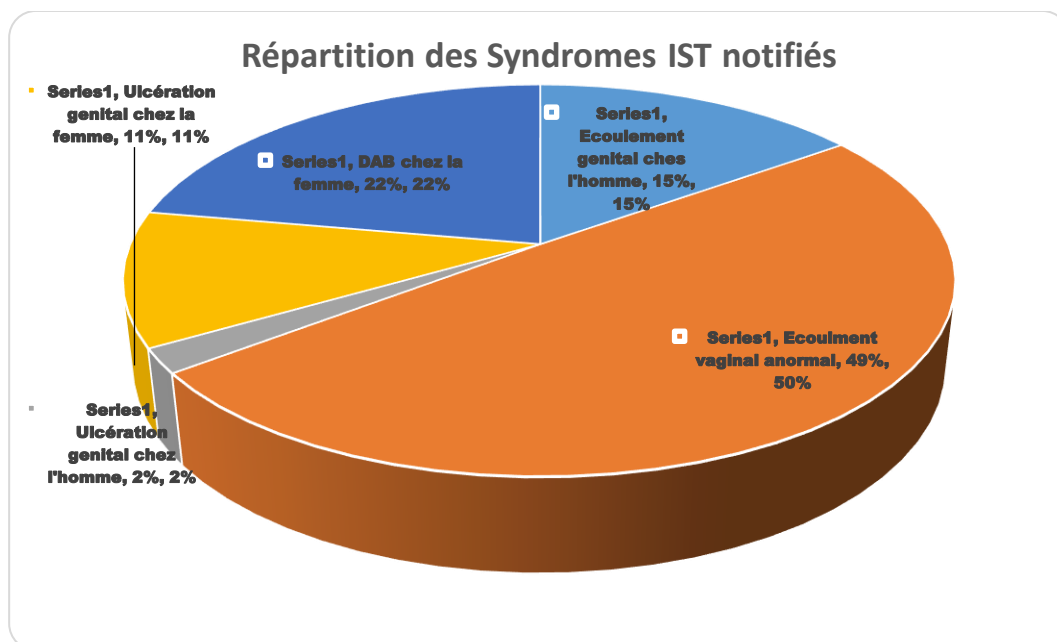
i. Prise en charge des IST dans la population générale

Au niveau des structures sanitaires, les informations sur la PEC syndromique et le dépistage sérologique de la syphilis ont pu être collectées grâce aux données de routine utilisant les supports validés du système national et avec l'enquête SPA.

A. 1. Prise en charge syndromique

Pour l'année 2014, les données de routine montrent que 148 238 syndromes IST ont été notifiés (vs 77 949 en 2013) avec près de la moitié représentés par l'écoulement vaginal anormal : 49,5% (vs 51% en 2013). Pour les autres syndromes la répartition se fait ainsi : écoulement génital chez l'homme : 14,6% (vs 9% en 2013) ; ulcération génitale chez l'homme : 2,1% (vs 1,4% en 2013), ulcération génitale chez la femme : 11,4 % (vs 5,5% en 2013), douleur abdominale basse chez la femme : 22,4 % (vs 31% en 2013).

Ces résultats montrent une nette amélioration dans la notification particulièrement pour les syndromes IST les plus spécifiques l'écoulement urétral et l'ulcération génitale.



Graphique 3 : Répartition des syndromes notifiés en 2014

Selon l'enquête SPA 2014, les résultats suivants ont été notés :

- bonne couverture du service de PEC des IST au niveau du Sénégal avec respectivement 94% des hôpitaux (vs 90% en 2012-13), 100 % des centres de santé (vs 99% en 2012-13) et 98% des postes (comme en 2012-13),
- directives de PEC des IST respectés au niveau de 69 % des centres de santé (vs 55% en 2013) et 70 % des postes de santé (vs 61% en 2013)
- taux de 27 % du personnel formé (vs 35 % en 2012-13) avec respectivement 34% et 20 % des centres de santé et postes de santé. Il faut noter que « la formation doit avoir impliqué des séances structurées, et n'inclut pas l'instruction individuelle que le prestataire aurait reçue au cours de la supervision de routine ».
- bonne disponibilité pour les molécules de référence : Ciprofloxacine et Métronidazole (autour de 75% des structures). Cependant pour la ceftriaxone la disponibilité est faible (autour de 20%) ; cela peut s'expliquer par le fait que plusieurs équivalents (cefixime, cefotaxime) sont proposés par la Pharmacie National d'approvisionnement et sont disponibles au niveau des PRA et des districts.

A.2. Dépistage sérologique de la syphilis

Conformément aux recommandations de la SR, le dépistage sérologique de la syphilis est **intégré dans le bilan prénatal**. Le service est offert dans l'ensemble des laboratoires des CS et EPS et au niveau de près de **100 postes de santé répartis au niveau de toutes les régions**.

Les résultats sur le dépistage sérologique de la syphilis sont analysés à partir des données du système et des données du CNTS.

En 2014, le nombre de tests réalisés a considérablement augmenté : il a été reporté 61 829 tests réalisés (vs 35 373 en 2013) avec 1 736 cas soit un taux de séropositivité de 2,8% (vs 4,3% en 2013).

Dans le cadre de la sécurité transfusionnelle, tous les dons de sang sont testés pour la syphilis au même titre que pour le VIH, le VHB et le VHC. En 2014, 69 295 dons de sang ont été enregistrés (77% d'hommes et 23% de femmes) avec 128 cas positifs ce qui représente une prévalence de 0,18% (vs 0,34% en 2013).

Suivi des Professionnelles du sexe

Le suivi médicosocial et la prise en charge des IST chez les populations clé PS reste une des stratégies majeures de la réponse à l'infection à VIH. Elle est mise en œuvre à travers les services IST intégrés dans les structures sanitaires des régions/ districts. Les interventions sont appuyées par les organisations de la société civiles ONGs / associations comme ENDA Santé, AWA et les associations de paires. Les services offerts s'adressent aussi bien aux PS officielles qu'aux PS clandestines.

La couverture en sites de suivi des PS a augmenté, de 36 sites en 2009, à 41 en 2013 et 45 en 2014 (incluant les sites d'intégration des régions Sud/ KPCF). Notons qu'avec Enda Santé, les deux cliniques mobiles couvrent toujours Dakar et Mbour.

En 2014, les résultats analysés ont juste considéré les PS actives au niveau des sites des 14 régions, ainsi 7 953 PS sont inscrites et suivies dont 1 152 nouvelles. Parmi les PS suivies, 20% représentent des PS clandestines (1612).

Pour les PS régulièrement suivies 59,2% ont fait le dépistage du VIH (vs 58% en 2013) ce qui reste faible. Les taux de séropositivité (VIH) enregistrés donnent 17,4% chez les nouvelles PS (176/ 1010) et 14, 5% chez les anciennes PS (373/ 2566).

La proportion de PS ayant effectué le dépistage sérologique de la syphilis reste faible, elle est de 41% (vs 45% en 2013).

Pour les condoms distribués, il y'a eu 2 216 074 condoms masculins et 59 837 condoms féminins.

Contribution de la société civile

Avec programme FM, le programme ARP de l'Alliance internationale, des activités d'IEC /CCC ont permis de toucher PS, avec des messages de prévention et de santé sexuelle. des activités de santé sexuelle de soutien social.

La distribution de préservatif est presque systématique. En effet le système de ravitaillement en préservatif est devenu très performant avec une disponibilité constante et massive. L'utilisation systématique du préservatif est devenue une réalité dans les milieux de PS officielles et clandestine. Ceci, grâce à l'approche par les pairs. Le dépistage des PS clandestines rencontre encore quelques difficultés qui peuvent être comblées dans les stratégies avancées. Il faut toutefois remarquer une bonne distribution des préservatifs masculins. L'Insuffisance dans la promotion explique peut-être liée à la faible utilisation des préservatifs féminins. Les associations de PS ont reçu une formation en estime de soi pour prise en charge de leur propre santé. Les membres des PS sont également appuyés dans la formation professionnelle et le financement en AGR.

Suivi des HSH

La prise en charge des HSH est de plus en plus intégrée au niveau du dispositif sanitaire dans toutes les régions. Les interventions sont menées au niveau du secteur public et communautaire en collaboration avec les médiateurs, la société civile notamment ENDA/Santé, ANCS, les associations de HSH. Avec l'extension de la stratégie d'intégration notamment dans les 3 régions du Sud, d'autres sites ont pu être opérationnels particulièrement au niveau des postes de santé, amenant le nombre de sites à 45.

Résultats de l'enquête ELIHoS 2014

L'enquête ELIHoS a été menée auprès de 1012 HSH provenant de 9 sites (8 régions) du Sénégal : Dakar, Thiès/ Mbour, Kaolack, Louga, Saint Louis, Tambacounda, Ziguinchor, Sédhiou.

Elle a montré les principaux résultats suivants (voir tableau) :

- Baisse de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les HSH entre 2007 et 2014
- Baisse de la prévalence du VHB entre 2007 et 2014
- Faible prévalence du VHC
- Pour le gonocoque et le chlamydia les prévalences sont pratiquement stables.

Tableau 2 : Evolution des résultats sérologiques chez les HSH

Prévalence	2014	2007	2004
VIH	17,8%	21,8%	21,5%
VHB	15,7%	17%	26,4%
VHC	1,5%	NA	NA
Syphilis	1,0%	3,4%	4,8%
Gonocoque	2,7%	2,6%	5,4%
Chlamydia	4,2 %	3,2%	4,1%

La tranche d'âge 20-24 ans était la plus représentative (41,4%). Cependant, 22,3% étaient âgés de moins de 20 ans.

Parmi les HSH enquêtés, les élèves/ étudiants représentaient 32,8%.

Près de 43% appartenaient à une association de HSH et 51,9% ont participé à des actions de prévention.

Une augmentation importante est notée chez les HSH âgés de 18-19 ans où la prévalence est passée de 5,2% à 19,9% tandis qu'une régression a été notée chez les 35 ans et plus (40,6% à 17,2%). Ce nouveau phénomène doit être pris en compte dans les politiques de prévention.

Le dernier rapport sexuel

Il existe une bonne pratique de l'utilisation du préservatif lors des rapports avec pénétration (75,3%), ce qui n'est pas le cas pour la fellation et lors d'un rapport avec la femme.

Pour les pratiques sexuelles à risque au cours de dernier mois, l'enquête de 2014 montre une augmentation de la prise de risque comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Utilisation du préservatif chez les HSH

Au cours du dernier mois	2004	2007	2014
Rapport anal actif non protégé	24%	9%	16,5%
Rapport anal passif non protégé	20%	10%	13,1%
Rapport vaginal hétérosexuel non protégé	18%	12%	13,2%

Résultats du suivi des HSH au niveau des sites de suivi 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 45 en 2014. Ces sites sont répartis au niveau de toutes les régions.

Pour 2014, beaucoup d'activités ont été mises en œuvre à l'endroit des HSH mais la sous notification ou le manque d'appropriation des outils de reporting de ce groupe limite les résultats obtenus :

- 1 463 HSH suivis
- 1 411 HSH touchés par les activités de prévention contrairement en 2009 dont 1069 HSH
- 1 492 HSH ont été dépistés et connaissent leurs résultats et 103 sont revenus positifs
- 109 141 préservatifs masculins, 5 220 condoms féminins et 147 752 dosettes de lubrifiants distribués
- 100 HSH vaccinés contre l'hépatite B

Contribution de la société civile

des programmes de prévention Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes : le programme ARP venu renforcer les interventions du programme FM a permis de booster les interventions en direction des HSH. Ce programme implique 10 OCB de HSH. Ce programme met l'accent sur la santé sexuelle, les droits humains renforcent les capacités des pairs éducateurs. Les feedbacks reçus sont encourageant dans ce sens que le port de préservatifs lors de rapports sexuels devient une réalité. Les OCB ont accompagné, par une large mobilisation, la DLSI dans le cadre du dépistage des HSH. Il s'agit également dans ce programme de réalisation d'activités communautaires pour le changement de comportement, de promotion des droits humains auprès des pairs ; Distribution de Préservatifs et appui au plaidoyer pour l'accès au lubrifiant à base d'eau.

Contribution des médiateurs

Les médiateurs mis à disposition au niveau des sites interviennent principalement dans la promotion de l'utilisation des services de prévention et de prise en charge.

Ainsi, pour l'année 2014, les résultats suivants ont été enregistrés :

- 950 HSH ont participé à 72 causeries
- 537 HSH ont participé à 73 groupes de parole
- 380 HSH touchés à travers 341 VAD
- 38 459 condoms masculins distribués
- 2 885 condoms féminins
- 44 966 dosettes de lubrifiants distribués.

Prise en compte de la dimension transfrontalière de la PEC des populations clé

Pour répondre aux préoccupations nationales, la prise en charge des populations clé a fait un focus sur les 3 régions du Sud où la stratégie d'intégration a été particulièrement implémentée notamment avec le programme KPCF/ FHI360. Les interventions ont été menées en synergie avec les RM/ DS, les médiateurs/trices, les associations de HSH et PS, la société civile (ANCS, Enda Santé), les UAR et les partenaires.

Toutes les interventions du paquet d'intégration ont été mises en œuvre, à savoir :

- La formation et la mise à disposition de médiateurs/ trices
- La formation des prestataires
- La sensibilisation du personnel des sites
- Plaidoyer auprès des autorités locales (administratives, coutumières, religieuses,)

Le dispositif a été effectif au niveau des sites ciblés sur la base des cartographies réalisées permettant d'améliorer la couverture. En effet, le CS de Diouloulou et les postes de santé de Abéné, Kafountine, Cap Skiring, Médina Wandifa ont intégré le suivi des populations clé PS et HSH participant ainsi à une prise en charge transfrontalière des populations clé.

IV - POINTS FORTS

- ✓ L'enquête ELIHoS 2014 a montré un bon contrôle de l'infection à VIH au sein des HSH
- ✓ Stabilité de la prévalence des IST au niveau des HSH
- ✓ Bon ciblage des régions du Sud conformément au faciès de l'épidémie nationale
- ✓ Prise en compte de la dimension transfrontalière
- ✓ Synergies d'action des différents acteurs : secteur santé, acteurs communautaires
- ✓ Amélioration de la **couverture en sites** de suivi des populations clé notamment avec la stratégie d'intégration dans les régions du Sud
- ✓ Amélioration dans la disponibilité des carnets et autres outils de suivi des PS
- ✓ Amélioration dans la complétude des données IST (toutes les régions ont reporté)
- ✓ Renforcement de capacités in situ des GDD, à travers les supervisions intégrées menées dans les sites
- ✓ Prise en compte des indicateurs IST et suivi populations clé dans le DHIS 2 / système national
- ✓ Bonne disponibilité des molécules de référence IST à tous les niveaux
- ✓ Intégration des structures privées dans les supervisions menées au niveau des districts
- ✓ Amélioration dans la collecte et le reporting des données sur le dépistage sérologique de la syphilis avec prise en compte des statistiques des laboratoires
- ✓ Tenue de deux revues semestrielles conjointes IST/ suivi PS et HSH avec la participation de toutes les régions, des médiateurs, de l'ANCS
- ✓ Amélioration de la disponibilité des mannequins pour condoms féminins

V – POINTS A AMELIORER

- ✓ Incohérences des données reportées sur la syphilis au niveau de la région de Diourbel, particulièrement par DS de Mbacké
- ✓ Sous notification et sous reportage des données sur le suivi des HSH
- ✓ Test de diagnostic rapide de la syphilis non encore adopté comme stratégie nationale (résultat enquête SPA 2014 : 1% des structures dispose du TDR)
- ✓ Besoins de mise à niveau sur la prise en charge syndromique particulièrement pour les nouveaux prestataires

- ✓ Difficulté dans l'identification des populations clé pour le reporting essentiellement dans les sites d'intégration
- ✓ Défaut de surveillance de la résistance aux antibiotiques et d'actualisation des protocoles
- ✓ Non tenue de la session de formation transfrontalière de formateurs sur la prise en charge des groupes vulnérables
- ✓ Faible taux de dépistage du VIH et de la Syphilis chez les PS
- ✓ Faible distribution des condoms au niveau des populations clé

VI – RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES 2015

- Faire un meilleur ciblage des interventions pour les populations clé PS et HSH tenant compte des résultats des différentes études menées et résultats du programme :
 - dépistage ciblé pour les groupes clés
 - renforcer les interventions en zones prioritaires
 - renforcer les interventions auprès des PSC (centres secondaires)
- Mettre en œuvre la stratégie de vaccination à l'hépatite B pour les HSH et les PS
- Inclure le TDR Syphilis dans les stratégies nationales retenues
- Rendre disponibilité l'Azithromycine au niveau des districts/ Postes de santé comme médicament essentiel
- Prendre la dimension santé sexuelle dans les activités de prévention au niveau des établissements scolaire,
- Renforcer les GDD sur les différentes sources de collecte portant sur les IST et le suivi des groupes clés
- Partager les résultats de l'enquête de 2014 auprès de HSH
- Veiller au respect du dépistage de la syphilis comme recommander dans le document des normes de suivi des PS
- Renforcer les capacités des prestataires sur la prise en charge des IST et le suivi des populations clé
- Améliorer la distribution des condoms au niveau des populations clé
- Améliorer le reporting des condoms au niveau des populations clé

VII - DEFIS

- Renforcer l'offre de services combinés de prévention, prise en charge et d'accompagnement des populations clé
- Renforcer les capacités des sites de référence des IST et de suivi des populations clé
- Rendre effectif la stratégie tester et traiter pour les groupes PS et HSH
- Consolidation de la stratégie d'intégration des services de PEC des PS et HSH
- Renforcer le ciblage des zones de vulnérabilité dans le cadre du suivi des populations clé
- Etendre les études d'estimation de la taille des populations clés
- Pérenniser l'utilisation des outils du système national au niveau du secteur privé
- Meilleure intégration des IST dans le cadre d'un paquet SR/ santé sexuelle (PTME/ CDV, PF, CPN)
- Renforcement de l'intégration du secteur privé
- Intégration effective et systématique des IST et suivi des groupes PS et HSH dans le DHIS 2 niveaux de la pyramide

3.1.3.2. Conseil dépistage volontaire

Historique

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

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

Au Sénégal le diagnostic du premier cas de VIH a eu lieu en 1986 ; cependant ce n'est qu'en janvier 2000 que le premier centre de CDV fut créé à Dakar.

Des normes et protocoles avaient été élaborés en 2002 afin de régir le fonctionnement des centres de CDV ainsi que des guides de counseling et des recommandations nationales en matière de dépistage au laboratoire.

En 2004, la décentralisation de la prise en charge médicale du VIH par les ARV avait nécessité la décentralisation de toutes les autres activités liées à la prévention et à la lutte contre le VIH. Ainsi on a assisté à l'ouverture de centres de CDV dans les régions, mais aussi à l'intégration du CDV dans les structures sanitaires publiques (hôpitaux nationaux et régionaux, centre de santé et labo régionaux), parapubliques, militaires, dans les Centres Conseil pour adolescent du secteur de la jeunesse et les Centres médico-scolaires du secteur de l'éducation. Cette décentralisation avait été facilitée par l'existence d'algorithmes simplifiés par l'ONUSIDA et L'OMS utilisant des tests rapides qui ont l'avantage de ne nécessiter aucun équipement particulier.

Au 31 décembre 2005, la cartographie des sites de CDV indiquait qu'il existait 13 centres de CDV et 76 SDV fonctionnels à travers le pays.

Cependant, l'évaluation du CDV au Sénégal en 2005 avait montré une faible information et sensibilisation sur l'existence des centres de CDV et SDV ainsi qu'une faible fréquentation de ces structures.

Pour parer à cette faiblesse, une nouvelle approche consistant à aller vers la population cible afin de faire la proposition du dépistage du VIH avait été mise sur pied.

D'autres recommandations importantes avaient été formulées dont la revue des normes et protocoles existants en les adaptant au contexte actuel d'intégration du CDV dans les structures de santé et de la stratégie avancée.

Par la suite, le programme de lutte contre les IST/VIH avait décidé en fin 2007 de démarrer la décentralisation du CDV dans les postes de santé afin de le rendre encore plus accessible.

Dans le PSN 2007-2011 l'accent avait été mis sur l'accélération de la couverture nationale du dépistage surtout au sein des groupes clés et sur l'amélioration de la qualité des services du CDV.

En 2009, l'utilisation des TDR a été introduite dans les postes de santé et maternités ; la campagne nationale semestrielle a démarré pour faciliter l'accès au CDV et booster le dépistage. Dans le même objectif, le dépistage à l'initiative du prestataire a été lancé en 2011.

En 2013, on dénombrait 1 223 sites de dépistage, le nombre de personnes testées au VIH au niveau national était de 750 233 soit un taux de performance de 98,45% ; parmi ces personnes 76% étaient des filles de plus de 15 ans.

Politique

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

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

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

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

Ainsi en adéquation avec les objectifs du Plan stratégique National 2014- 2017, l'intervention du CDV doit contribuer à la réduction de moitié des nouvelles infections par le VIH avec l'objectif spécifique suivant : au moins 30% de population générale ont fait leur dépistage et connaissent leur statut sérologique au cours des 12 derniers mois en 2017. En effet la connaissance du statut sérologique parmi la population générale est un facteur important de la réduction de la transmission des nouvelles infections à VIH et une porte d'entrée pour la prise en charge avec la stratégie Test and Treat qui sera mise en œuvre dans 5 régions prioritaires.

Les principes du CDV

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

Stratégies de mise en œuvre

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

Suivi – évaluation

Le suivi évaluation est assuré par :

- des supervisions formatives périodiques au niveau régional et national
- la collecte et analyse des données après audit pour assurer la qualité

Coordination

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

➤ Niveau institutionnel

Le CNLS assure:

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

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

- la coordination et la gestion des activités ;
- l'appui technique aux autres secteurs ;
- la disponibilité des réactifs et consommables ;
- le suivi et l'évaluation périodique des activités
- La réunion semestrielle du comité de pilotage du CDV qui permet l'implication de tous les secteurs afin
 - d'harmoniser les pratiques pour obtention d'une meilleure qualité du suivi ;
 - de valider les décisions prises dans le cadre des activités du CDV ;

➤ Niveau décentralisé

Le niveau régional

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

Le niveau district

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

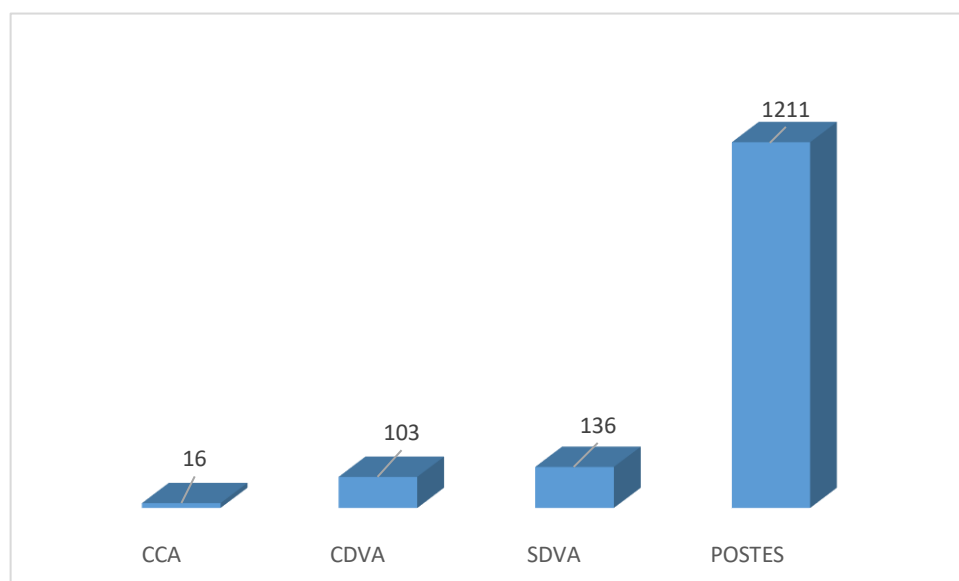
Résultats du CDV

• **Accès aux services du CDV**

Evolution du nombre de sites de dépistage

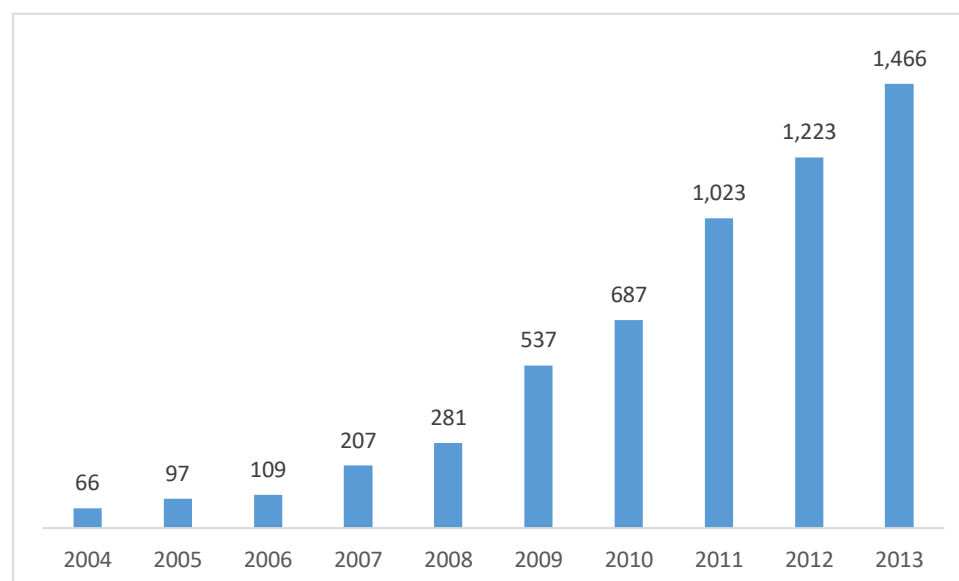
Le nombre de sites CDV s'élève à 1 466 en 2014 avec une couverture nationale de 100% (CS, hôpitaux, CDVA, CCA et EPS), 96% (1 211/1 257) pour les Postes de santé

Ainsi le nombre de sites de CDV est passé de 1 223 en 2013 à 1 466 en 2014 ; cette augmentation 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 1 332 sites qui offrent le service.



Graphique 4 : Répartition des sites de dépistage en 2014

Les sites de dépistage au Sénégal ont évolué rapidement au Sénégal entre 2004 et 2014. En 10 ans le nombre est passé de 66 sites à 1 466



Graphique 5 : Evolution du nombre de sites de conseil dépistage de 2004 à 2014

- **Niveau d'atteinte des objectifs du plan stratégique national**



Au niveau national

En 2014, le nombre de personnes dépistées au VIH au niveau national est de 831 603 sur un objectif national de 1 021 256 soit 81,42%. Cependant seuls 803 468 ont retiré leurs résultats ce qui représente un taux de retrait de 78,7%.

La comparaison avec les données de 2013 montre une baisse du nombre de personnes dépistées qui passe de 98,45% à 81,42%.

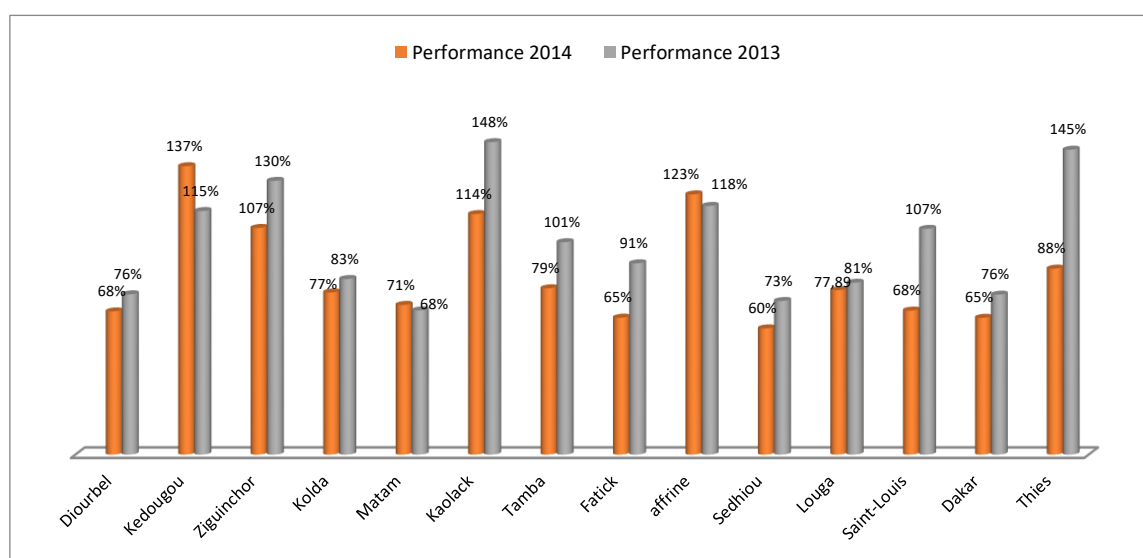
Sur les 831 603 personnes testées au VIH, 46,3% représentent les femmes enceintes dépistées à travers le PTME ; 44% ont été touchés par le CDV (population générale et populations clés les plus exposées) lors de stratégies fixes et mobiles ; 8,33% ont été dépistées lors des dons de sang et 1,31% chez les tuberculeux.

Au total 8 707 patients ont été dépistés positifs au VIH soit un taux de séropositivité de 1,04% au niveau national ; 81% des séropositifs se retrouvent dans la population générale et les personnes les plus exposées tandis que 11,57% sont des femmes enceintes.



Au niveau régional

Les objectifs du plan stratégique national de lutte contre le Sida en matière de CDV ont été désagrégés au niveau régional. L'analyse des résultats de 2014 montre une atteinte des objectifs dans 4 régions (Kédougou, Kaolack, Kaffrine, Ziguinchor) avec des performances respectives de 136,7% ; 123,4% ; 114,0% ; et 107,4%. Les 10 autres régions (Sédhiou, Fatick, Dakar, Diourbel, Saint-Louis, Matam, Kolda, Louga, Tamba, Thiès) n'ont pas atteint leurs objectifs avec des performances qui varient entre 59,8% et 88,1%.



Graphique 6 : Performance CDV en fonction des régions

Par rapport aux taux de séropositivité, on note de fortes disparités régionales avec des régions présentant des prévalences plus élevées que la prévalence nationale : Tamba 1,2% ; Dakar 1,6% ; Ziguinchor 1,7% ; Sédhiou 2,0% et Kolda 2,5%. Les autres régions (Louga, St Louis, Kaffrine, Diourbel, Kaolack, Fatick, Thiès, Kédougou, Matam) ont des prévalences allant de 0,4 à 0,9%.

Globalement les performances des régions en ce qui concerne le dépistage du VIH ont baissé en 2014. En effet sur les 14 régions, 12 ont enregistré une diminution de la performance par rapport à 2013 ; seules deux régions ont eu une amélioration de leur performance (Kédougou et Matam).

Cette baisse de l'atteinte des objectifs peut s'expliquer par la diminution du nombre de stratégies avancées organisées par les régions en 2014 ; la stratégie avancée (SA) étant une activité par laquelle le CDV est rendu disponible par le déplacement des prestataires vers les populations, elle a permis depuis sa mise en œuvre d'augmenter le nombre de personnes dépistées au niveau des districts sanitaires. Cette situation est due à la baisse des financements alloués aux régions pour l'organisation des Stratégies Avancées dans un contexte général de raréfaction des ressources.

Analyse des résultats

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
- 1 466 sites qui offrent des services de conseil et dépistage
- Décentralisation du dépistage au niveau des postes de santé (96%)
- 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 nationales et régionales de dépistage
- Multisectorialité dans la mise en œuvre
- Suivi de la mise en œuvre avec fonctionnalité du comité de pilotage du CDV
- Suivi évaluation et analyse de la mise en œuvre

Contraintes

- Faiblesse de la performance du dépistage au niveau des régions et surtout les zones sud et sud – est (Kolda, Sédhiou) ou la prévalence est forte
- Nombre élevé de résultats non retirés
- Insuffisance du dépistage des enfants
- Insuffisance dans le contrôle de qualité externe dans l'ensemble des sites
- Insuffisance dans la gestion des réactifs (insuffisance dans la tenue des outils de gestion) et des déchets biomédicaux
- Insuffisance des unités mobiles de dépistage
- Difficulté dans la PEC des personnes dépistées positives lors des Stratégies Avancées
- 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 (80% des nouvelles infections sont identifiées dans les couples)

- Absence de Test différentiel au niveau régional pour le suivi des cas indéterminés (ELISA, Western Blot)
- Non démarrage de la politique sur la délégation des tâches au niveau national pour faciliter la PEC des personnes dépistées positive surtout en SA
- Insuffisance des outils de communication en langue locale pour la promotion du cdv

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 des dépistages au niveau des zones de forte prévalence et les cibles clés, les orpailleurs et population transfrontalière
- Booster le dépistage des enfants
- Booster le dépistage du couple
- Renforcer l'implication des hommes adultes
- Promouvoir le CDIP
- Promouvoir le conseil dépistage pré-nuptial (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
- 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
- Capitaliser les données du secteur privé

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 Stratégies Avancées
- 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 postes de santé 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-privé 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 prénuptial

Les meilleures 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

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

CONTEXTE

Le Sénégal s'est engagé à accélérer l'atteinte des OMD relative à la santé de la mère et de l'enfant et à enrayer la propagation du VIH. Pour ce faire, notre pays a élaboré et est en train de mettre en œuvre (i) la feuille de route pour la réduction de la morbi-mortalité maternelle et infantile, (ii) le plan national de la planification familiale, (iii) le plan stratégique 3e génération de lutte contre le VIH 2011-2015 et Le plan national d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

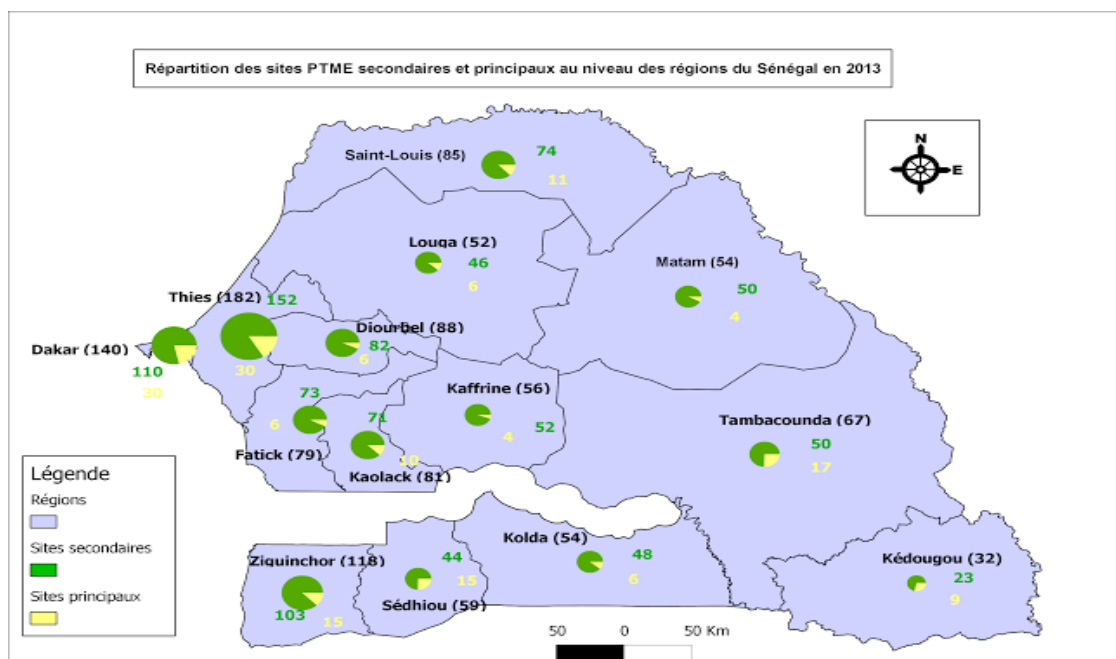
Le Plan eTME qui constitue le socle du programme de la PTME s'articule autour de quatre piliers qui sont:

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

BILAN ET ANALYSE DES RESULTATS

La PTME est intégrée dans les services de la santé de la reproduction et la consultation prénatale en constitue la porte d'entrée essentielle. En 2014, sur un total de 567 144 grossesses attendues, 96% des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale. Conformément aux

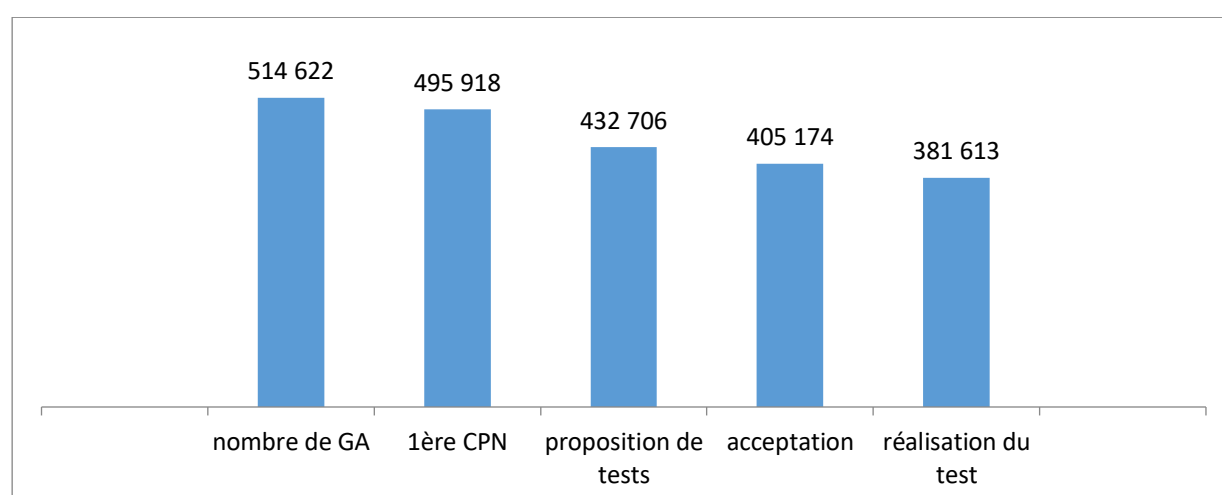
directives nationales, la proposition du test de dépistage VIH est systématique chez toute femme enceinte vue en consultation pré natale.



Graphique 7 : Cartographie des sites PTME

Avec le passage à l'échelle des tests rapides au niveau des postes de santé depuis 2011, les performances du dépistage chez les femmes enceintes se sont nettement améliorées au Sénégal. Sur le graphique 1, nous pouvons voir que l'ensemble des structures sanitaires qui font la CPN sont soit des sites secondaires (98% des PS) ou soit des sites principaux (100% des Centres de santé).

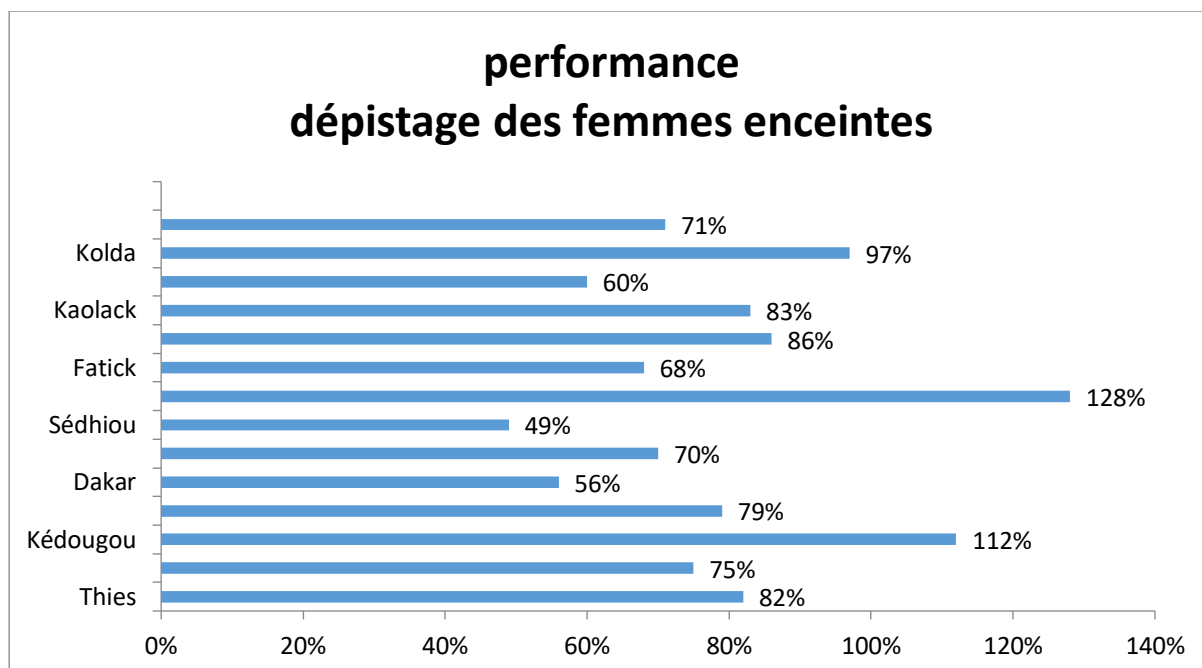
En 2013, 75% des femmes enceintes reçues en CPN ont bénéficiées du Counseling dépistage VIH contre 77% en 2014. Ceci est légèrement supérieur à l'objectif de dépistage des femmes enceintes (73%) inscrit dans le plan stratégique de lutte contre le SIDA.



Graphique 8 : Cascade PTME N°1

En matière de dépistage des femmes enceintes, même si l'objectif au niveau national a été dépassé, il faut cependant noter des disparités régionales. C'est ainsi que, les régions les plus performantes sont :

Kolda, Kaffrine, Kédougou en revanche, les régions comme Sédhiou (49%), Dakar (56%) et Matam (60%) doivent renforcer la sensibilisation pour augmenter le recrutement des femmes enceintes à dépister.



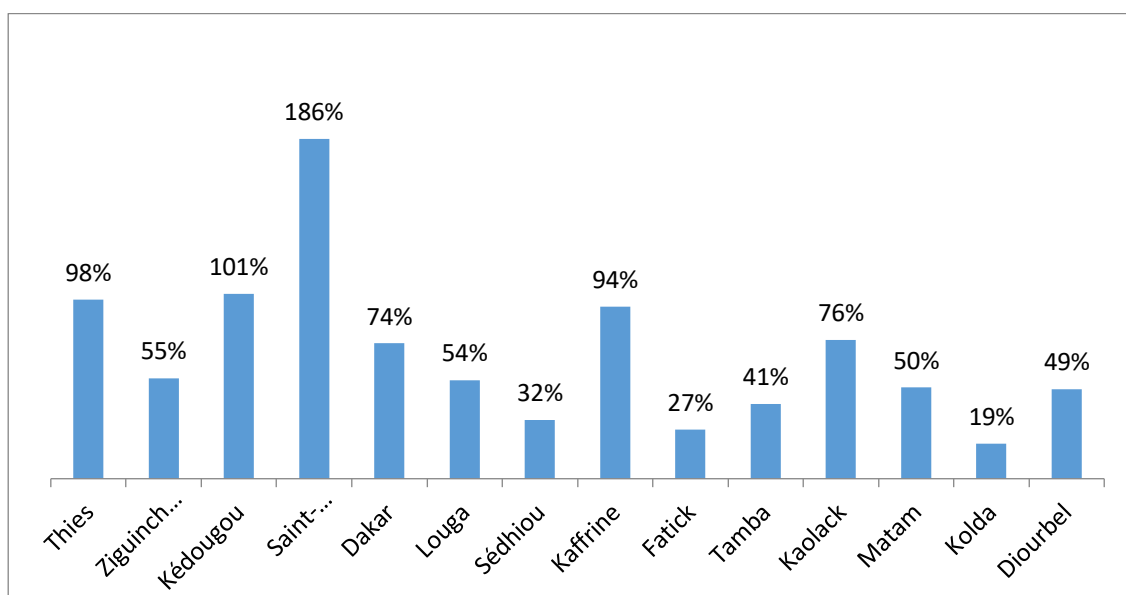
Graphique 9 : Pourcentage de femmes enceintes dépistées par région

LA PEC DU COUPLE DU COUPLE MERE-ENFANT

Au Sénégal, la PEC par les ARV du couple mère-enfant dans le cadre de la PTME s'est nettement amélioré. En effet, notre pays est déjà à l'option B+ depuis Aout 2012. Elle consiste à mettre sous ARV systématique et à vie toute femme enceinte séropositive dépistée dans le cadre de la CPN. Pour la rendre effective, des supervisions formatives ont été effectués sur l'ensemble du territoire de même que des algorithmes relatifs à la prise en charge du couple mère-enfant dans le cadre de la PTME ont été élaborés.

En ce qui concerne la PEC de l'enfant, il doit bénéficier d'une prophylaxie ARV pendant 6 semaines avec un allaitement maternel protégé pendant 12 mois.

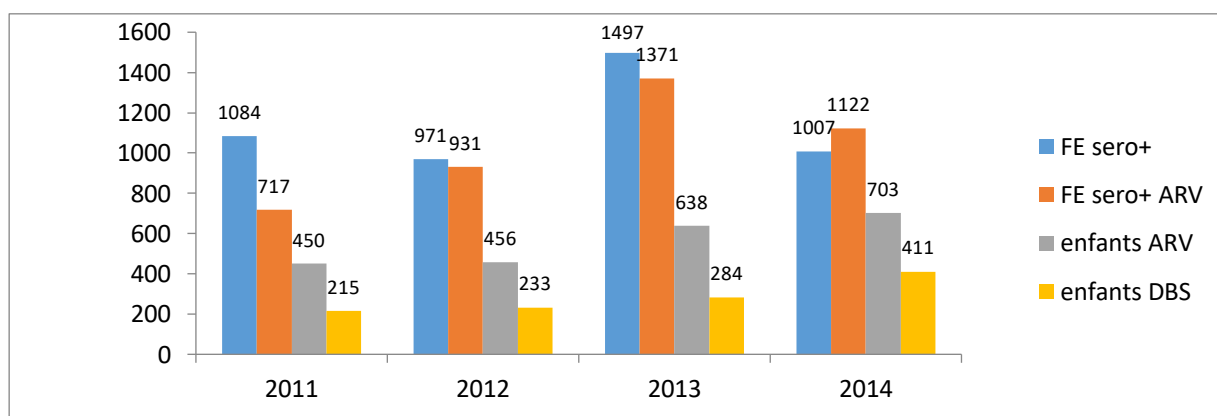
En 2014, le taux de mise sous ARV des femmes enceintes séropositives est de 58,2% ce qui est encore loin de l'objectif d'eTME qui est de 90%. En revanche, les régions de Saint Louis (186%), Kédougou (101%), Thiès (98%) et Kaffrine (94%) sont déjà au rendez de l'eTME en ce qui concerne le traceur : mise sous ARV des femmes enceintes du pilier 3.



Graphique 10 : Mise sous ARV des FE séropositives par régions

Le graphique 4 nous montre la PEC du couple mère-enfant depuis 2011. Au Sénégal, si les femmes dépistées positives dans nos structures sont relativement bien prises en charge, les enfants continuent à échapper au système de santé. En effet, la PEC des enfants nés de mère séropositive est le principal goulot d'étranglement qui persiste encore. En atteste les faibles taux de mise sous ARV des enfants passés qui est passé de 25% en 2013 à 31,5% en 2014.

Les taux sont encore plus faibles si nous prenons le pourcentage des enfants qui ont bénéficié du prélèvement sur papier buvard. En 2014, 18,5% des enfants ont bénéficié de cet examen contre 11% en 2013.



Graphique 11 : Cascade PTME 2 : PEC du couple mère-enfant

➤ **Points forts :**

- le maillage des interventions communautaires avec la mise à jour d'un document de politique qui fédère les acteurs communautaires;
- L'adoption et la mise en œuvre d'une politique de délégation des tâches adoptée en 2012 avec une PEC effective du couple mère-enfant par les ARV au niveau des PS;
- L'élaboration et la mise en œuvre des micros plans eTME (09 régions sur 14 ont élaborés leurs micros plans eTME) ;

- Une meilleure organisation du circuit d’acheminement des PCR bien au niveau des régions de Fatick, Ziguinchor, Kédougou et Dakar.

➤ **Points à améliorer**

- Retard dans le financement des activités inscrites dans les plans d’action des districts après l’élaboration des micro-plans eTME ;
- La non disponibilité des algorithmes de la PTME ;
- la PEC de l’enfant né de mère séropositive

➤ **Recommandations et perspectives pour 2015 :**

- Elaborer les 4 micros plans pour les régions restantes (Dakar, Louga, Diourbel, Fatick et Kaffrine)
- Mettre en place les algorithmes de la PTME ;
- Utilisation de la technologie SMS pour un tracking des enfants nés de mère séropositive ;
- Faire l’évaluation à mi-parcours du plan national d’eTME ;
- Faire l’évaluation d’impact du programme de PTME ;
- Certification de l’eTME ;

Contribution de la société civile

Mise en œuvre par la SWAA et ASBEF cette stratégie couvre les 14 régions du Sénégal. Elle s’appuie sur la mobilisation de femme leaders qui ont été renforcées sur la planification avec les OCB/SSR, la promotion de la PTME au niveau communautaire ; le Counseling Couple et Dépistage Volontaire du Couple.

Les femmes leaders formées s’activent dans la mise en œuvre d’un paquet d’activités (causeries, VAD, Niches, groupe de parole etc.) pour la promotion de la PTME au niveau communautaire. Ces activités sont soutenues par l’organisation d’ateliers de plaidoyer pour mieux faciliter les percées. Des pratiques intéressantes peuvent être documentées dans ce domaine

- Approche MAP (MEN AS PARTERNS ou l’homme en tant que partenaire) pour l’implication des hommes dans le suivi de la grossesse, avec la production d’affiches et de brochures « l’homme et la grossesse »
- Formation des hommes dans l’utilisation du fémidon
- Sensibilisation des hommes sur le condom féminin

3.1.3. Prévention de la transmission sanguine

3.1.3.1. Sécurité transfusionnelle :

Tableau 4 : Données des BDS en 2014

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 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 ne sont 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 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 d'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, RADOVIS, ANCS, CSID (Centre Jacques Chirac), AWA, ASRDR
- Partenaires financiers et techniques : CNLS/FM, ANRS, IMEA, ESTHER, Mairie de Paris, 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.

Le Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions de Dakar (CEPIAD) situé dans l'hôpital de Fann a été mis en place et inauguré le 01 Décembre 2014

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
- Tests sérologiques VIH, Hépatites B et C
- Traitement médical et accompagnement psycho social
- Traitement ARV,
- Traitement Hépatite C, prévention,
- Diagnostic et traitement de la Tuberculose ;
- Vaccination Hépatite B,
- Prise en charge des IST,
- Prévention et Prise en charge des Overdoses
- Soutien psycho-social, familial juridique et économique des CDI

Résultats en 2014 :

Indicateurs de Processus :

Déroulement des activités de réduction de risques de terrain envers les CDI. C'est ainsi qu'en 2014, **300 sorties** ont été réalisées dans la région de Dakar permettant d'avoir **3 752 contacts** avec des CDI (un CDI pouvant être touché une ou plusieurs fois dans l'année). Parmi ces contacts, 3 557 étaient des contacts d'hommes et 195 de femmes et 632 contacts ont concerné des personnes qui s'injectaient de la drogue (579 contacts d'hommes et 53 contacts de femmes). On note **178 nouveaux contacts** (CDI non connus antérieurement par l'équipe) dont 164 contacts hommes et 14 contacts femmes. L'analyse de la base de données du CRCF en agrégeant les numéros d'identifiants des contacts de CDI montre que **605 consommateurs de drogues injectables** ont été ainsi touchés en 2014 parmi lesquels 53 CDI ayant des pratiques d'injection (soit 8,8%). Au cours des sorties, **16 816 seringues ont été distribuées** et 9 511 seringues ont été récupérées (56,7%), l'équipe a également distribué **14 518 préservatifs** au cours des sorties de terrain ou des causeries.

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
- Facilitation de l'accès aux soins de santé des CDI
- Inscription de la méthadone dans la liste nationale des médicaments essentiels et commande par le biais du programme ESTHER
- 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
- Limites géographiques du programme (région de Dakar)
- Absence de réseaux d'intervenants auprès des CDI

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.)
- Faire fonctionner le Centre de Prise en Charge Intégré des Addictions de Dakar (CEPIAD)
- Assurer la disponibilité continue 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
- Création d'un réseau d'intervenants auprès des CDI

Contribution de la société civile

Deux programmes sont mis en œuvre dans le cadre de la réduction taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables le FM et l'Innovent. Le CSID dans le FM déroule des activités dans les régions de Dakar et de Thiès. Ces activités tournent autour de :

- Causeries éducatives sur le VIH, la sécurisation de l'injection
- Groupes de parole (activités d'auto-support et d'entraide à caractère psychothérapeutique) et VAD (activités de médiation sociale et familiale /ou de recherche de perdus de vue) pour les CDI ;
- Distribution gratuite des seringues aux CDI
- Récupération des seringues déjà utilisées
- Distribution de préservatifs ;
- Formation socioprofessionnelle au profit des CDI

- L'appui médical gratuit, achat d'ordonnance, appui à la consultation et au bilan
- L'appui juridique au profit des CDI
- Production des documents et supports pour améliorer la PEC des CDI.

Le programme Fonds Innovant (FI) cible à la fois des usagers de façon générale et leurs partenaires sexuels avec des activités diverses de prévention et de prise en charge.

Le programme FI qui a commencé la mise en œuvre dans la région de Dakar et de Thiès va étendre ses activités dans la région de Ziguinchor. Ce programme en plus des activités de prévention et de prise en charge va développer une étude sur la situation des CDI au Sénégal.

L'utilisation de préservatif chez les CDI n'est pas suffisamment documenté il faut cependant s'accorder sur le bon niveau de distribution. En effet à l'occasion des activités d'IEC/CCC, des préservatifs sont distribués aux participants.

La clinique mobile de sida service a facilité le dépistage de CDI. Aussi les associations d'accompagnement ont permis la mobilisation et le déplacement de CDI vers Sida service pour le dépistage. La difficulté reste l'environnement légal répressif par rapport aux CDI. Même si des interventions sont menées auprès de forces de l'ordre pour une meilleure prise en charge du droit à la santé des prévenus.

3.2. LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH ET DES OEV

3.2.1 PRISE EN CHARGE MEDICALE

3.2.1.1 POLITIQUE :

Dés l'annonce du succès des thérapies antirétrovirales en 1996, la prise en charge par les ARV est devenue une priorité. C'est ainsi que le gouvernement s'est engagé à rendre disponibles et accessibles les médicaments antirétroviraux afin d'améliorer la qualité de vie des PvVIH.

Diverses étapes ont permis de rendre opérationnelle cette prise en charge par les ARV :

- La mise en place en 1998 de l'Initiative Sénégalaise d'accès à l'ARV (ISAARV)
- La politique de gratuité des ARV annoncée par le Président de la République en Décembre 2003
- Un programme de décentralisation des activités de prise en charge du VIH facilité par la mise en place progressive à partir de 2001 d'un changement organisationnel et différentes mesures d'accompagnement.

STRATEGIES DEVELOPPEES :

- La politique de décentralisation a été accompagnée par un système de parrainage de chaque région par un médecin d'un site de référence national et régional, ce qui a facilité l'accélération du passage à l'échelle d'abord au niveau des structures sanitaires hospitalières régionales en 2006, ensuite au niveau des centres de santé et depuis 2010 au niveau de certains postes de santé grâce à une politique de délégation des tâches. Le passage à l'échelle du programme d'accès aux ARV est basé sur la standardisation et la simplification des procédures et des protocoles de mise sous traitement ARV.

-La prise en charge médicale du VIH adulte et pédiatrique y compris la gestion des co-morbidités (TB/VIH, hépatite/VIH) est basée sur la prévention, le diagnostic et le traitement médical (ARV et IO). Dans la stratégie d'accélération de la décentralisation, un paquet de services de prise en charge globale a été défini en 2009. Elle est effectuée au niveau des structures sanitaires conformément à la définition de paquets d'activités et de services en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

-Pour améliorer la qualité du suivi des patients, des algorithmes validés, adaptés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire du Sénégal ont été développés et mis en place au niveau des structures sanitaires. Ceci dans le but de standardiser les pratiques de prise en charge des patients.

-Le Sénégal, à l'instar des pays en développement, n'a pas échappé à une recrudescence des cas de tuberculose depuis le début de la pandémie. Cette situation a attiré l'attention sur la nécessité de renforcer les liens entre les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et les programmes nationaux de lutte contre le sida afin de répondre plus efficacement à cette double urgence de santé publique. C'est ainsi qu'une feuille de route biennale en phase avec les 12 composantes de cogestion TBVIH recommandées par l'OMS, a été élaborée depuis 2007 et dont la dernière date de 2012.

-Les exigences de qualité définies font face à la décentralisation de la prise en charge dans un système de santé confronté à une faiblesse du plateau technique (ressources humaines qualifiées, équipements) et qui dans ses pratiques de routine assure la gestion des pathologies aiguës. Ainsi après plus de 10 ans d'expérience dans la prise en charge du VIH, le programme prend en compte l'émergence des résistances avec le suivi des indicateurs d'alerte précoce, la décentralisation de la charge virale, un processus de recherche opérationnelle sur le suivi virologique des enfants en milieu décentralisé de même qu'un processus de mise en place d'un programme tutorat plus pour accompagner les enfants le plus souvent orphelins d'au moins un parent chez qui les prestataires ont des difficultés pour retrouver un répondant fiable qui puisse assurer leur suivi.

-La gestion des pathologies chroniques liées aux complications à long terme est inscrite dans les directives nationales de suivi des patients avec l'appui en réactifs pour le suivi métabolique.

-La gestion des irréguliers constitue une des préoccupations majeures du programme, à cet effet des cartes et agendas de RV ont été élaborés et mis à la disposition des prestataires.

La gestion globale des patients va au-delà de la prise en charge des IO et à l'administration des ARV, elle comporte ainsi un paquet de services psychosocial et nutritionnel.

-La prise en charge psychosociale est une mesure d'accompagnement indispensable et complémentaire à la prise en charge médicale. Elle s'étend aux personnes vivant avec le VIH et à leurs proches. Ce volet s'appuie sur des orientations stratégiques que sont ; le renforcement des activités de PEC au niveau décentralisé et communautaire avec l'implication effective des ICP et des sages-femmes, la promotion de l'implication des associations avec l'émergence des réseaux et des modalités de prise en charge des PVVIH issues des populations vulnérables (TS, MSM), , les visites à domicile pour la prévention et la recherche des perdus de vue, les groupes de paroles le soutien à l'observance, l'éducation thérapeutique et l'organisation de repas communautaires

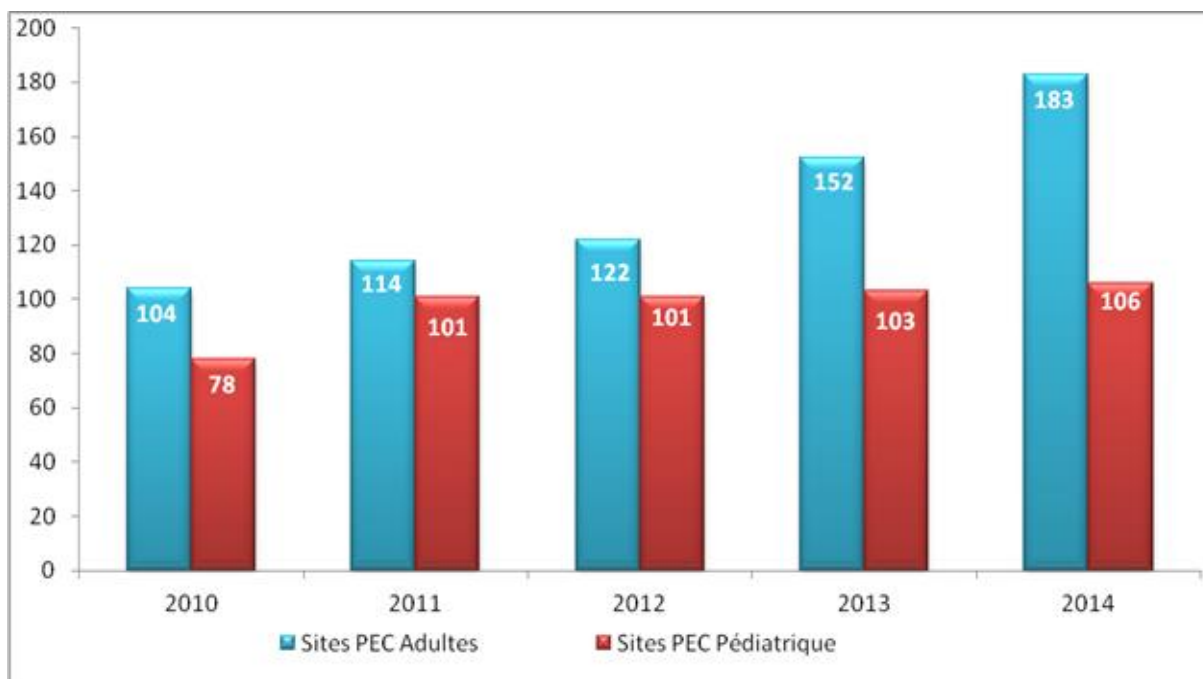
-Le volet nutritionnel est une composante essentielle dans la prise en charge des PvVIH et de leurs familles. Dans le cadre de la politique de prise en charge au Sénégal, l'accès des PvVIH et de leurs familles à une alimentation correcte constitue une préoccupation fondamentale. Les axes prioritaires d'intervention en matière de nutrition et VIH comportent ; le renforcement de capacités des agents de santé. A cet effet des fiches techniques nutrition prenant en compte la cible des plus de 5 ans ont été élaborées et un processus de mise e œuvre d'une recherche opérationnelle sur la prise en charge de la malnutrition est lancée.

-La prise en charge pédiatrique est restée le maillon faible de ce programme lié en partie au sous dépistage, c'est ainsi qu'une recherche opérationnelle sur le dépistage actif du VIH chez les enfants malnutris et hospitalisés a été menée dans les régions de Dakar, Matam et Diourbel. Cette étude qui a fait la preuve de son efficacité et de sa faisabilité est en cour d'extension dans les zones sud du pays.

RESULTATS EN 2014 :

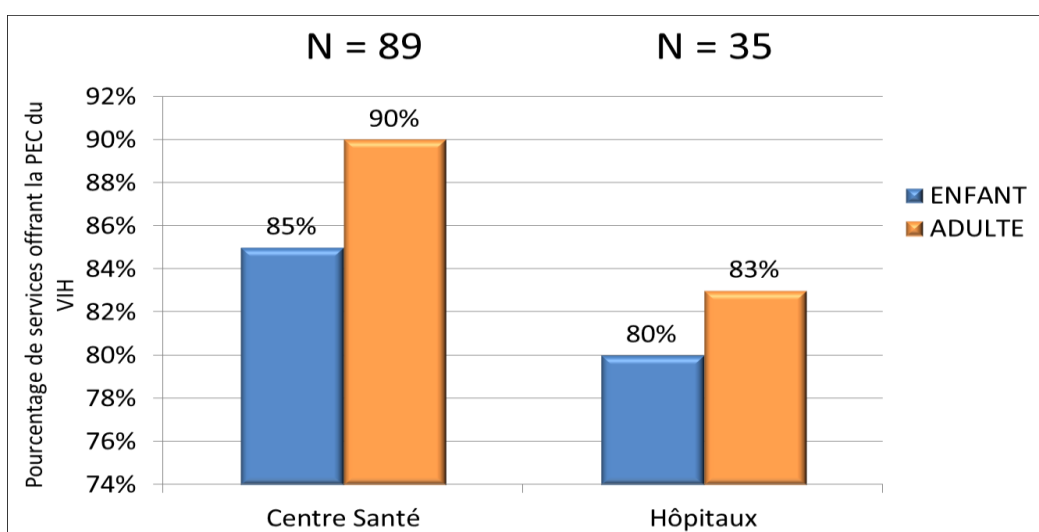
a. Couverture des sites de prise en charge du VIH

Depuis 2008 l'accélération de la décentralisation renforcée par la politique de délégation des tâches en 2010 ont permis une amélioration du nombre de sites qui est passée à 183 structures qui offrent des services de prise en charge adulte contre 106 pour les enfants.



Graphique 12 : Evolution des sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH

La prise en charge des PVVIH adultes et enfants est effective dans la quasi-totalité des 35 hôpitaux et 89 centres de santé publiques avec une couverture de 83% des hôpitaux et 90% des centres de santé pour les adultes contre respectivement 80% et 85% pour les enfants. Cependant, seuls six (06) centres médicaux de garnison sur (15), six (06) structures privées sur 266 et 61 postes de santé publiques sur 1 211 offrent des services de PEC.

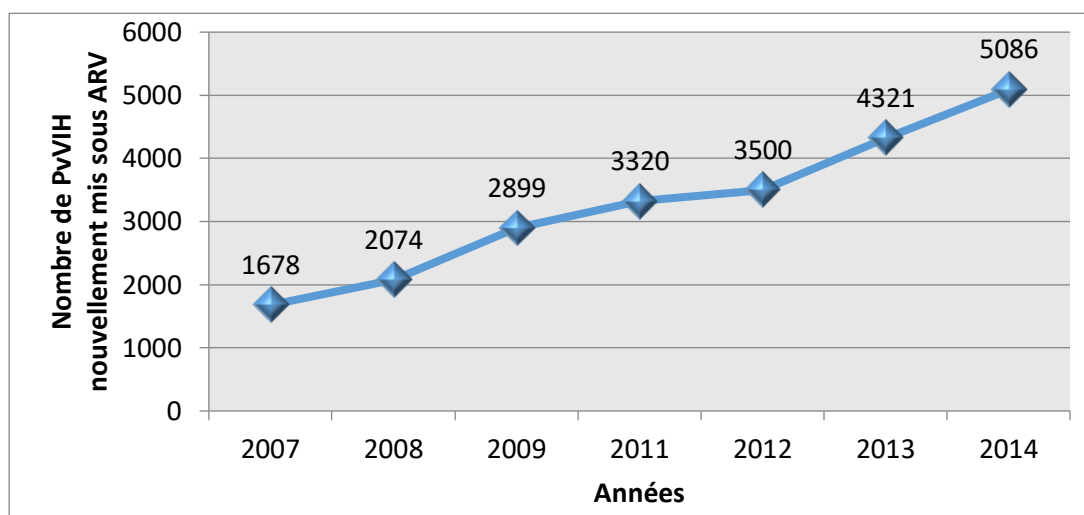


Graphique 13 : Couverture de services de prise en charge adulte et enfant

b. Analyse des indicateurs de suivi des patients

Nouvelles inclusions

En 2014, 18 436 patients vivant avec le VIH, sous ARV ou non, sont régulièrement suivis dans les 14 régions du Sénégal sur un objectif national de 21 030 soit une couverture 87,7%. Le nombre de nouveaux patients mis sous ARV est de 5 086 sur un objectif national de 6 217 soit 81,8% de couverture.



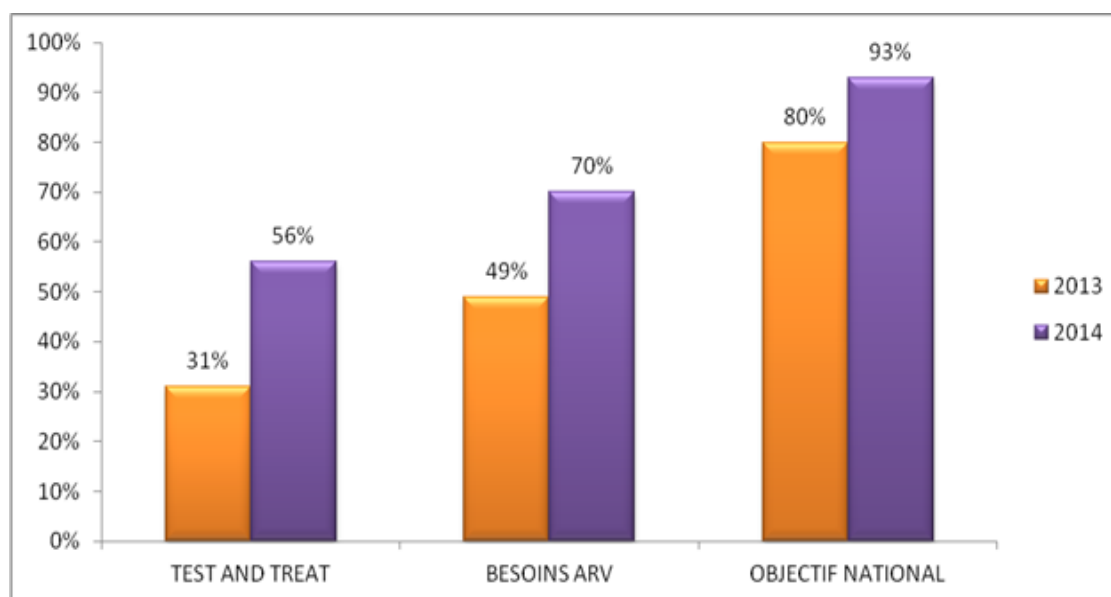
Graphique 14 : Evolution des nouvelles inclusions

Couverture ARV

- ❖ En 2014, 16 682 patients sous ARV sont régulièrement suivis. On estime à 30 026 le nombre de PVVIH au Sénégal et à 23 795 le nombre de PVVIH qui auraient besoin du traitement antirétroviral en 2014. On a noté une amélioration de la couverture en ARV, de 31% à 56% selon la stratégie « Test and Treat » et 70% des patients ayant besoin du traitement l'ont reçu. La cible nationale était presque atteinte avec une performance de 93% sur un objectif fixé au préalable de 17 875 patients à mettre sous traitement ARV.

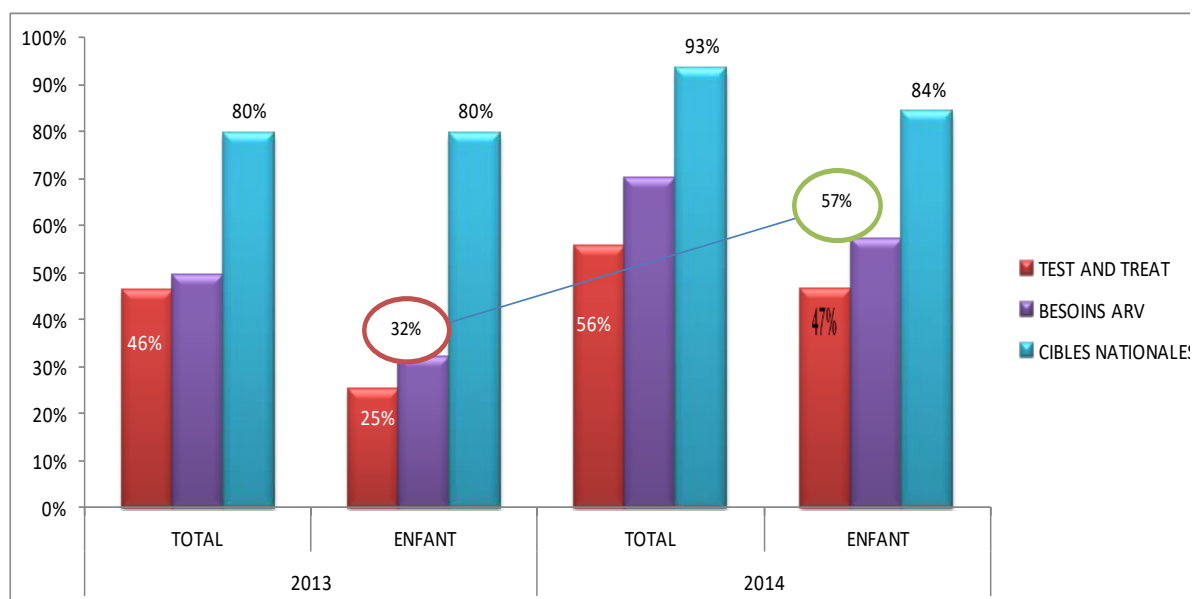
Des efforts doivent être faits pour améliorer les goulots de la cascade « Test and Treat », même si une amélioration a été notée entre 2013 et 2014.

Cette stratégie « test and treat » qui consiste à mettre systématiquement sous traitement antirétroviral toute personne dépistée séropositive au VIH s'est renforcée en 2014 chez les groupes clés (HSH, PS, CDI), chez les patients co-infectés TB-VIH et chez les partenaires infectés des couples séro-discordants. L'option B plus de la PTME a démarré en 2013.



Graphique 15 : Evolution des performances de mise sous ARV selon différents objectifs

- ❖ La prise en charge pédiatrique a connu un bon important pour une file active d'enfants de 1 098, plus de 300 nouveaux mis sous ARV.



Graphique 16 : Evolution couverture ARV chez les enfants

c. Indicateurs de qualité de la prise en charge

- ☞ Taux de survie

Le taux de survie a été obtenu grâce à une collecte active de données sur les dossiers des patients au niveau de tous les sites de prise en charge adulte et enfant.

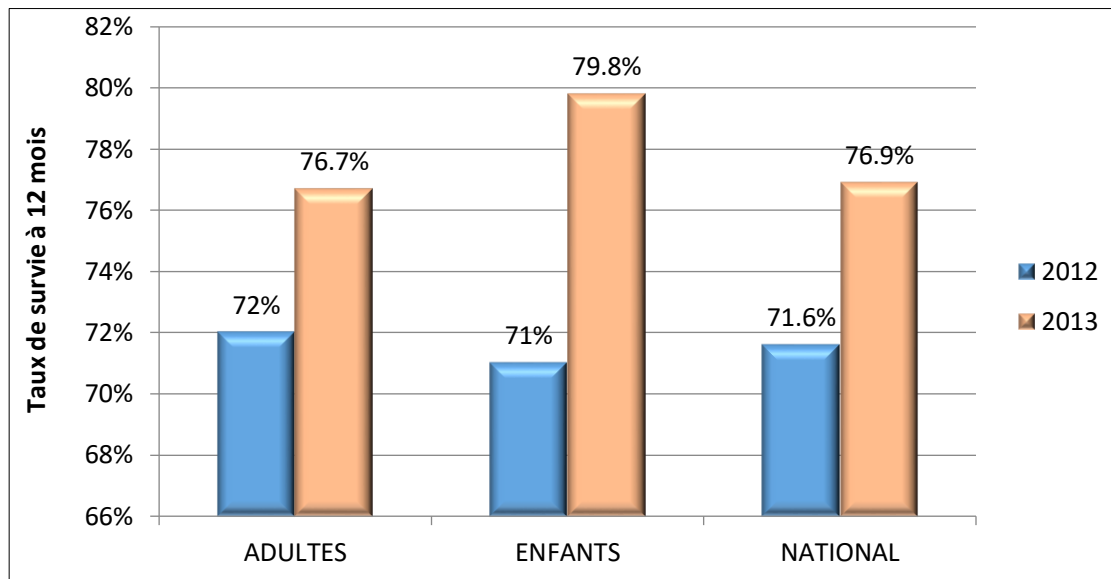
On note une bonne amélioration avec un taux qui passe de 71,6% en 2012 à 76,9% en 2013. Cependant cette performance cache des disparités. Seules les régions de Dakar et Ziguinchor ont atteint les objectifs de 80% définis par le programme.

Dans les régions de Louga et de Matam on a noté une diminution du taux de survie car il y a eu une augmentation du nombre de perdus de vue et de décès.

Tableau 5 : Evolution du taux de survie a 12 mois

	2012	2013
Dakar	77%	82.3%
Thiès	74%	77.3%
Fatick	70%	71.8%
Saint-Louis	77%	79.1%
Kaffrine	62%	71.1%
Tambacounda	68%	70.4%
Kédougou	46%	65.8%
Kaolack	75%	78.0%
Diourbel	70%	76.9%
Louga	74%	69.2%
Matam	79%	57.6%
Sédhiou	50%	70.7%
Kolda	72%	79.7%
Ziguinchor	66%	80.2%
Sénégal	72%	76.9%

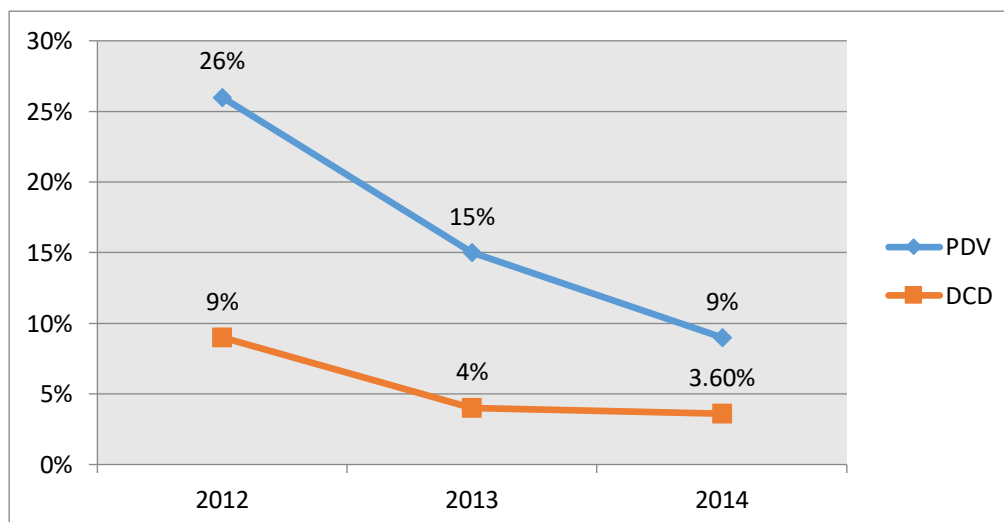
La survie à 12 mois chez les enfants a connu un bond important, il est passé de 71% à presque 80% entre 2012 et 2013.



Graphique 17 : Evolution de taux de survie à un an entre 2012 et 2013

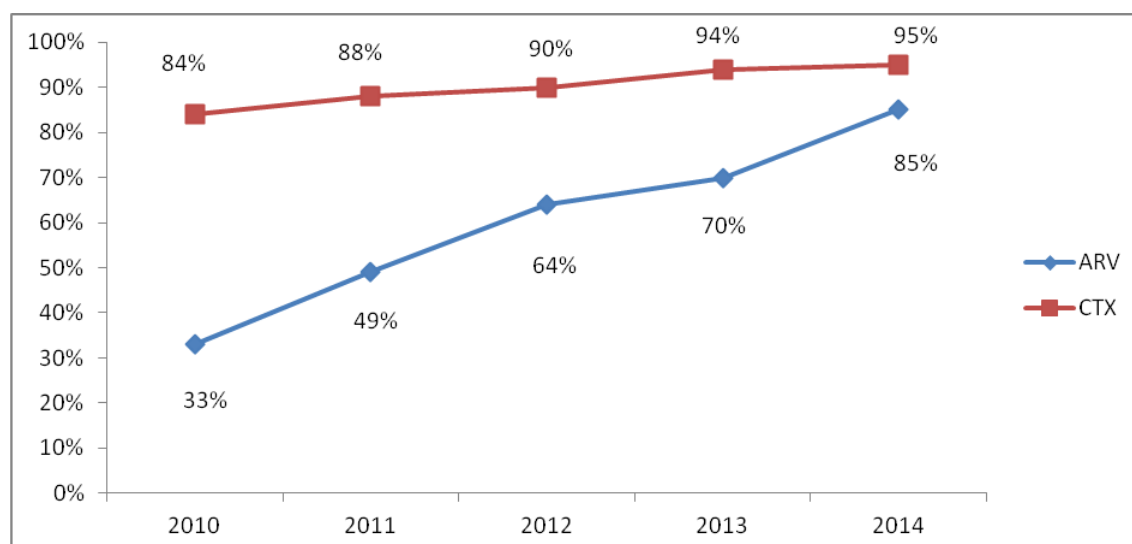
👉 PDV et DCD

Le nombre de cas de décès a légèrement diminué entre 2013 et 2014 par contre le taux de perdus nouveaux patients perdus de vue enregistrés a connu une nette régression passant de 15% à 9%



d. Prise en charge de la coinfection TB/VIH

Le nombre de coinfectés TB/VIH enregistré est de 831 cas, 95% d'entre eux ont bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole et 85 % ont reçu les deux traitements contre la TB et contre le VIH.



Graphique 18 : Evolution couverture ARV et CTX sur les patients co-infectés

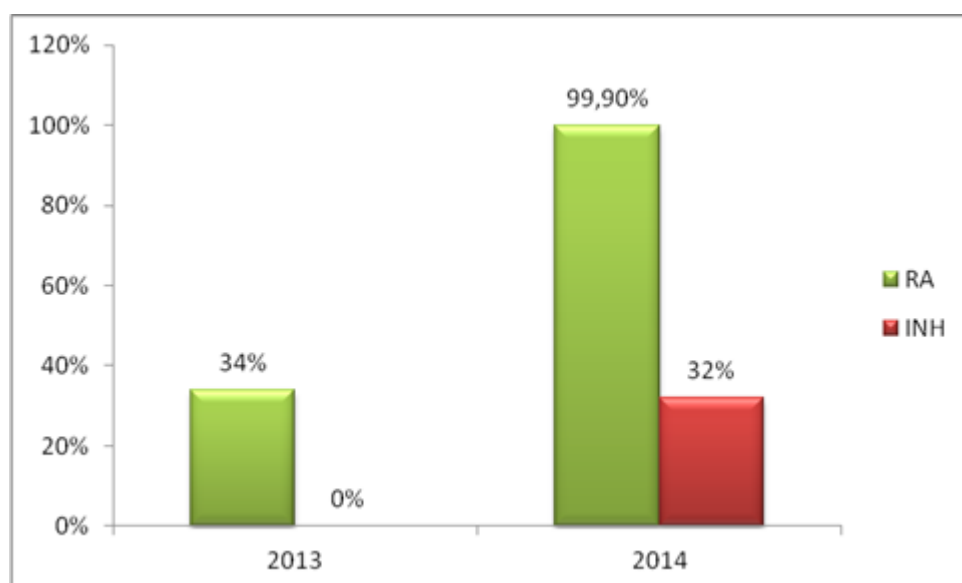
Tableau 6 : Analyse cohorte TB-VIH

	Taux succès	Taux de décès	Taux d'échec	Taux d'abandon
Dakar	88%	2%	1%	5%
Diourbel	89%	3%	2%	5%
Fatick	89%	5%	2%	4%
Kaffrine	81%	6%	0%	10%
Kaolack	87%	2%	2%	7%
Kédougou	88%	5%	0%	6%
Kolda	76%	8%	2%	13%
Louga	88%	4%	1%	6%
Matam	88%	1%	0%	4%
St-Louis	89%	4%	0%	5%
Sédhiou	87%	7%	1%	2%
Tambacounda	83%	7%	1%	3%
Thiès	93%	3%	1%	3%
Ziguinchor	91%	4%	1%	3%
SENEGAL	88%	3%	1%	5%

Le taux de guérison de la TB chez les patients co-infectés a été meilleur que celui de l'ensemble des tuberculeux traités (88% versus 85%).

La recherche active de la TB est effective dans tous les sites avec une performance de presque 100% par rapport à l'objectif national.

En 2014, le passage à l'échelle de la chimio-prophylaxie à l'INH a été lancé avec une couverture de 32% sur les nouveaux patients.



Graphique 19 : Couverture recherche active TB et INH

La mise en place de mécanismes de collaboration entre les deux programmes, matérialisée par la fonctionnalité de comité de suivi, l'harmonisation des outils de collecte et des données à une meilleur collecte de l'information et à la mise en place des comités médicaux techniques pour la gestion du VIH et de la tuberculose dans tous les sites de PEC ont contribué à l'atteinte de ces objectifs.

CONTRAINTES

- Sous notification de la recherche active de la TB chez les PVVIH
- Retard dans la mise en œuvre de la prophylaxie à INH
- Insuffisance dans le remplissage des outils
- Non fonctionnalité des instances de coordination (pool sida, CMT)
- Mobilité du personnel et insuffisance en RH dans la plupart des sites de PEC
- Difficultés de renseigner tous les indicateurs à travers la collecte active
- Manque de formation des nouveaux agents (médecin, infirmiers, sages-femmes etc.)

DEFIS ET PERSPECTIVES :

- Mettre en œuvre la stratégie « Test & Treat »
- Accompagner et évaluer la délégation des tâches
- Mettre en place un logiciel national de gestion des cohortes
- Etendre la charge virale dans 4 axes
- Mettre en œuvre la stratégie tutorat
- Mettre en place un système d'accompagnement et de relance des irréguliers par SMS
- Etendre le programme d'amélioration qualité de la prise en charge
- Renforcer le système de gestion des ARV
- Etendre la stratégie CMV+

Contribution de la société civile

L'appui à la prise en charge médicale est développé dans le cadre du FM par 3 ONG bonne pratique ; en plus des activités traditionnelles de prise en charge il est à noter le développement de nouvelles interventions de renforcement d'autonomisation économique des PVVIH qui établissent des liens entre la formation professionnelle et le financement d'activités génératrices de revenus. Les PVVIH qui sont formées en micro jardinage, couture, teinture, etc. Elles sont appuyées financièrement pour le démarrage de leurs activités génératrices de revenus.

Mise en place d'un GIE de production et de commercialisation de céréales locales transformées au sein des associations de PVVIH. Les femmes vivant avec le VIH qui ont été formées en TCR, produisent et assurent la vente des produits. Une partie de la production est destinée à compléter les kits alimentaires distribués aux PVVIH et aux OEV.

Développement de nouvelles interventions de renforcement d'autonomisation économique des PVVIH qui établissent des liens entre la formation professionnelle et le financement d'activités

Développement d'initiatives de micro jardinage collectif et individuel pour améliorer la nutrition des PVVIH et pour renforcer leur autonomisation économique. Il s'agit d'aider les PVVIH bénéficiaires à acquérir des légumes de qualité, une partie pour leur consommation personnelle et une autre destinée à la vente.

Extension de la couverture médicosociale des PVVIH à Kaolack, Ziguinchor et Kolda. Elle est faite sous le modèle de la Couverture Maladie Universelle. D'ailleurs le processus est engagé pour amener les sociétaires des CMV à adhérer à la CMU.

Développement d'activités de formation, de sensibilisation, d'information et de communication pour le changement de comportement, en santé sexuelle et santé reproductive pour les adolescents vivant avec le VIH. La difficulté principale reste l'insuffisance de formation des relais sur la co-infection TB/VIH

La plus grande innovation est le démarrage de la mise en œuvre des interventions de prise en charge des PVVIH en milieu carcéral.

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 bénéficiaires déroulent des activités de soutien nutritionnel ; soit sous forme de distributions de kits alimentaires, d'éducatrices 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 Défis

- 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 réinsertion économique

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 réinsertion économique

- 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 Défis

- 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. Santé positive, dignité et prévention

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 Défis

- 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 à la réponse VIH (prenant en compte les pays limitrophes) et au 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'Élimination 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

- **4. MEILLEURES PRATIQUES**

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 EVALUATION

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

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

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

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

Mise en œuvre

Dans le domaine des capacités organisationnelles :

- l'unité de suivi évaluation du SE/CNLS, s'est renforcée durant la période avec le recrutement d'un assistant Suivi-Evaluation, Chargé du suivi de la Prise en Charge des PvVIH
- quatre ateliers formation nationaux ont été réalisés en suivi évaluation au niveau de trois régions (Thiès, Dakar et Kolda) et ont touché les prestataires des 8 régions couvertes par FHI 360. Au total, 56 prestataires ont bénéficié de ces formations.
- toutes les 14 régions ont bénéficié de renforcement de capacités dans le domaine du suivi évaluation (maîtrise des outils harmonisés du système de suivi évaluation par les membres des CTRR, formation de tous les Gestionnaires de données sur le CRIS)

Dans le domaine du Plaidoyer, les 14 régions ont bénéficié de séances pour l'émergence de champions défenseurs du système de suivi évaluation

Dans le domaine de la planification stratégique et opérationnelle basée sur les résultats, les PRIM ont été renforcés, un proposal a été élaboré et le PSN 2014-2017 a été élaboré selon un processus participatif et inclusif.

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

Dans le domaine des évaluations, ont été réalisées :

- une évaluation du suivi des Résistance des gonocoques aux ATB dans le cadre de l'approche de Prise en charge syndromique des IST
- Une évaluation du taux de survie à 12 mois
- L'élaboration de la cartographie de vulnérabilité et des offres de services réalisée dans 8 régions

Pour ce que qui est des évaluations financières, la Revue des Dépenses (RESDS ou NASA) pour les années 2011 à 2013 a été réalisée en 2014

Dans le domaine de la surveillance, ont été effectuées :

- La surveillance sentinelle (Femmes enceintes)
- Le Suivi de taux de séropositivité HIV, syphilis, HBC dans les Dons de sang à travers la supervision et le contrôle qualité au niveau des Banques de sang
- L'enquête bio comportementale sur les personnes en situation d'handicap à Ziguinchor en 2013
- l'enquête bio comportementale chez les MSM en 2014
- l'enquête continue sur la prestation des services de santé, prenant en compte le VIH/SIDA et les IST réalisée en 2014

Dans le domaine de l'Informatisation du système avec des bases de données au niveau régional et central, beaucoup d'initiatives ont été prises :

- Le déploiement du DHIS2 (Système d'information Sanitaire en ligne de remontée de données) au niveau de tous les districts
- La Finalisation du logiciel LONAGEV (logiciel national en ligne pour le suivi des cohortes)
- L'amélioration du logiciel de suivi des projets HI Projet utilisé par le Secrétariat Exécutif du CNLS.

Il faut noter aussi les efforts consentis dans le domaine de la diffusion des informations stratégiques à travers les sites WEB améliorés (DLSI, ANCS, SECNLS). Des ordinateurs ont été mis en place dans les

districts et hôpitaux des régions et pourront servir comme support de l'opérationnalisation du DHIS2 et du LONAGEV accessibles via Internet.

Contraintes

- turn-over du Personnel formé constitue une difficulté dans le domaine du renforcement des capacités (Gestionnaires de données) ;
- faiblesse notée dans le remplissage des outils particulièrement ceux de la prise en charge ;
- Logiciel de gestion de cohorte différent d'un site de prise en charge à un autre ;
- Faiblesse notée dans l'opérationnalisation du DHIS2.

Défis et perspectives

- Prévoir d'au moins une formation par an et par région pour les nouveaux
- Assurer l'opérationnalité du système mis en place dans ses différentes composantes
- Finaliser le logiciel LONAGEV (logiciel national en ligne pour le suivi des cohortes)
- Organiser des supervisions intégrées pour améliorer les faiblesses constatées dans le système d'information de la prise en charge
- Assurer l'audit de la qualité et la complétude des données saisies dans le DHIS2
- Faire une auto-évaluation du système de suivi et d'évaluation

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

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

ANSD, 2013. Rapport sur le Recensement Général de la Population au Sénégal, 2013

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. HSHP/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-Primate-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 du Sénégal – 2006. Rapport d'Enquête de Surveillance Combinée

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

Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal – 2010. Rapport d'Enquête de Surveillance Combinée

Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal – 2014. Rapport de l'Enquête comportement et biologique auprès des HSH, 2014

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

Family Health International 360, 2012. Rapport sur l'estimation de la taille des PS et HSH au niveau de Dakar, 2012

Handicap International - 2010 Rapport d'Enquête auprès des personnes handicapées à Dakar

Handicap International - 2013 Rapport d'Enquête auprès des personnes handicapées à Ziguinchor

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 handicaps 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, 2013. Rapport global sur le VIH, 2013

ONUSIDA, 2015. Directives sur l'élaboration du rapport des activités 2015 de la riposte au VIH

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 (?).