

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 - 2005**

***SUIVI DE LA SESSION EXTRAORDINAIRE DE L'ASSEMBLÉE
GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA (UNGASS)***

JANVIER 2006

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	ii
LISTE DES GRAPHIQUES & FIGURES.....	iii
ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	iv
INTRODUCTION.....	1
I. COUP D'ŒIL SUR L'ÉTAT DE LA SITUATION.....	2
II. VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA.....	4
III. RIPOSTE NATIONALE À L'ÉPIDÉMIE DE SIDA.....	12
3.1. Elaboration des politiques.....	12
3.1.1. Planification stratégique.....	12
3.1.2. Appui politique.....	14
3.2. Dépenses pour la riposte au niveau national.....	15
3.2.1. Dépenses de lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal.....	15
3.2.2. Sources de financement.....	16
3.2.3. Dépenses par type d'intervention.....	18
3.3. Situation de la mise en œuvre.....	21
3.3.1. Prévention.....	22
3.3.2. Soins/traitement et appui.....	27
3.3.3. Participation de la société civile.....	30
3.3.4. Connaissances et évolution du comportement.....	32
IV. PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRÉS ET ACTIONS NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE LES BUTS/LES OBJECTIFS DE L'UNGASS.....	35
V. APPUI NÉCESSAIRE DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT DANS LE PAYS.....	39
VI. CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N° 1 : Indicateurs de base de l'UNGASS retenus par le Sénégal en 2005.....	1
Tableau N° 2 : Dépenses de lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal en 2004.....	16
Tableau N° 3 : Sources de financement de la lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal en 2004.....	16
Tableau N° 4 : Allocation (en %) des ressources extérieures mobilisées pour la lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal en 2004.....	17
Tableau N° 5 : Montants dépensés en 2003 et en 2004 pour la lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal par catégories de dépenses.....	19
Tableau N° 6 : Montants dépensés en 2004 au Sénégal dans le cadre des interventions des programmes de Prévention	19
Tableau N° 7 : Montants dépensés en 2004 au Sénégal dans le cadre des interventions des programmes de Traitement et Soins.....	20
Tableau N° 8 : Montants dépensés en 2004 au Sénégal pour la prise en charge des OEV	20
Tableau N° 9 : Montants dépensés en 2004 au Sénégal dans le cadre de la réponse nationale au VIH/SIDA par catégorie de cibles	21

LISTE DES GRAPHIQUES & FIGURES

Graphique N° 1 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en 2003 et chez les femmes de 15-49 ans en 2005	5
Figure N° 1 : Localisation & Répartition des offres de services au Sénégal en 2005.....	7
Graphique N° 2 : Evolution de la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe sur la période 1989-2003	8
Graphique N° 3 : Prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe selon l'âge en 2003	9
Graphique N° 4 : Prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe selon la region et la catégorie en 2003	9
Graphique N° 5 : Prévalence du VIH chez les MSM selon l'âge en 2004	10
Figure N° 2 : Répartition géographique de la prise en charge par les ARV.....	28

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AES	Accident d'exposition au sang
APP	Approche participative de prévention
ARV	Antirétroviraux
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCISD	Centre de coopération internationale en santé et développement/Canada
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le SIDA
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CDVA	Centre de dépistage volontaire et anonyme
CILS	Comités Internes de Lutte contre le SIDA
CLLS	Comité local de lutte contre le SIDA
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRISC	Cadre de Référence des Interventions de la Société Civile
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le SIDA
CT	Chlamydia Trachomatis
CTR	Comité Technique Restreint
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
GAMET	Global AIDS Monitoring and Evaluation Team
ICC	Intervention pour un changement de comportement
IEC	Information - Education - Communication
ISAARV	Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MSM	Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
NG	Neisseria gonorrhoeae
OCB	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelins et Enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
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
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNMLS	Plan National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA 2002-2006
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
S&E	Suivi-Evaluation
SEN	Secrétariat Exécutif National
SEN/CNLS	Secrétariat Exécutif National du CNLS
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNSE	Système national de suivi-évaluation
TME	Transmission Mère Enfant
UAR	Unité d'Appui Régionale
UNGASS	Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (juin 2001)
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
USE	Unité de S&E
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

UNGASS SENE GAL 2005

INTRODUCTION

En juin 2001, lors de la clôture d'une Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), les gouvernements de 189 États Membres ont adopté la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA* (UNGASS DoC). Ce faisant, ces États se sont engagés à respecter et à appliquer un programme complet d'actions aux niveaux national et international en vue de lutter contre la pandémie du SIDA. L'adhésion à cette *Déclaration d'engagement* traduit également la volonté de chacun des États signataires d'atteindre l'Objectif de Développement pour le Millénaire qui est de stopper et de commencer à inverser le cours de l'épidémie de VIH et de SIDA d'ici 2015.

Conformément aux dispositions de la *Déclaration d'engagement*, les progrès de la riposte au SIDA sont évalués par la réalisation d'objectifs concrets dans des délais prescrits. Pour permettre d'apprécier les progrès accomplis au niveau pays dans la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement*, et y évaluer l'efficacité de la riposte nationale, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et ses partenaires ont élaboré un ensemble d'indicateurs de base. Ces derniers permettent le suivi des aspects mesurables des différentes actions entreprises dans le cadre de la riposte au VIH/SIDA, des résultats des programmes nationaux et des objectifs d'impact visés dans le cadre de la *Déclaration d'engagement*.

A l'instar des autres pays signataires, le Sénégal s'est également engagé à produire un rapport national de suivi de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*. A cet effet, le présent rapport donne une *évaluation des progrès réalisés pendant la période comprise entre janvier 2003 et décembre 2005* dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. Ce rapport fournit une série de données articulées autour des indicateurs de base qui suivent – et destinés à évaluer les progrès dans l'application de la *Déclaration* : (1) les indicateurs des actions et des engagements nationaux ; (2) les indicateurs des connaissances et des comportements nationaux ; et (3) les indicateurs de l'impact national.

I. COUP D'ŒIL SUR L'ÉTAT DE LA SITUATION

Le Sénégal est un pays caractérisé par une épidémie de SIDA de type concentré, en raison de la faible prévalence du VIH dans la population générale, qui était estimée à 1,5% en 2003, et est évaluée à 0,7% lors de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS IV) de 2005. Toutefois, des taux de prévalence élevés sont enregistrés chez les professionnelles du sexe (*entre 10% et 31% en 2003*) et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (*21,5% en 2004*).

Depuis 2001, la coordination de la lutte contre le SIDA est assurée par le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS). Ce dernier – placé sous l'autorité du Premier Ministre – dispose d'un Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PNMLS), reposant sur les principes majeurs de déconcentration, de décentralisation, de multisectorialité, de respect et d'équité des droits des personnes vivants avec le VIH (PVVIH), ainsi que d'engagement du Gouvernement, des leaders politiques, religieux et communautaires. Le Secrétariat Exécutif National (SEN) est l'organe d'exécution du CNLS. Il a pour missions la coordination, le suivi et l'évaluation du PNMLS.

En matière de riposte contre la pandémie du SIDA, le Sénégal fait partie des pays cités en exemple, avec un engagement continu du Gouvernement, des communautés et des partenaires au développement. En 2004, 10,07 milliards de FCFA ont été mobilisées et dépensées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal. Ces ressources, qui représentent un accroissement de 50,61% par rapport à l'année précédente, proviennent du Gouvernement, des ménages, des ONG et des Agences de coopération. Plus de la moitié de ces ressources proviennent du secteur public. Sur les huit catégories de dépenses prises en charge en 2004, trois ont absorbé plus de 90% des fonds : le développement du Programme National de Lutte contre le SIDA (40,62%), la prévention (34,13%) et les traitements/soins (21,55%).

La mise en œuvre de la stratégie du Sénégal face au VIH/SIDA sur la période 2003-2005 est articulée autour de l'implication de tous les secteurs sociaux et d'une approche communautaire décentralisée. L'opérationnalisation de cette stratégie renvoie au développement et à l'exécution de programmes de prévention et de prise en charge/soins et appui.

Les interventions en matière de prévention ont été déroulées à travers toute une palette d'activités : IEC en direction de populations cibles spécifiques ; plaidoyer, formation/renforcement des capacités ; marketing social des préservatifs ; prévention/réduction la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant ; promotion et amélioration de l'accès aux services de CDV ; sélection des donneurs et contrôle de la qualité des produits sanguins. Ces interventions ont été réalisées par une diversité d'acteurs du secteur public et de la société civile.

TABEAU N° 1 : INDICATEURS DE BASE DE L'UNGASS RETENUS PAR LE SENEGAL EN 2005

INDICATEURS	2003	2004	2005
<i>Taux de prévalence du VIH dans la population générale</i>	1,50%		0,70%
<i>Montants des fonds nationaux versés par le gouvernement (fonds publics) pour la riposte au VIH/SIDA</i>		5,73 milliards de FCFA	
<i>Montants des fonds globaux engagés dans la riposte au VIH/SIDA</i>	6,68 milliards de FCFA	10,07 milliards de FCFA	
<i>Montants des fonds globaux engagés dans les programmes de prévention</i>		3,44 milliards de FCFA	
<i>Montants des fonds globaux engagés dans les programmes de soins et traitements</i>		2,17 milliards de FCFA	
<i>Montants des fonds globaux engagés dans les programmes de prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA</i>		0,13 milliards de FCFA	
<i>Montants des fonds globaux dépensés pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA</i>		2,9 milliards de FCFA	
<i>Montants des fonds globaux dépensés pour les MSM</i>		36,4 millions de FCFA	
<i>Montants des fonds globaux dépensés pour les travailleuses du sexe et leurs clients</i>		0,12 milliards de FCFA	
<i>Pourcentage de ministères qui allouent un budget pour la lutte contre le SIDA</i>			63%
<i>Pourcentage de régions disposant d'au moins un centre pour le conseil et le dépistage volontaire et anonyme fonctionnel selon les normes</i>			73%
<i>Pourcentage de régions disposant d'au moins un site public pour les services de conseil et de dépistage volontaire opérationnel selon les normes</i>			100%
<i>Pourcentage de régions couvertes par la stratégie de prévention de la transmission mère-enfant</i>			91%
<i>Pourcentage d'hôpitaux en mesure de fournir des soins appropriés aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA</i>			85%
<i>Pourcentage de centres de santé en mesure de fournir des soins appropriés aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA</i>			48%
<i>Parmi les travailleuses du sexe, pourcentage d'officielles/enregistrées utilisant systématiquement le préservatif avec les clients</i>	89,80%		
<i>Parmi les travailleuses du sexe, pourcentage de clandestines utilisant systématiquement le préservatif avec les clients</i>	37,90%		
<i>Pourcentage de travailleuses du sexe (officielles et clandestines) indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client</i>	86,60%		
<i>Pourcentage de travailleuses du sexe (officielles et clandestines) indiquant avoir utilisé systématiquement le préservatif lors de la dernière semaine de travail</i>	75,10%		
<i>Pourcentage d'hommes déclarant n'avoir pas utilisé systématiquement le préservatif lors de rapports sexuels insertifs avec un partenaire sexuel masculin au cours du dernier mois</i>		55,30%	

INDICATEURS	2003	2004	2005
<i>Pourcentage d'hommes déclarant n'avoir pas utilisé systématiquement le préservatif lors de rapports sexuels réceptifs avec un partenaire sexuel masculin au cours du dernier mois</i>		57,90%	
<i>Pourcentage de MSM déclarant n'avoir pas utilisé systématiquement le préservatif lors de relations hétérosexuelles au cours du dernier mois</i>		53,90%	
<i>Pourcentage de MSM déclarant n'avoir pas utilisé systématiquement le préservatif lors de relations homosexuelles ou hétérosexuelles au cours du dernier mois</i>		43,60%	
<i>Pourcentage de MSM déclarant n'avoir pas utilisé systématiquement le préservatif lors de relations homosexuelles en échange d'argent (prostitution) au cours du dernier mois</i>		65,40%	
<i>Parmi les travailleuses du sexe, pourcentage d'officielles/enregistrées infectées par le VIH</i>	33,90%		
<i>Parmi les travailleuses du sexe, pourcentage de clandestines infectées par le VIH</i>	10,10%		
<i>Parmi les MSM, pourcentage de personnes infectées par le VIH</i>		21,50%	
<i>Pourcentage de jeunes garçons de 15-24 ans indiquant avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel</i>			45%
<i>Taux d'acceptation du dépistage chez les femmes enceintes ciblées par le Programme de TME</i>			32%
<i>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH/SIDA suivis dans les structures sanitaires qui bénéficient de soutien psychosocial</i>			100%

En matière de prise en charge des malades du SIDA et de soins et appui aux personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA, les activités déroulées entre 2003 et 2005 par les organismes publics ont porté sur le diagnostic, le traitement et les soins au profit des patients infectés par le VIH – notamment la prise en charge des IST, des infections opportunistes, de la tuberculose et du traitement du VIH par la thérapie antirétrovirale. En ce qui concerne les organisations de la société civile, elles ont contribué au soutien/appui aux PVVIH surtout à travers des activités de soutien et d'accompagnement.

En 2005, force est de reconnaître que des résultats probants ont été obtenus par le Sénégal en matière de riposte nationale face au VIH/SIDA. Toutefois, un certain nombre de défis stratégiques demeurent posés, qu'il faudrait adresser dans les meilleurs délais. Au nombre de ceux-ci figurent le ciblage insuffisant des zones et des groupes à haut risque et les performances encore limitées en termes d'utilisation des services de dépistage et de PTME. Des solutions existent, mais elles requièrent l'engagement de toutes les parties prenantes de la réponse nationale, et un appui conséquent – technique et financier – des partenaires au développement.

II. VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

Couvrant une superficie de 196 712 Km², le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Sur le plan administratif, le Sénégal est subdivisé en onze régions¹, comprenant

chacune trois départements, à l'exception de Dakar qui en compte quatre, soit trente quatre départements sur l'ensemble du territoire national. Ces départements sont subdivisés en communes (au nombre de 64) et arrondissements (plus d'une centaine).



Sur le plan sanitaire, chacune de ces 11 régions est divisée en districts sanitaires. En 2005, le Sénégal compte 54 Districts Sanitaires.

En 2005, la population sénégalaise est estimée à 10.644.000 habitants (*Banque Mondiale, 2004*²). La population a une structure par âge très jeune – avec 55,6% ayant moins de 20 ans, et près de 64% âgée de moins de 25 ans. Les femmes représentent 52% de la population globale. La population sénégalaise s'accroît au rythme de 2,7% par an, doublant son effectif tous les 25 ans environ. Elle est très inégalement répartie à travers le territoire national, l'essentiel étant concentré dans la partie occidentale du pays. A titre d'exemple, la région de Dakar abrite 22,4% de la population totale, alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. La population urbaine (*résidant dans les communes*) représente 41,5 % de la population globale (*DPS, 2004*³), plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique Sub-Saharienne.

Au Sénégal, l'épidémie de VIH/SIDA est définie comme une épidémie concentrée, caractérisée par une prévalence relativement faible dans la population générale, mais particulièrement élevée dans certains groupes considérés comme à "haut risque" – comme les professionnelles du sexe. En 2003, la prévalence globale du VIH chez les

¹ Dakar, Diourbel, Fatick, Kaolack, Kolda, Louga, Saint-Louis, Toumbacounda, Thiès, Ziguinchor et Matam.

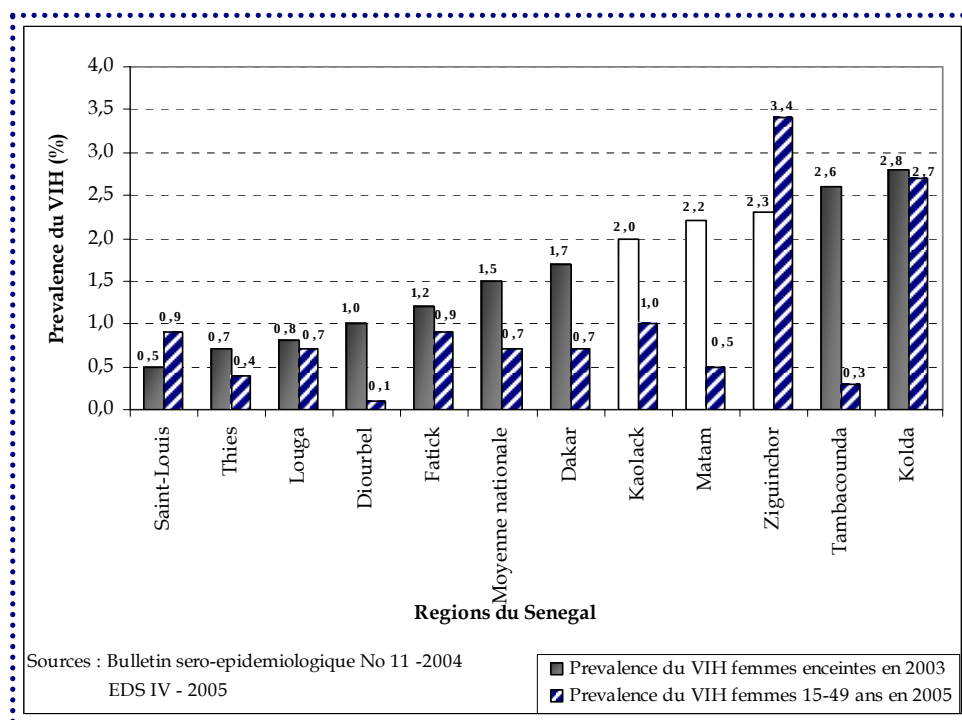
² Banque Mondiale – 2004. *World Fact Book : Projections pour les années 2000-2045*.

³ Direction de la Prévision et de la Statistique – 2004. *Rapport de synthèse de la 2^{ème} Enquête Sénégalaise auprès des Ménages (ESAM-II)*. Dakar, Ministère de l'Economie et des Finances, 262 p.

femmes enceintes, estimée à partir des données des sites sentinelles dans les 11 régions en 2003, est de 1,5% mais avec des variations notables (0,5% à 2,8%) selon les régions⁴ (CNLS, 2004⁵). Les résultats préliminaires de l'EDS IV de juillet 2005 indiquent une tendance à la baisse de la prévalence du VIH et confirment que le Sénégal est un pays à basse prévalence au VIH, avec un taux de 0,9% chez les femmes de 15-49 ans, et de 0,7% dans la population générale⁶ au niveau national (CRDH, 2005⁷). Cette tendance à la baisse est observée dans presque toutes les régions (**VOIR GRAPHIQUE N° 1**).

GRAPHIQUE N° 1 : PREVALENCE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTEES EN 2003 ET CHEZ LES FEMMES DE 15-49 ANS EN 2005

Au Sénégal, On retrouve les deux types du virus du SIDA, à savoir le VIH-1 et le VIH-2 (CNLS, 2004). Les deux principaux modes de transmission sont le mode de transmission hétérosexuel et la transmission mère-enfant.



Au total, en 2005, environ 54% des adultes infectés par le VIH sont des femmes et 6% sont des enfants de moins de 15 ans (CNLS, 2004, p. 33). Selon les estimations, plus de 93% des cas - soit 92.340 personnes vivant avec le VIH/SIDA (sur 98.710 pour l'ensemble du pays) - appartiennent à la tranche d'âge 15-49 ans. Les résultats préliminaires de l'EDS IV indiquent une tendance générale à la hausse de la proportion des personnes séropositives avec l'âge, avec des fluctuations plus ou moins marquées. Entre 15 et 29 ans, les femmes ont un taux d'infection plus élevé que les hommes, et qui croît plus rapidement. Selon le sexe, les prévalences maximales sont observées à 25-29 ans et 35-39 ans respectivement chez les femmes et chez les hommes. Il ne semble pas y

⁴ Les données des sites sentinelles de surveillance épidémiologique, provenant des femmes enceintes qui viennent pour les consultations prénatales, ont jusque là été la principale source d'informations sur la prévalence du VIH au Sénégal.

⁵ Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal - 2004. Bulletin séro-épidémiologique n° 11 de surveillance du VIH - Septembre 2004. Dakar, MSPM-FHI-CDC, 53 p.

⁶ Les résultats de l'EDS IV montrent qu'au niveau national, les femmes, avec un taux de prévalence de 0,9%, sont plus infectées que les hommes (0,4%).

⁷ Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) - 2005. Enquête Démographique et de Santé 2005 - Sénégal (EDS IV) : Rapport préliminaire - juillet 2005. MSMP/CNLS/DLS-Measure DHS+-ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 42 p.

avoir de différences entre le milieu urbain et le milieu rural en ce qui concerne la séroprévalence. Cependant, la prévalence varie assez fortement par région (**VOIR GRAPHIQUE N° 1**), et cela aussi bien chez les femmes que les hommes (*CRDH, 2005, p. 39*). Les différences entre sexe reportées par l'EDS IV témoignent d'une féminisation accrue de l'épidémie.

En matière de riposte contre la pandémie du SIDA, le Sénégal fait partie des pays cités en exemple dans le cadre de la prévention du SIDA, avec un engagement continu du Gouvernement, des communautés et des partenaires au développement. Toutefois, on estime que plus de 90% des personnes séropositives ne connaissent pas leur statut sérologique (*Ndoye, 2005a*⁸). Ainsi, le défi majeur de maintenir le niveau de prévalence dans la population générale en dessous de 3% d'ici la fin de la mise en œuvre du plan national stratégique 2002-2006 demeure une préoccupation aussi bien pour les autorités du pays que pour les partenaires au développement engagés dans la réponse à l'épidémie.

En fin 2005, les indicateurs de performance du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PNMLS) et du Plan Stratégique 2002-2006 indiquent une évolution positive de la riposte face à la pandémie de SIDA.

En fin 2005, il apparaît que huit régions sur les onze que compte le pays disposent de douze centres pour le conseil et le dépistage volontaire (CDV), et soixante seize sites pour les services de dépistage volontaire (SDV) sont fonctionnels dans les onze régions (**VOIR FIGURE N° 1**). L'ensemble de ces sites de dépistage a permis de tester 59.667 personnes entre 2002 et 2005 – pour une population sexuellement active estimée à 4 millions d'individus (*CNLS, 2005*⁹ ; *Banque Mondiale, 2005*¹⁰). Environ 91% des régions du Sénégal disposent de sites pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (PTME), et 20.371 femmes ont bénéficié du test de VIH dans le cadre de la PTME entre 2003 et 2005, sur les 58.044 ciblées. Sur l'ensemble du territoire national, 85% des hôpitaux et 48% des centres de santé offrent des services de prise en charge médicale et psychosociale aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH). En 2005, 3.622 malades sont traités par les antirétroviraux (ARV).

Au Sénégal, l'élargissement de la réponse communautaire est une réalité, puisque plusieurs centaines de projets ont été financés dans le domaine de la prévention de la transmission sexuelle, du conseil et du dépistage volontaire, de la prise en charge et de l'amélioration des conditions de vie des PVVIH. Ces projets – mis en œuvre par des organisations de la société civile (OSC) – ont été et sont toujours soutenus par divers bailleurs, dont les plus importants sont : le Gouvernement du Sénégal ; la Banque mondiale ; les Etats-Unis d'Amérique ; le Fonds mondial de lutte contre le SIDA,

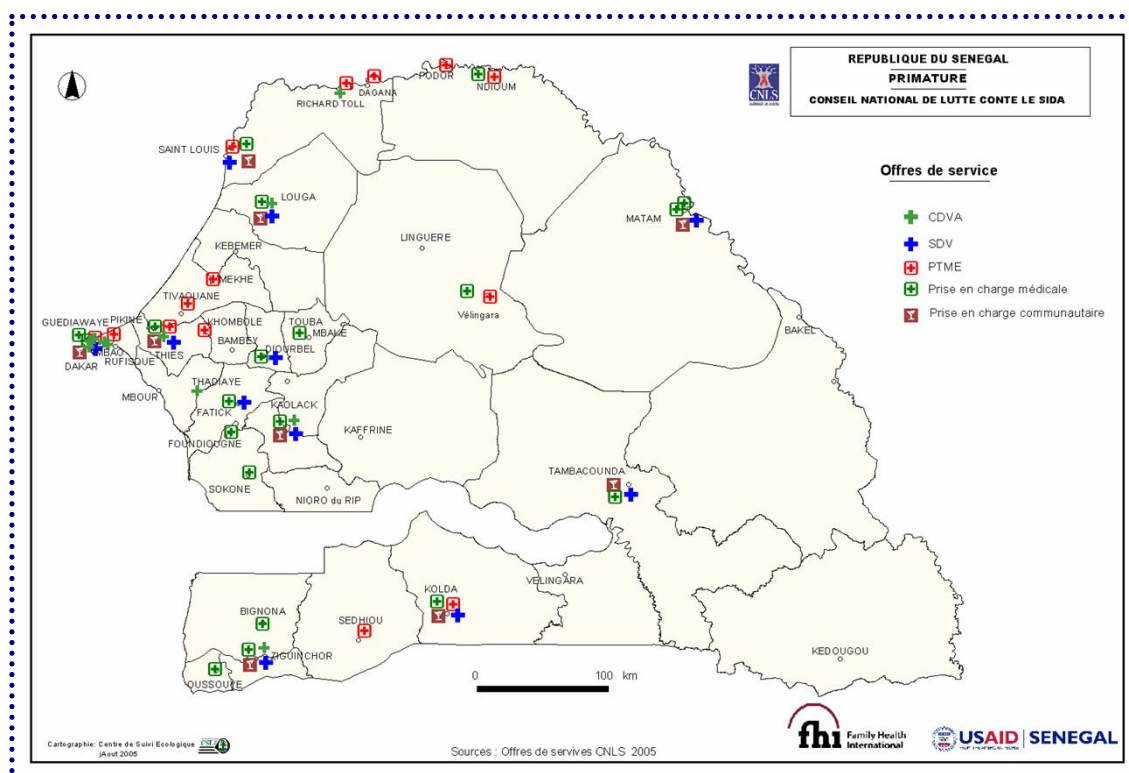
⁸ **Ndoye, I. – 2005a.** "La lutte contre le SIDA au Sénégal : situation actuelle, défis et perspectives". Présentation Power Point du Dr Ibra Ndoye, Secrétaire exécutif du CNLS, janvier 2005.

⁹ **Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal – 2005.** Cartographie des offres de services liées au VIH/SIDA au Sénégal : rapport provisoire. Cadre de référence des interventions de la société civile dans la réponse globale au VIH/SIDA. République du Sénégal-Primature-FHI-USAID-Banque Mondiale, octobre 2005, 99 p.

¹⁰ **Banque Mondiale – 2005.** Rapport de la mission de revue à mi-parcours du Projet Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA du Sénégal, octobre 2005. Dakar, Sénégal – 18 p. + annexes.

la Tuberculose et le Paludisme ; l'Allemagne et la France (CNLS, 2005¹¹). Ces projets visent essentiellement les jeunes, les femmes et les PVVIH réunis en réseaux ou en association – avec une prépondérance des interventions en zones urbaine et périurbaine, par rapport à la zone rurale.

FIGURE N°1 : LOCALISATION & REPARTITION DES OFFRES DE SERVICES AU SENEGAL EN 2005



Pour les pays à épidémie concentrée comme le Sénégal, des taux explosifs sont généralement enregistrés au sein de groupes de population spécifiques, considérés comme les "plus à risque". Dans le contexte sénégalais, les professionnelles du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM) constituent les deux groupes les plus à risque, compte tenu du rôle très actif qu'ils jouent dans la transmission et la propagation des infections sexuellement transmissibles (IST) – dont le VIH. Conscientes de cette situation, les autorités sénégalaises ont encouragé et soutenu des stratégies spécifiques de prévention et de prise en charge médicale auprès de ces deux groupes à haut risque d'infection au VIH. Cet engagement a été beaucoup plus précoce envers les professionnelles du sexe.

Au Sénégal, la prostitution est légalisée depuis 1969¹² (Ndoye, 1995¹³). L'exercice de la prostitution est autorisé pour les femmes âgées de 21 ans et plus, qui sont inscrites dans le registre sanitaire et social. Chez les professionnelles du sexe, les données disponibles portent d'abord sur celles qui sont inscrites au registre sanitaire et social de

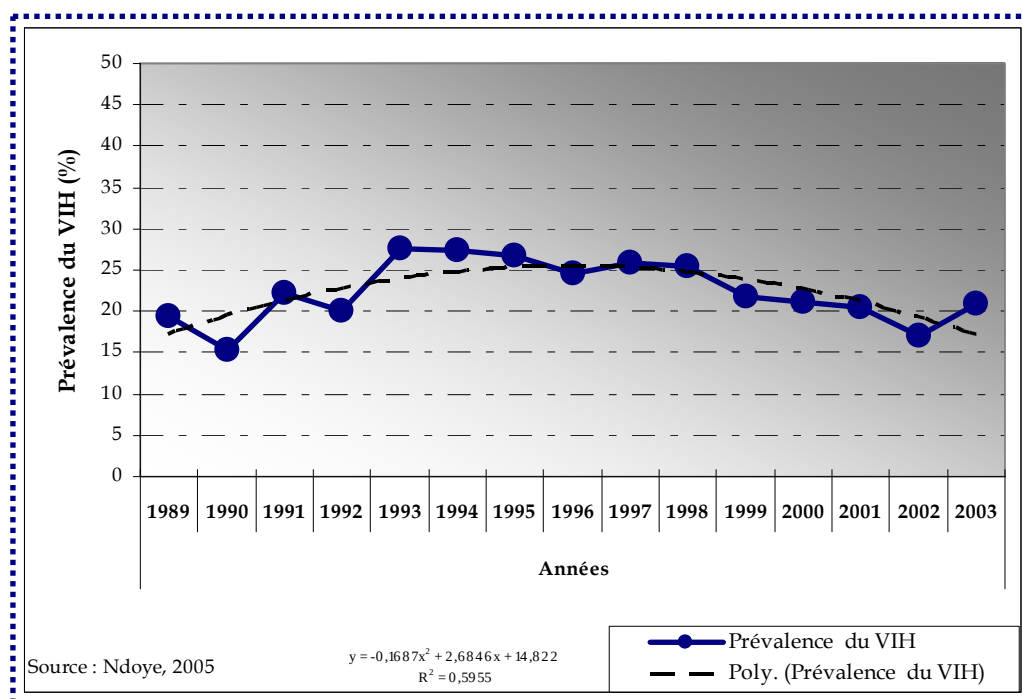
¹¹ Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal – 2005. Cartographie des interventions : rapport final. Cadre de référence des interventions de la société civile dans la réponse globale au VIH/SIDA. République du Sénégal-Primature-FHI-USAID-Banque Mondiale, novembre 2005, 130 p.

¹² Au Sénégal, la prostitution est organisée par la loi n° 66-21 du 1^{er} février 1966, relative à la lutte contre les maladies vénériennes et la prostitution. Le décret d'application de cette loi est le décret n° 69-616 du 20 mai 1969.

¹³ Ndoye, I. – 1995. La prostitution au Sénégal. Dakar, Sénégal.

la prostitution – et donc celles qui sont suivies dans les centres de maladies sexuellement transmissibles (MST). De ces informations, il ressort que la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe a progressé rapidement de 1986 jusqu'en 1996-97 (VOIR **GRAPHIQUE N° 2**), pour se stabiliser dans les principaux sites sentinelles (CCISD/SIDA 3, 2005¹⁴ ; Ndoye, 2005b¹⁵). De plus, les résultats des sites sentinelles en 1999 et 2001 révèlent une prévalence du VIH entre 15% et 30% dans ce groupe (CNLS, 2002¹⁶).

GRAPHIQUE N° 2 : EVOLUTION DE LA PREVALENCE DU VIH CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE SUR LA PERIODE 1989-2003



En 2003, les prévalences observées chez les professionnelles du sexe dans les sites sentinelles de trois régions du Sénégal (*Dakar, Thiès et Ziguinchor*) variaient entre 10,9% et 30,3% (CNLS, 2004). Des données sur la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe sont également fournies par l'Enquête de Surveillance de Seconde Génération (SSG) réalisée par le Projet SIDA 3 dans ses zones d'interventions (*Rufisque, Tambacounda, Kolda, Vélingara et Diaobé*) des régions de Dakar, Kolda et Tambacounda en 2003 (CCISD/SIDA 3, 2005). Cette étude rapporte une prévalence globale du VIH de 27,5%, avec une forte représentativité du type VIH-1 (60,9%) par rapport au type VIH-2 (37,7%).

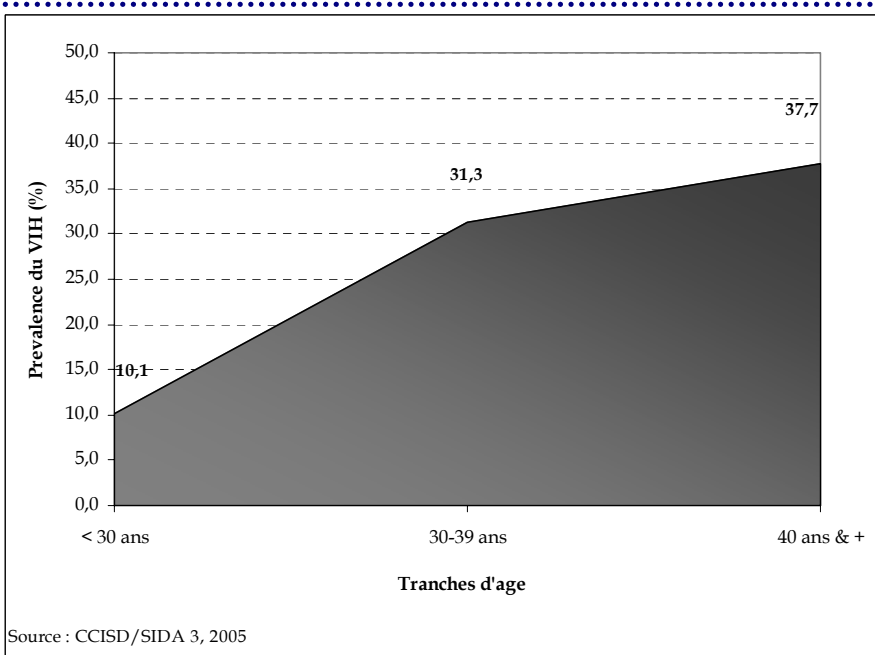
¹⁴ CCISD/SIDA 3 – 2005. Rapport de la première enquête de Surveillance de Seconde Génération (SSG) chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires sexuels masculins au Sénégal. Dakar, février 2005. MSPM-CNLS-ACDI- CCISD, 20 p. + annexes.

¹⁵ Ndoye, I. – 2005b. "Introduction de la Revue à Mi-Parcours du Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA 2002-2006". Présentation Power Point du Dr Ibra Ndoye, Secrétaire exécutif du CNLS, octobre 2005.

¹⁶ Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal – 2002. Bulletin séro-épidémiologique n° 9 de surveillance du VIH – Mars 2002. Dakar, MSPM-FHI-CDC, 51 p.

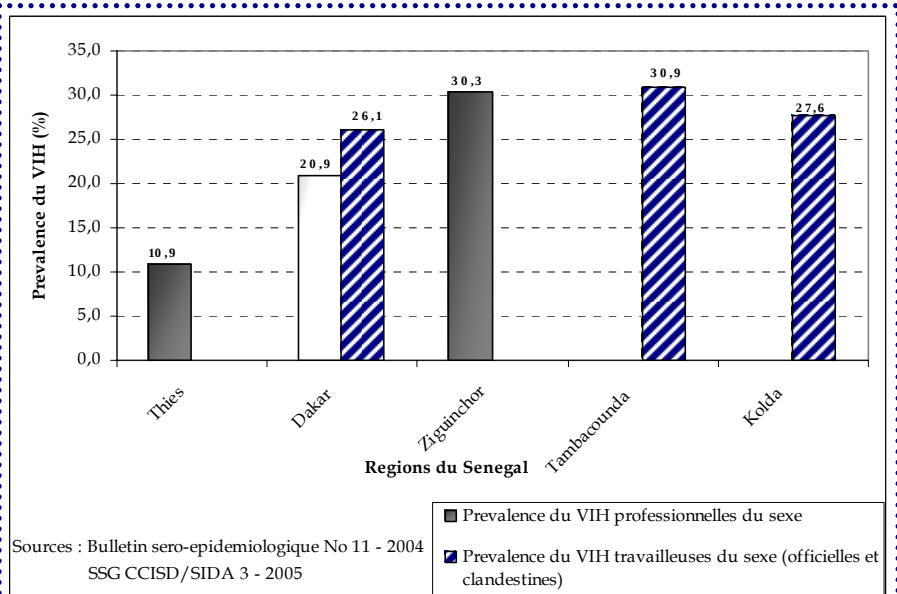
GRAPHIQUE N° 3 : PREVALENCE DU VIH CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE SELON L'ÂGE EN 2003

Chez les travailleuses du sexe, la prévalence du VIH augmenterait avec l'âge (CCISD/SIDA 3, 2005). En effet, l'étude du Projet SIDA 3 fait état d'une prévalence de 10,1% dans la tranche d'âge des moins de 30 ans, contre plus du triple chez les 30-39 ans et près de quatre fois plus chez les 40 ans et plus (VOIR GRAPHIQUE N° 3).



GRAPHIQUE N° 4 : PREVALENCE DU VIH CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE SELON LA REGION ET LA CATEGORIE EN 2003

Selon la région, les prévalences observées en 2003 par le Projet SIDA 3 variaient entre 26% et 31% chez les travailleuses du sexe, officielles et clandestines confondues (VOIR GRAPHIQUE N° 4). Les professionnelles du sexe officielles - autrement dit celles qui sont fichées, seraient plus infectées que les travailleuses du sexe clandestines. En effet, la prévalence du VIH est de 33,9% chez les premières, contre 10,1% chez les secondes (CCISD/SIDA 3, 2005). Ce résultat est comparable à celui trouvé dans l'étude PROCLAN, réalisée en 2000 à Dakar auprès des travailleuses du sexe clandestines, et qui a reporté une prévalence au VIH de 10,4% chez celles-ci (PNLS, 2002¹⁷ ; Laurent et al., 2003¹⁸).



¹⁷ Programme National de Lutte contre le SIDA du Sénégal - 2002. Prévention des IST et de l'infection par le VIH chez les prostituées clandestines de Dakar, Sénégal (PROCLAN). Dakar, Sénégal.

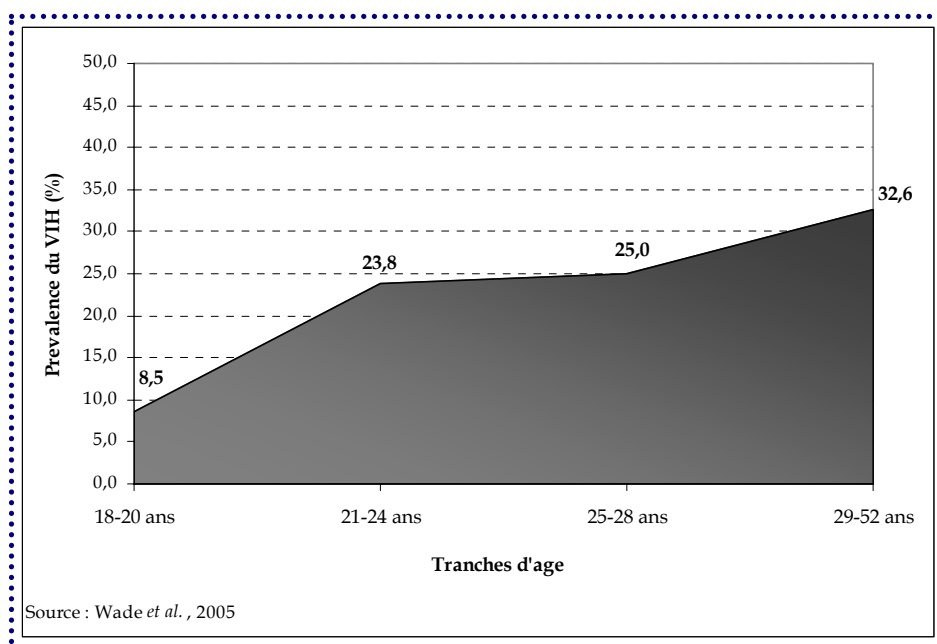
¹⁸ Laurent, C., Seck, K., Coumba, N., Kane, T., Samb, N., Wade, A., et al. - 2003. "Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections, and risk behaviours in unregistered sex workers in Dakar, Senegal". *AIDS*, 17(12), 1811-1816.

En ce qui concerne les interventions en direction des MSM, elles sont relativement récentes au Sénégal. En effet, depuis toujours, les MSM y sont victimes d'une stigmatisation de la part de la société en général, qui adopte des attitudes de désaveu et de rejet formel vis-à-vis du comportement homosexuel – pouvant même se traduire par la violence (Niang *et al.*, 2002¹⁹). Mais dès les années 1950, Crowder (1956, cité par Niang *et al.*, 2002) a décrit son existence dans la société sénégalaise, pour conclure que le phénomène y est bien ancré. Depuis le début des années 2000, avec la conduite des premières études socio-anthropologiques sur les MSM au Sénégal, le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) reconnaît l'importance de la prise en compte de ce groupe particulièrement à haut risque dans la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA.

Au Sénégal, les premières données épidémiologiques sur la prévalence du VIH/SIDA chez les MSM datent de 2005. Elles sont issues d'une étude réalisée en 2004 auprès de 463 MSM à Dakar et dans quatre grandes villes du pays : Kaolack, Mbour, Saint-Louis et Thiès (Wade *et al.*, 2005²⁰). Cette étude rapporte une prévalence globale du VIH de 21,5% chez les MSM, avec une forte prédominance du type VIH-1.

GRAPHIQUE N° 5 : PREVALENCE DU VIH CHEZ LES MSM SELON L'AGE EN 2004

Selon les groupes considérés²¹ par l'étude de Wade et collaborateurs (2005), les estimations de la prévalence du VIH chez les MSM de Dakar en 2004 peuvent être fixées entre un minimum de 12% et un maximum de 30,7%. Enfin, à l'instar des travailleuses du



sexe, la prévalence du VIH chez les MSM augmenterait avec l'âge (VOIR GRAPHIQUE N° 5). Comparés aux taux de prévalence dans la population générale - reportés par la surveillance sentinelle (1,5%) et l'EDS IV (0,7%), les niveaux de prévalence du VIH

¹⁹ Niang, I., C., Diagne, M., Niang, Y., Moreau, A., M., *et al.* - 2002. *Satisfaire aux besoins de santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal*. ISE/UCAD-CNLS-Horizons Program/Population Council. Septembre 2002, 23 p.

²⁰ Wade, A., S., Kane, C., T., Diallo, P., A., N., Diop, A., K., *et al.* - 2005. "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* (?).

²¹ En 2004, la période de collecte à Dakar a scindé les MSM sélectionnés en trois groupes : ceux du mois d'avril, ceux de mai-juin et ceux de juillet-septembre 2004.

chez les MSM sont particulièrement inquiétants au Sénégal, justifiant de ce fait leur inclusion dans le groupe des *“populations les plus à risque”* par le PNLS – et le développement de projets et d'interventions pilotes à l'intention de cette cible.

Malgré le bilan globalement positif de la riposte nationale au VIH/SIDA, de nombreux défis stratégiques demeurent posés, qu'il faut adresser dans les meilleurs délais pour garantir l'efficacité des interventions et assurer la pérennité des résultats enregistrés jusque là. Ainsi, des efforts substantiels devraient être faits pour lutter contre la résistance des populations au dépistage du VIH, la discrimination contre les PVVIH et contre toutes les formes d'exclusion, de rejet et de violence qui touchent les travailleuses du sexe et les MSM. En ce qui concerne ces deux groupes dits à *“haut risque”* dans la transmission du virus, il y a lieu de souligner que – malgré les initiatives en cours, l'envergure des actions menées demeure encore limitée, et ces cibles spécifiques ne bénéficient pas encore du niveau de mobilisation de ressources requis pour la conception et la mise en œuvre des réponses idoines et pérennes contre le VIH/SIDA. En définitive, les taux élevés enregistrés chez ces cibles doivent inciter à la vigilance et au renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA.

III. RIPOSTE NATIONALE À L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

Au Sénégal, les premières initiatives de la riposte nationale se sont manifestées dès 1986, et elles furent organisées par le Comité de lutte contre le SIDA créé à cette période. Depuis lors, des avancées notables ont été enregistrées dans la réponse nationale, tant en termes de renforcement du leadership et de l'engagement financier national, d'élaboration de politiques et stratégies, qu'au niveau de la mise en œuvre des programmes de prévention, de prise en charge et d'atténuation de l'impact du VIH/SIDA.

3.1. ELABORATION DES POLITIQUES

3.1.1. Planification stratégique

Au début des années 2000, suite aux recommandations de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de juin 2001 (*UNGASS*), le Gouvernement du Sénégal a mis l'accent sur la coordination de la lutte contre le SIDA, nouvelle orientation matérialisée par la *naissance du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)* – créé par le Décret de création n° 2001-1063 du 10 décembre 2001, décret modifié et remplacé par le Décret de création n° 2005-550 du 22 juin 2005 – pour répondre à la nouvelle organisation du Gouvernement.

Afin d'organiser la réponse nationale au VIH/SIDA, le Sénégal – à travers le CNLS – s'est doté d'un Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (*PNMLS*). Ce Programme National repose sur les principes majeurs de déconcentration, de décentralisation, de multisectorialité, de respect et d'équité des droits des personnes vivants avec le VIH (PVVIH), ainsi que d'engagement du Gouvernement, des leaders politiques, religieux et communautaires.

La multisectorialité a été facilité et favorisé par le fait que le CNLS soit placé sous l'autorité du Premier Ministre, et par le fait que le CNLS soit composé de tous les membres du Gouvernement, de représentants de la société civile et du secteur privé, de PVVIH, de leaders politiques et religieux, ainsi que d'experts de haut niveau. Cette approche multisectorielle est également renforcée par le fait que, pour la mise en œuvre du PNMLS, les acteurs de la société civile, le secteur privé et tous les ministères techniques sont considérés et demeurent éligibles.

L'implication des ministères s'est faite progressivement, après la création de leurs Comités Internes de Lutte contre le SIDA (*CILS*), et la nomination – entre autres – de points focaux pour servir d'interface à l'organe d'exécution du CNLS. En 2005, six ministères²² et deux Secteurs²³ représentant 13 ministères ont des plans d'actions de lutte contre le SIDA.

²² Education ; Jeunesse ; Santé ; Industrie et Artisanat ; Femme, Famille, Développement Social ; Petites et Moyennes Entreprises, Entrepreneuriat Féminin et Microfinance

La décentralisation a été placée au cœur de l'approche retenue par le Sénégal pour combattre le VIH/SIDA. C'est ainsi que le décret instituant le CNLS a également créé, au niveau des régions et des départements, des comités régionaux (CRLS) et départementaux (CDLS) de lutte contre le SIDA, présidés respectivement par les gouverneurs et les préfets. Ils comportent en leur sein un Comité Technique Restreint (CTR) chargés d'assurer la coordination et le suivi/supervision des activités au cours desquelles les fiches mensuelles de données exigées pour le système de suivi sont recueillies et un appui technique est dispensé aux bénéficiaires de projets du PNMLS. Actuellement, les institutions de coordination de la réponse nationale au VIH/SIDA aux niveaux central, régional et local sont pleinement opérationnelles et contribuent de manière significative à l'intensification de la lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal.

Ce dispositif institutionnel mis en place au niveau décentralisé par le SEN est renforcé par les Unités d'Appui Régionales (UAR) – au nombre de 11, à raison d'une par région – et qui sont des structures d'impulsion et de facilitation. Actuellement, elles jouent un rôle actif et efficace à côté des institutions et des acteurs du niveau décentralisé dans le montage techniques des projets, la remontée des données relatives aux activités et la mobilisation des populations pour le dépistage volontaire et le changement de comportement sexuel.

Sur la base des principes directeurs qui précèdent, le Programme National a élaboré un *Plan Stratégique couvrant la période 2002-2006* et financé par divers bailleurs. Ce Plan Stratégique 2002-2006 s'inscrit dans la suite logique des exercices de planification pour le développement menés depuis toujours par le Sénégal. En effet, le Sénégal a, dès la fin des années 1990, intégré la question du VIH/SIDA dans ses programmes de développement global. C'est ainsi qu'actuellement, *la lutte contre le SIDA figure parmi les objectifs stratégiques des différents programmes de planification de développement du Sénégal*, dont : le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2002-2015, le Plan de Développement pour l'Education et la Formation (PDEF) 2000-2010, le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007. Le PDIS, qui traduit en actions concrètes les objectifs stratégiques du PNDS, accorde une place de choix à la surveillance épidémiologique, et aux IST/SIDA en particulier.

La question du VIH/SIDA est également prise en compte dans les exercices de planification locaux, tels que les Plans Régionaux de Développement Intégré (PRDI) – à l'exemple du PRDI de la région de Kaolack pour la période 2001-2005.

Le Plan Stratégique 2002-2006 du PNMLS – qui est en cours – a pour but de capitaliser les acquis de la lutte contre le SIDA, de maintenir durant cette période la prévalence du VIH à un niveau inférieur à 3%, d'améliorer la qualité des personnes vivants avec le VIH (PVVIH) et de réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA. Lors de l'élaboration de ce Plan Stratégique 2002-2006, cinq objectifs stratégiques ont été définis en vue d'atteindre les objectifs généraux relatifs aux volets suivants : (1) préven-

²³ Le Secteur "Forces de Sécurité", coordonné par le Ministère des Forces Armées, et le Secteur "Travail" coordonné par le Ministère de la Fonction Publique, du Travail, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles.

tion²⁴ ; (2) prise en charge médicale et psychosociale ; surveillance épidémiologique ; recherche-éthique-juridique ; et coordination-plaidoyer-gestion. Lors de l'élaboration de ce Plan Stratégique, une évaluation de l'impact du VIH/SIDA sur la situation socio-économique du pays a été réalisée, et cela à des fins de planification.

3.1.2. Appui politique

Au Sénégal, l'appui politique dans la lutte contre le VIH/SIDA est hissé à un niveau particulièrement élevé. De prime abord, la création d'un Conseil National de Lutte contre le SIDA, placé sous l'autorité du Premier Ministre, démontre clairement que le Gouvernement du Sénégal a fait de l'épidémie du SIDA une priorité. Ensuite, la portée et l'importance des résolutions prises au niveau stratégique entre 2003 et 2005 prouvent sans aucune équivoque la force de l'appui et du leadership politiques. Ceux-ci se manifestent, entre autres, par la gratuité des antirétroviraux (ARV) pour le traitement des PVVIH et la mobilisation accrue du budget de l'Etat pour faciliter la mise en œuvre des interventions. En outre, les réunions statutaires du CNLS, notamment la Revue Annuelle Conjointe de février 2005 et la Revue à mi-parcours du PNMLS ont été présidées par le Premier Ministre. Cela traduit, sans nul doute, *l'attention accordée par le Premier Ministre et son Cabinet* à la problématique du VIH/SIDA et aux enjeux de la mise en œuvre du PNMLS.

La tenue du dernier événement majeur en matière de coordination de la riposte nationale contre le SIDA – la réunion du CNLS en octobre 2005 pour faire la revue à mi-parcours du PNMLS 2002-2006 et jeter les bases de la planification stratégique 2007-2011 – a également consacré la participation de plusieurs membres du Gouvernement et des gouverneurs des régions, aux côtés des partenaires au développement intervenant dans la lutte contre le SIDA et des représentants de la société civile à tous les niveaux.

Au Sénégal, la mise en œuvre de la politique et des stratégies multisectorielles du CNLS relève de la responsabilité du *Secrétariat Exécutif National (SEN)*, *qui est l'organe d'exécution du CNLS*. Il est placé sous l'autorité du Ministre de la Santé, et a pour missions la coordination, le suivi et l'évaluation du PNMLS.

Le SEN est dirigé par un Secrétaire Exécutif, assisté de six Chargées de Programme. Celles-ci s'occupent respectivement des dossiers relatifs : (1) à la société civile et au secteur privé ; (2) au secteur public ; (3) au suivi-évaluation ; (4) à la décentralisation ; (5) à la communication ; et (6) au Fonds Mondial. Celles-ci ont pour tâches d'assurer des activités d'appui technique, de supervision et d'assistance aux différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PNMLS.

Le Secrétaire Exécutif est également assisté par un personnel d'appoint pour les tâches administratives et d'assistance. Enfin, le SEN est élargi aux acteurs de la société civile, aux PVVIH et aux représentants des agences impliquées dans l'exécution

²⁴ Ce volet comprend 4 composantes : la prévention de la transmission par voie sexuelle ; la prévention de la transmission par voie sanguine ; la prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; et les conseils et le dépistage volontaire.

technique et financière du PNMLS. Une Agence Financière a été contractualisée pour se charger de la gestion financière des ressources mobilisées par le CNLS dans le cadre du PNMLS.

Le SEN se réunit mensuellement en session élargie aux points focaux des secteurs, et une fois par semaine pour les besoins de coordination. Le SEN se réunit autant de fois que nécessaire, sur initiative du Secrétaire Exécutif ou de façon informelle entre les responsables de programmes qui entretiennent des échanges permanents pour examiner des questions ponctuelles.

En sa qualité de maître d'œuvre du PNMLS, c'est le SEN/CNLS qui impulse et coordonne les interactions entre le gouvernement, les personnes vivant avec le VIH, le secteur privé et la société civile pour mettre en oeuvre les stratégies/les programmes de riposte au VIH et au SIDA. A cet effet, le CNLS a – dès sa création – mis en place un cadre de concertation réunissant l'Etat du Sénégal, les bailleurs de fonds et la société civile, ce qui a permis une meilleure articulation des interventions des parties prenantes au PNMLS.

3.2. DEPENSES POUR LA RIPOSTE AU NIVEAU NATIONAL

Les informations les plus exhaustives actuellement au niveau du Sénégal sur l'ensemble des dépenses engagées pour lutter contre le VIH/SIDA proviennent du de l'exercice d'"*Estimation nationale des ressources et des dépenses de lutte contre le SIDA*" (REDES²⁵). Il s'agit un système complet et accepté pour l'estimation des flux de ressources nationales de lutte contre le SIDA. Il porte sur le *suivi systématique, périodique, multisectoriel et exhaustif des dépenses actuelles* qui, venant des donateurs et des entités publiques et privées, sont destinées à la réponse nationale au SIDA. Le REDES est basé sur des méthodes standardisées, des définitions acceptées ainsi que des normes comptables d'un système disponible dans le monde entier et accepté sur le plan international. Cet exercice a été réalisé en 2005 au Sénégal, et a couvert les années 2003 et 2004.

3.2.1. Dépenses de lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal

Au Sénégal, les ressources mobilisées et dépensées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA proviennent de plusieurs sources de financement, qui peuvent être regroupées comme suit : le Gouvernement, les ménages, les ONG et les Agences de coopération. En 2003, les dépenses totales engagées dans la lutte contre le SIDA se sont élevées à 6,68 milliards de FCFA en 2003 – soit 11,54 millions US \$. *En 2004, ces dépenses se sont accrues de 50,61%, pour atteindre 10,07 milliards de FCFA, soit 19,06 millions US \$ au taux de change moyen de l'année (VOIR TABLEAU N° 2).* En 2003 et 2004, ces dépenses globales représentent respectivement 0,18% et 0,25% du PIB. Analysées *per capita*, les dépenses globales de l'année 2004 se rapportent à une dépense

²⁵ L'équivalent anglais du "REDES" est "NASA" - National AIDS Spending Assessment.

de 970 FCFA par tête d'habitant et de 144.000 FCFA par PVVIH, dont 23.240 FCFA pour la thérapie antirétrovirale.

TABEAU N° 2 : DEPENSES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU SENEGAL EN 2004

INDICATEURS	MONTANTS DEPENSES (EN MILLIERS DE FRANCS CFA)
Dépense totale liée VIH/SIDA	10.066.141
Dépense totale en % du PIB	0,25%
Dépenses de source publique	6.325.450
Dépenses de sources privées	1.078.780
Dépenses de sources extérieures	2.661.910
Dépense de SIDA par tête d'habitant	0,97
Dépense par tête d'habitant par Parité du Pouvoir d'achat	US\$ PPP 2,42
Dépenses de préservatifs par tête d'habitant	0,035
Dépenses en thérapie ARV par tête d'habitant	0,157
Dépenses par PVVIH	144
Dépenses en Thérapie ARV par PVVIH	23,24

Source : REDES Sénégal – 2005.

3.2.2. Sources de financement

En 2004, la contribution financière du secteur public (5,73 milliards de FCFA²⁶) a représenté plus de la moitié des ressources mobilisées (56,93%) pour lutter contre le VIH/SIDA au Sénégal. Ce financement représente 42,59% du financement public du système de santé en 2004. Les sources extérieures de financement ont compté pour près d'un tiers, et le secteur privé a participé à la mobilisation des ressources et aux dépenses à hauteur d'un dixième (VOIR **TABEAU N° 3**). Il faut noter que cette prédominance du secteur public dans le financement de la riposte nationale au VIH/SIDA s'étend au financement plus global de la santé en général.

TABEAU N° 3 : SOURCES DE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU SENEGAL EN 2004

SOURCES DE FINANCEMENT	MONTANTS (EN MILLIERS DE FRANCS CFA)	PART DU MONTANT TOTAL (%)
Fonds publics	5.730.396	56,93
Crédit IDA ²⁷	5.009.697	49,78
Budget Etat	720.698	7,2
Fonds privés	1.078.782	10,72
Ménages	1.078.782	10,72
Fonds extérieurs	3.256.963	32,36
Agences multilatérales	1.907.774	18,95
Agences bilatérales	753.862	7,49
Organisations internationales à but non lucratif	595.326	5,91
TOTAL GENERAL	10.066.141	100,0

Source : REDES Sénégal – 2005.

²⁶ Il est important de rappeler que le financement de la lutte contre le SIDA accordé par la Banque Mondiale dans le cadre du MAP est un prêt remboursable contracté par l'Etat sénégalais (*Crédit IDA 3601-SEN*). Par conséquent, et en toute logique, il est comptabilisé dans le financement du secteur public.

²⁷ Ibidem

TABEAU N° 4 : ALLOCATION (EN %) DES RESSOURCES EXTERIEURES MOBILISEES POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU SENEGAL EN 2004

ALLOCATION DES RESSOURCES EXTERIEURES		Mass media	Mobilisation communautaire	Conseil dépistage volontaire	Programme axé sur les TS et leurs clients	Programmes axés sur les MSM	Populations spécifiques	Condom féminin	Marketing social des condoms	IST	PTME	Thérapie antirétrovirale	Appui nutritionnel	Traitement des infections opportunistes	Soins palliatifs	Education OEV	Formation OEV	Soutien familial aux OEV	Coûts opérationnels OEV	Gestion des programmes	Plaidoyer et communication	Suivi & évaluation	Formation	Logistique et autre matériel de transport	Avantages monétaires à autre personnel	Droits de l'Homme	Services sociaux	Développement institutionnel	Activités génératrices de revenus	Recherche biomédicale	TOTAL	
AGENCES MULTILATERALES	8,46	28,95	0	0	0	0	0	0	0	0	0,38	0	0	0	0	0	0	0	0	49,98	3,79	2,35	6,09	0	0	0	0	0	0	0	0	100
AGENCES BILATERALES	10,68	0	16,32	0	2,94	0	0	37,49	26,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,67	0	0	0	0	0	3,21	0	0	0	0	0	100
ORGANISATIONS INTERNATIONALES A BUT NON LUCRATIF	0,26	17,52	0,2	6,47	1,15	2,88	0,61	0	13,19	0,16	5,37	1,55	1,22	0,63	0,21	1,23	3,03	0,04	14,35	1	7,64	8,93	0,54	1,06	0	7,36	1,94	0,63	0,82	100		

Source : REDES Sénégal – 2005.

Comme le montre le **TABLEAU N° 4**, la plus grande partie du financement extérieur a été orientée vers la gestion du programme (22,33% en moyenne sur l'ensemble des financements extérieurs), la mobilisation communautaire (15,49%) et la prise en charge des IST (13,62%). Les ressources provenant des agences bilatérales ont été utilisées principalement pour le marketing social des préservatifs (37,49%) et la prise en charge des IST (26,7%).

En 2004, les dépenses de lutte contre le SIDA ont surtout été utilisées par le Ministère de la Santé (19,72%), le Conseil National de Lutte contre le SIDA (15,93%) et les autres unités d'exécution (21,27%). Les dépenses de sources privées représentent 10,72% de la dépense totale et elles ont été financées à 100% par les ménages. La contribution des sources de financement extérieures représente 32,36% du financement total, soit 3,26 milliards de FCFA. Cette contribution est principalement issue de la coopération multilatérale (18,95%) à travers essentiellement la subvention du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, qui s'élève à 595,06 millions de FCFA – soit 18,27% du financement extérieur.

La grande partie des dépenses exécutées par le Gouvernement est allée à la gestion du PNMLS (28,65%), à la thérapie antirétrovirale (24,13%), à la formation des ressources humaines (18,65%) et, enfin, à la mobilisation communautaire (17,46%). Avec un total de 1,08 milliards de FCFA (soit 10,72% des dépenses totales en 2004), les dépenses des ménages ont été orientées vers le traitement des infections opportunistes (37%), le traitement des IST (36%), l'achat de préservatifs dans le secteur commercial (20%) et les tests de laboratoire (7%).

3.2.3. Dépenses par type d'intervention

En 2004, les ressources et dépenses de lutte contre le SIDA au Sénégal en 2004 sont classées en huit catégories : [1] la prévention (34,13%) ; [2] le traitement et les soins (21,55%) ; [3] la prise en charge des OEV (1,34%) ; [4] le développement du Programme National de Lutte contre le SIDA²⁸ (40,62%) ; [5] le renforcement des capacités et la motivation du personnel (0,20%) ; [6] l'atténuation des effets socio-économiques de la pandémie (1,54%) ; [7] le renforcement des mesures de réduction de la vulnérabilité (0,48%) ; et [8] les études et la recherche sur le VIH/SIDA (0,15%). Les ressources investies dans ces différentes catégories ont connues des variations plus ou moins importantes, que ce soit à la hausse ou à la baisse (**VOIR TABLEAU N° 5**). En 2004, les dépenses les plus importantes ont concernées la "*gestion du Programme National*" (40,62%) et la "*prévention*" (34,13%).

En 2004, les ressources et dépenses de "*management du Programme National*" ont essentiellement servi aux frais de fonctionnement de la structure nationale de coordination (21,51% des dépenses totales du Programme) et à la formation (13,47%). La surveillance sentinelle a coûté 28.717.491 FCFA – soit 0,29% des dépenses totales du Programme National.

²⁸ Le développement du Programme National comprend les dépenses de gestion du SEN/CNLS, le suivi-évaluation aux niveaux central et décentralisé, la formation des acteurs au niveau national et décentralisé, la logistique et la surveillance de l'épidémie.

**TABEAU N° 5 : MONTANTS DEPENSES EN 2003 ET EN 2004 POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU
SENEGAL PAR CATEGORIES DE DEPENSES**

CATEGORIES DE DEPENSES	MONTANTS 2003 (EN MILLIERS DE FRANCS CFA)	PART DU TOTAL (en %)	MONTANTS 2004 (EN MILLIERS DE FRANCS CFA)	PART DU TOTAL (en %)	VARIATION 2003-2004 (en %)
<i>Développement du Programme National</i>	2.358.520	35,29	4.088.952	40,62	73,37
<i>Programme réduction vulnérabilité</i>	49.565	0,74	48.230	0,48	-2,69
<i>Recherche</i>	43.464	0,65	15.423	0,15	-64,52
<i>Motivation et renforcement des capacités</i>	82.646	1,24	19.962	0,20	-75,85
<i>OEV</i>	56.553	0,85	134.478	1,34	137,79
<i>Programme prévention</i>	2.142.022	32,05	3.435.402	34,13	60,38
<i>Réduction effets sociaux</i>	13.000	0,19	154.598	1,54	1089,22
<i>Thérapie antirétrovirale</i>	1.301.681	19,48	1.627.246	16,17	25,01
<i>Appui nutritionnel</i>	19.200	0,29	29.136	0,29	51,75
<i>Soins palliatifs</i>	14.541	0,22	11.780	0,12	-18,99
<i>Test diagnostic</i>	26.328	0,39	73.161	0,73	177,88
<i>Infections opportunistes</i>	575.900	8,62	427.771	4,25	-25,72
TOTAL	6.683.424	100,00	10.066.141	100	50,61

Source : REDES Sénégal – 2005.

**TABEAU N° 6 : MONTANTS DEPENSES EN 2004 AU SENEGAL DANS LE CADRE DES INTERVENTIONS DES
PROGRAMMES DE PREVENTION**

INTERVENTIONS	MONTANTS 2004 (EN FRANCS CFA)	PART DES DEPENSES TOTALES 2004 (en %)	PART DES DEPENSES “PREVENTION” 2004 (en %)
PROGRAMMES DE PREVENTION	3.435.402.316	34,13	100,00
<i>Mass media</i>	70.580.000	0,70	2,05
<i>Mobilisation communautaire</i>	1.474.075.175	14,64	42,91
<i>Conseil dépistage volontaire</i>	254.421.102	2,53	7,41
<i>Jeunes scolarisés</i>	25.503.094	0,25	0,74
<i>Programmes axés sur les TS et leurs clients</i>	121.635.450	1,21	3,54
<i>Programmes axés sur les MSM</i>	36.416.499	0,36	1,06
<i>Activités sur les lieux de travail</i>	20.281.100	0,20	0,59
<i>Programmes de prévention sur PVVIH</i>	10.509.700	0,10	0,31
<i>Populations spécifiques</i>	54.060.200	0,54	1,57
<i>Marketing social des condoms</i>	189.559.740	1,88	5,52
<i>Provision de condoms dans le secteur commercial</i>	353.758.276	3,51	10,30
<i>Condom féminin</i>	11.514.000	0,11	0,34
<i>Développement de la prise en charge des IST</i>	767.902.435	7,63	22,35
<i>Prévention de la transmission mère enfant du VIH</i>	39.106.680	0,39	1,14
<i>Banque de sang</i>	6.078.865	0,06	0,18

Source : REDES Sénégal – 2005.

En ce qui concerne les “programmes de prévention”, le plus important poste de dépenses en 2004 est la mobilisation communautaire avec 42,91% des 3.435.402.316 FCFA affectés aux activités de prévention – et 14,64% des 10,066 milliards de FCFA dépensés (**VOIR TABLEAU N° 6**). Suivent respectivement la prise en charge des IST

(22,35% des fonds "Prévention"), la provision de préservatifs dans le secteur commercial (10,30% des fonds "Prévention"), le conseil et le dépistage volontaire (7,41% des fonds "Prévention"), le marketing social des condoms (5,52% des fonds "Prévention") et les programmes en direction des travailleuses du sexe et de leurs clients (3,54% des fonds "Prévention").

TABEAU N° 7 : MONTANTS DEPENSES EN 2004 AU SENEGAL DANS LE CADRE DES INTERVENTIONS DES PROGRAMMES DE TRAITEMENT ET SOINS

INTERVENTIONS	MONTANTS 2004 (EN FRANCS CFA)	PART DES DEPENSES TOTALES 2004 (en %)	PART DES DEPENSES "TRAITEMENT ET SOINS" 2004 (en %)
PROGRAMMES DE TRAITEMENT ET SOINS	2.169.095.008	21,55	100,00
Thérapie antirétrovirale	1.627.246.508	16,17	75,02
Appui nutritionnel aux PVVIH	29.136.000	0,29	1,34
Traitement des infections opportunistes	427.771.000	4,25	19,72
Suivi laboratoire	73.161.500	0,73	3,37
Soins palliatifs	11.780.000	0,12	0,54

Source : REDES Sénégal - 2005.

Les ressources et dépenses de "soins et traitements" du Sénégal en 2004 ont été allouées à la thérapie antirétrovirale, l'appui nutritionnel aux PVVIH sous ARV, le traitement des infections opportunistes, le suivi laboratoire et les soins palliatifs. Pour une enveloppe globale de 2,17 milliards de FCFA - soit 21,55% de la dépense totale en 2004 - affectée aux programmes de soins et traitement, la "thérapie antirétrovirale" a consommé 1,63 milliards de FCFA, soit 75,02% des dépenses liées aux soins et aux traitements - et 16,17% de la dépense totale en 2004 (VOIR **TABEAU N° 7**). Il faut relever que la rubrique "thérapie antirétrovirale" est le second poste de dépense le plus lourd de l'ensemble des catégories de dépenses du Programme National, après le poste "management du Programme National" (21,52%).

TABEAU N° 8 : MONTANTS DEPENSES EN 2004 AU SENEGAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES OEV

INTERVENTIONS	MONTANTS 2004 (EN FRANCS CFA)	PART DES DEPENSES TOTALES 2004 (en %)	PART DES DEPENSES "OEV" 2004 (en %)
ORPHELINS & ENFANTS VULNERABLES (OEV)	134.478.275	1,34	100,00
Education scolaire OEV	53.682.275	0,53	39,92
Formation et appui OEV non scolarisés	23.096.000	0,23	17,17
Appui OEV en famille	57.000.000	0,57	42,39
Coûts administratifs en appui aux OEV	700.000	0,01	0,52

Source : REDES Sénégal - 2005.

Les ressources et dépenses consacrées en 2004 aux orphelins et enfants vulnérables représentent 1,34% des ressources et dépenses totales, soit 0,13 milliards de FCFA (VOIR **TABEAU N° 8**). Ces ressources et dépenses ont servi principalement à l'appui familial aux OEV (42,39% des dépenses OEV et 0,57% de la dépense totale du Programme

National) et à l'appui scolaire aux OEV (39,92% des dépenses OEV et 0,53% de la dépense totale du Programme National).

Globalement, 5,76 milliards de FCFA ont été dépensés en 2004 (soit 57,27% de la dépense totale) au bénéfice de la population générale, qui constitue ainsi la première cible des interventions dans le cadre de la riposte au VIH. Les PVVIH (28,52% de la dépense totale) sont le second groupe à avoir le mieux bénéficié des interventions, vu sous l'angle des montants dépensés en 2004 (**VOIR TABLEAU N° 9**).

TABLEAU N° 9 : MONTANTS DEPENSES EN 2004 AU SENEGAL DANS LE CADRE DE LA REPOSE NATIONALE AU VIH/SIDA PAR CATEGORIE DE CIBLES

GROUPES CIBLES DES INTERVENTIONS	MONTANTS 2004 (EN FRANCS CFA)	PART DES DEPENSES TOTALES 2004 (en %)
DEPENSES TOTALES DU PROGRAMME NATIONAL	10.066.141.970	100,00
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>	2.870.755.642	28,52
<i>Travailleuses du sexe et clients</i>	121.635.450	1,21
<i>MSM</i>	36.416.499	0,36
<i>OEV</i>	54.778.275	0,54
<i>Patients IST</i>	396.402.435	3,94
<i>Jeunes à risque</i>	282.291.719	2,80
<i>Enfants scolarisés</i>	11.002.545	0,11
<i>Jeunes scolarisés</i>	205.823.475	2,04
<i>Etudiants</i>	5.413.845	0,05
<i>Enfants en risque de transmission verticale</i>	39.106.680	0,39
<i>Militaires, police, douaniers..</i>	97.279.170	0,97
<i>Personnel de santé</i>	180.726.591	1,80
<i>Population générale</i>	5.764.509.644	57,27

Source : REDES Sénégal - 2005.

3.3. SITUATION DE LA MISE EN ŒUVRE

Depuis sa création, le CNLS et son bras armé, le SEN, ont enregistré un certain nombre de performances non négligeables. On peut citer, entre autres, le renforcement de l'appui politique, le développement de cadres d'échanges permanents avec les principaux intervenants nationaux et internationaux dans la réponse au VIH/SIDA, la vulgarisation des objectifs et des axes stratégiques du PNMLS, la bonne gestion des fonds mobilisés, la coordination des plans d'action sectoriels.

La mise en œuvre de la stratégie du Sénégal face au VIH/SIDA sur la période 2003-2005 est articulée autour de l'*implication de tous les secteurs sociaux* (secteurs public et privé, société civile et communautés de base) et d'une *approche communautaire décentralisée*, soutenue par le CNLS et impliquant à la fois les mouvements associatifs, les ONG et le secteur privé. En fin 2005, plus de 70 entreprises du secteur privé formel ont eu à élaborer et à exécuter un programme de lutte contre le SIDA en milieu du travail. Pour la société civile, plus de huit cent ONG et d'OCB ont reçues des subven-

tions de la part du CNLS et/ou d'autres partenaires au développement pour dérouler des activités de prévention, de soins et d'assistance sociale au niveau communautaire.

Le secteur public a également grandement contribué à améliorer la couverture de la riposte nationale au VIH/SIDA. En effet, depuis 2004, des activités à grande échelle sont exécutées par les ministères de six secteurs ministériels (*Education, Santé, Femme/famille, Industrie/Artisanat, Travail, Forces de sécurité*), en vue de promouvoir la réponse au VIH/SIDA.

La mise en œuvre des interventions de la pluralité d'acteurs susmentionnés s'inscrit dans le cadre de l'opérationnalisation du PNMLS. De ce fait, elles se rapportent toutes à une ou plusieurs des composantes du Programme National – qui renvoient à la prévention et à la prise en charge/soins et appui.

3.3.1. Prévention

Politiques, stratégies et cadre d'intervention en matière de prévention

La prévention est la première composante du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA. Comme le stipule le Manuel de mise en œuvre du PNMLS, cette composante est opérationnalisée grâce aux stratégies d'information, éducation et communication (*IEC*), de communication pour un changement de comportement (*CCC*), de l'intervention pour un changement de comportement (*ICC*) et l'approche participative de prévention (*APP*).

L'exécution des stratégies cette composante est allée de pair avec la mise en place d'une *stratégie de communication globale*, axée sur la promotion d'informations précises sur le VIH et le SIDA par l'intermédiaire des mass médias. Ces derniers constituent l'un des leviers sur lesquels la stratégie de communication du PNMLS s'appuie pour susciter un changement durable des comportements et favoriser l'émergence d'une culture de prévention et de prise en charge en matière d'IST et de VIH/SIDA au sein de toute la population en général, et des groupes vulnérables et à risque en particulier.

En 2004-2005, le CNLS et d'autres parties prenantes de la réponse ont soutenus financièrement et/ou techniquement la production et la diffusion de spots, de sketches, de documentaires, d'émissions hebdomadaires, d'articles et de débats traitant des questions liées à la prévention de la transmission sexuelle, sanguine et de la mère à l'enfant des IST/SIDA et au conseil et dépistage volontaire. Dans le cadre de ces productions, divers médias ont été mis à contribution : les radios (*publiques, privées et communautaires*), les chaînes de télévision publique et privée, ainsi que la presse écrite.

En plus de ces campagnes grand public, des stratégies de promotion d'une *éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH et du SIDA destinée aux jeunes* ont également été élaborées et mises en œuvre, et ce depuis plusieurs

années. En effet, même si la sexualité commence relativement tard au Sénégal, un effort a été fait pour introduire l'éducation sexuelle assez tôt. Dès 1992, cette discipline faisait partie des programmes scolaires des degrés primaire et secondaire. La plupart des interventions en direction des jeunes sont actuellement coordonnées par le Ministère de l'Education, qui d'ailleurs dispose d'un plan d'actions sectoriel soutenu financièrement par le PNMLS. La contribution des organisations de la société civile pour la sensibilisation des jeunes est également loin d'être négligeable.

Dans le cadre de son *programme stratégique de prévention du VIH à l'école*, le Ministère de l'Education a, entre 2003 et 2005, mis en œuvre un plan IEC pour la lutte contre le SIDA dans les secteurs formel et non formel de l'éducation. Il a entrepris des actions pour la prise en charge efficace des IST dans les structures sanitaires des écoles primaires, des lycées et des collèges du pays ; il a élaboré des programmes de plaidoyer et de sensibilisation sur le conseil et le dépistage volontaire dans les structures de santé des établissements scolaires. Le Ministère de l'Education a également produit et distribué des outils didactiques d'IEC et de santé de la reproduction.

Le Sénégal a également développé des stratégies de promotion de l'IEC et d'autres interventions de santé préventive destinée aux populations les plus à risque telles que les travailleuses du sexe et les MSM. Parallèlement à ces interventions, d'autres stratégies, destinées à élargir l'accès aux principaux services liés à la prévention, ont été développées.

La politique et les stratégies développées pour élargir l'accès, y compris parmi les populations les plus à risque (*travailleuses du sexe et MSM*), aux principaux services liés à la prévention ont été matérialisées par l'élaboration de documents de politiques et stratégies *pour l'expansion des centres et services de dépistage volontaire (CDV et SDV), et pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME²⁹)*. En plus de ces documents, des outils de formation ont été élaborés et diffusés sur le CDV, la PTME, la prise en charge des IST chez les travailleuses du sexe ; la formation sur les IST, la PTME et les CDV dans toutes les régions qui disposent maintenant de sites fonctionnels pour la mise en œuvre de toutes ces stratégies préventives.

Il faut rappeler que le Sénégal a été l'un des premiers pays d'Afrique à mettre en place un *programme national de lutte contre les IST* et l'un des premiers à intégrer les IST dans ses services de santé primaires. Pour faire face à la menace du SIDA, le pays a entrepris depuis une décennie la formation à grande échelle des agents de santé dans le domaine de la prise en charge par syndrome des IST. La qualité des soins s'en est trouvée considérablement améliorée. La fourniture de conseils précis concernant les mesures de prévention dans l'avenir et la notification des partenaires s'est améliorée de manière encore plus spectaculaire.

²⁹ Les stratégies du programme PTME comprennent essentiellement les conseils et dépistages volontaires et gratuits lors des consultations prénatales (CPN), un régime court d'AZT ou de Névirapine pour femmes enceintes infectées par le VIH et pour les nouveau-nés, et la proposition de l'allaitement artificiel exclusif. Ainsi, dans le programme PTME du Sénégal, l'allaitement artificiel est une stratégie importante. Selon le rapport annuel 2003 du Fonds Mondial, il y est fortement recommandé.

Face à la stigmatisation, à la violence et aux discriminations auxquelles sont confrontées les travailleuses du sexe et les MSM, des programmes et des interventions spécifiques ont été développés à l'intention de ces deux groupes cibles, cela sous l'égide de la Division de Lutte contre le SIDA et les IST, appuyée par divers partenaires nationaux et internationaux. De manière générale, l'accès à la prévention pour ces deux groupes est pris en charge par des stratégies de communication pour le changement de comportement, la production et la diffusion de messages adaptés à ces cibles spécifiques, et la promotion du préservatif.

En ce qui concerne plus particulièrement le CDV, des stratégies novatrices ont été mises en œuvre pour améliorer les performances du conseil et du dépistage volontaire – notamment l'intégration des services de CDV dans les autres secteurs comme l'armée, les services médico-scolaires et les centres des jeunes adolescents ; ainsi que les stratégies avancées et le fait de profiter de toutes les occasions de mobilisation sociale pour proposer le dépistage volontaire.

Au Sénégal, *la gestion du risque lié au VIH* n'est pas spécifique et ne fait pas l'objet de procédures particulières. Les documents de politique mentionnent l'importance de maintenir dans les structures de santé l'entretien et l'organisation des services de telle sorte que le risque nosocomial soit le plus bas possible. La politique de prévention des accidents d'exposition au sang (AES) a démarré en 2004 au niveau national, et des directives nationales de prévention des AES pour le personnel de santé ont été élaborées et diffusées. Par contre, le Plan National de Gestion des Déchets Biomédicaux qui a également été élaboré, n'était pas encore diffusé en fin 2005.

Au Sénégal, *la sécurité transfusionnelle* est d'abord du ressort du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Celui-ci a pour fonction de ravitailler les banques de sang des structures hospitalières publiques et privées en produit non contaminé par le virus du SIDA. Il est appuyé dans cette mission par l'Etat et par la Coopération française. Le CNTS collabore étroitement avec le CNLS dans le cadre du PNMLS pour une meilleure sécurité de la transfusion sanguine. Depuis 1986, le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est systématique dans toutes les banques de sang du Sénégal.

Le *marketing social du préservatif* fait partie des programmes phares mis en place par le Ministère de la Santé du Sénégal pour réduire les comportements à risque de transmission des IST/VIH/SIDA au sein de la population générale, mais aussi chez les groupes vulnérables et les groupes à haut risque. L'augmentation de la demande et l'amélioration de l'accès sont les deux objectifs principaux visés par ce programme. Le premier objectif est atteint grâce à la mise en œuvre d'activités de communication (*interpersonnelle, de masse/média*), de formation, de plaidoyer et de relation publique. Quant au second objectif, il consiste à rapprocher le préservatif des utilisateurs effectifs et potentiels. En 2005, plus de 4.000 points de vente sont opérationnels sur le territoire national, avec une plus forte concentration dans les zones urbaines et périurbaines, ainsi que dans les zones considérées comme vulnérables.

Résultats obtenus dans le domaine de la prévention

Dans le cas particulier du Sénégal, les indicateurs disponibles renvoient davantage au processus qu'aux intrants ou aux résultats. Ces indicateurs renvoient aux différentes cibles couvertes par les activités de prévention, et ils documentent les différentes composantes de l'axe stratégique "Prévention" (*Prévention de la transmission sexuelle, Prévention de la transmission sanguine, Lutte contre les IST, CDV et PTME*).

Les interventions de cette composante ont été déroulées à travers toute une palette d'activités. Il s'agit plus particulièrement d'activités de conception, d'exécution et d'évaluation de programmes d'IEC en direction de populations cibles spécifiques ; d'activités de plaidoyer, de formation/renforcement des capacités ; du marketing social des préservatifs et de leur distribution ; d'activités visant à prévenir et à réduire la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant ; de la promotion et de l'amélioration de l'accès aux services de CDV ; de la sélection des donneurs et du contrôle de la qualité des produits sanguins destinés aux transfusions et l'amélioration des banques de sang. Ces interventions ont été réalisées par une diversité d'acteurs du secteur public et de la société civile, et elles ont nettement contribué à mobiliser la population sénégalaise autour de la problématique du VIH/SIDA et à répondre à certains des besoins essentiels des groupes vulnérables (*jeunes, femmes*).

Entre 2003 et 2004, 322 MSM et 14.419 travailleuses du sexe ont été sensibilisés sur la prévention du VIH, et 8.845.349 de préservatifs ont été distribués au sein de la population générale et des groupes cibles spécifiques. Sur la période allant de janvier 2003 à septembre 2005, un total de 25.719 sessions d'animation et de sensibilisation de masse ont été organisées, 549.572 adultes ont été sensibilisés lors des activités d'IEC/CCC, 36.590 membres d'ONG/OCB et de personnels ont été formés sur la prévention du VIH.

Entre 2003 et 2005, les différents *ministères et secteurs ministériels* ayant des plans d'actions de lutte contre le SIDA ont menés des activités portant essentiellement sur la prévention de la transmission sexuelle avec la formation de 15.776 agents, la sensibilisation de 72.884 personnes à travers des stratégies de mobilisation sociale et d'IEC/CCC, et le plaidoyer en direction des décideurs. En ce qui concerne plus particulièrement le *Ministère de l'Education*, l'ensemble des actions qu'il a réalisé entre 2003 et 2005, dans le cadre de son programme stratégique de prévention du VIH à l'école, s'est traduit par des résultats probants, dont entre autres, la formation de 7.091 enseignants (*sur un total de 32.257*) et de 52 prestataires sur l'approche par les compétences ; ainsi que la sensibilisation de 1.415 élèves et enseignants.

Entre 2003 et 2005, le *Ministère des Forces Armées* – représentant les Forces de Sécurité – a mis en œuvre une gamme variée d'activités essentielles de prévention allant bien au delà des seules actions de sensibilisation et de formation. Ainsi, en matière de dépistage, les activités réalisées ont porté sur la formation de 157 personnes en counseling et de 44 techniciens de laboratoire en technique de dépistage. Au cours de cette période, et sous l'égide de ce Ministère, 9398 personnes³⁰ ont été dépistées – ce

³⁰ Dont 180 populations civiles, dont l'inclusion dans les opérations de dépistage est effective depuis juin 2005.

qui constitue une réalisation très significative, si l'on considère que le nombre total cumulé de personnes dépistées au niveau national est d'environ 48000 (non compris les personnes dépistées dans les formations sanitaires privées) sur une population sexuellement active d'environ 4 millions de personnes. En matière de prévention de la transmission sexuelle, le secteur des Forces de Sécurité a formé 677 relais (infirmiers militaires et gradés de contact essentiellement), ce qui a permis de sensibiliser 10544 militaires et gendarmes en activité entre 2003 et 2005. En outre, entre 2004 et 2005, 4800 nouvelles recrues ont été sensibilisées sur les moyens de prévention et sur les modes de transmission du VIH/SIDA. Le Secteur a également procédé à la distribution de 486188 préservatifs et de 11800 supports (guides, dépliants, affiches, tee-shirts). Pour la PTME, 30 personnes ont été formées, et 5 sites sont opérationnels depuis juillet 2005 – ce qui a permis de dépister plus de 500 femmes enceintes.

Dans le cadre des interventions en direction des *jeunes*, 1.133 animations de masse et 6.859 causeries éducatives ont été organisées, 10.740 jeunes ont été formés sur les techniques d'IEC/CCC et 417.000 sensibilisés sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, ainsi que sur le conseil et le dépistage volontaire et anonyme. Environ 620.000 préservatifs et 50.000 supports promotionnels ont été distribués.

Pour répondre aux défis posés par la féminisation de l'épidémie, des activités ciblant spécifiquement les *femmes* ont été exécutées par le Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social. Dans la composante prévention de la transmission sexuelle, 15.000 femmes adultes, 5.000 adolescentes et 1.153 femmes leaders ont été sensibilisé lors d'activités d'IEC/CCC et de plaidoyer. Les sessions de formation ont concerné 273 femmes. 15.000 femmes et adolescentes ont été sensibilisées sur le dépistage volontaire et 8.154 femmes jeunes et adultes ont été dépistées lors des campagnes de mobilisation sociale.

En plus d'une augmentation des cibles couvertes, des avancées ont été enregistrées entre 2003 et 2005 dans la disponibilisation de structures d'offre de services de prévention. C'est ainsi que depuis le début des années 2000, on assiste à un renforcement du dispositif national de *lutte contre les IST*. En 2003, 29 centres de santé, 7 centres IST et 45 postes de santé ont bénéficié d'un renforcement de la prise en charge du diagnostic des IST, et plus particulièrement au dépistage sérologique de la syphilis chez la femme enceinte. Depuis 2004, le test de syphilis est effectué dans les laboratoires au niveau régional. La prévalence de la syphilis est désormais obtenue à partir des sérums collectés sur l'ensemble des 11 régions du Sénégal. Entre 2003 et 2005, plusieurs centaines de prestataires des niveaux central et régional ont été formés sur la prise en charge des IST.

En 2004, le programme de *prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME)* a démarré dans 3 régions pilotes. Ainsi, à cette date, 4 régions disposent de sites PTME (*Dakar, Thiès, Saint-Louis et Ziguinchor*). En fin 2005, 40 sites de PTME localisés dans 10 des 11 régions³¹ sont fonctionnels. Les données disponibles indiquent qu'il n'y a pas eu de grande avancée dans les performances du programme PTME du

³¹ Toutes les régions, à l'exception de Fatick.

PNMLS. En effet, le nombre de tests de dépistage réalisés de juin 2000 à septembre 2002 est de 10.338 pour 15.500 femmes ayant accepté le test, tandis que sur la période allant de septembre 2002 à novembre 2004, 10.733 tests ont été effectués pour 13.417 femmes l'ayant accepté. Entre 2003 et 2005, 20.371 femmes ont bénéficié du test VIH dans le cadre de la PTME, sur les 58.044 ciblées. Sur la même période, 287 prestataires ont été formés sur la stratégie PTME.

A propos du *conseil et dépistage volontaire (CDV)*, 9 centres de dépistages volontaires et anonymes (CDVA) opérationnels et 56 structures de dépistages volontaires (SDV) fonctionnelles ont été recensés en 2004 sur l'ensemble du territoire - soit au total 65 points de CDV, localisés dans toutes les régions du Sénégal, à travers 54 districts sanitaires. En fin 2005, le nombre est passé à 12 CDVA opérationnels dans 8 régions³² et 76 SDV fonctionnels dans les 11 régions³³. Entre 2002 et 2005, les différents sites de dépistage ont permis de tester 59.677 personnes - dont 23.118 en 2005, environ 15.000 en 2004 et plus de 9.000 en 2003.

S'agissant de la *prévention de la transmission par voie sanguine*, aucun cas de contamination n'a été recensé entre 1986 et 2004 au Sénégal, et tous les 35.000 dons de sang transfusés en 2004 ont été testés au VIH. De janvier à novembre 2004, 16 accidents avec exposition au sang (AES) ont été pris en charge. Dans le cadre de l'expansion des services, la Division de lutte contre le SIDA et les IST a prévu de construire trois nouvelles banques de sang.

3.3.2. Soins/traitements et appui

Politiques, stratégies et cadre d'intervention en matière de soins/traitements et appui

En matière de prise en charge des malades du SIDA, l'exemple du Sénégal est un modèle qui a eu beaucoup de succès, et qui a inspiré de nombreux pays à moyens limités dans la prise en charge du traitement sous ARV. *La politique de prise en charge sénégalaise se fait à travers l'ISAARV (Initiative Sénégalaise d'accès aux Antirétroviraux)*, qui est coordonnée par la Division de Lutte contre le SIDA et les IST (DLSI), et est pilotée par la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de l'hôpital Fann. Les *composantes de l'ISAARV* sont les suivantes : (1) Accès aux médicaments antirétroviraux (*traitement des enfants et des adultes infectés, prévention de la TME, prophylaxie après AES*) ; (2) Adhérence aux traitements et observance de ceux-ci ; (3) Surveillance de la résistance aux ARV ; et (4) Promotion des essais cliniques ARV.

En vue d'améliorer la qualité de vie des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le SIDA (OEV), le Sénégal a élaboré en 2005 un *Plan stratégique national sur les OEVS*. Dans ce contexte, une définition permettant un meilleur ciblage de ce

³² CDVA : 5 à Dakar, 1 à Ziguinchor, 1 à Kaolack, 1 à Saint-Louis, 1 à Louga, 1 à Fatick et 6 à Thiès.

³³ SDV : 19 à Dakar, 5 à Ziguinchor, 6 à Kaolack, 9 à Saint-Louis, 6 à Louga, 6 à Fatick, 2 à Matam, 5 à Diourbel, 6 à Tambacounda, 4 à Kolda et 8 à Thiès.

groupe particulièrement vulnérable a été retenue³⁴. Mais dès 2002 déjà, un Groupe de travail multisectoriel sur les OEV (GTMS) avait été mis en place, sous l'impulsion du SEN/CNLS. Ce GTMS réunit en son sein une diversité d'acteurs institutionnels et communautaires, ainsi que des partenaires connus pour leur engagement dans le domaine des enfants vulnérables.

Résultats obtenus en matière de soins/traitement et appui

Dans le cadre du PNMLS, les organismes publics et les acteurs de la société civile bénéficié de l'assistance technique et financière du CNLS pour élaborer et exécuter des plans d'action budgétisés. Dans le domaine de la prise en charge, les activités déroulées entre 2003 et 2005 par les organismes publics ont porté sur le diagnostic, le traitement et les soins au profit des patients infectés par le VIH – notamment la prise en charge des IST, des infections opportunistes, de la tuberculose et du traitement du VIH par la thérapie antirétrovirale. En ce qui concerne les organisations de la société civile, elles ont contribué au soutien/appui aux PVVIH surtout à travers des activités de soutien et d'accompagnement.

Au cours des dernières années, *l'ISAARV est parvenue à élargir le nombre de patients sous ARV*. En effet, le nombre de patients traités par mois est passé de 20 en 1998-2000 à 80 en 2001-2002, puis à 150 en 2003-2004. Entre 2003 et 2005, le nombre de patients inclus dans la prise en charge médicale et traités par ARV au Sénégal est passé de 1.350 à 3.622, dont 1.254 dans les régions hors Dakar (**VOIR FIGURE N° 2**). Sur la même période, 187 prestataires ont bénéficié d'une formation sur la prise en charge médicale des PVVIH. L'ISAARV est également parvenu à étendre le paquet de services offert dans le domaine de la prise en charge.

FIGURE N° 2 : REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE LA PRISE EN CHARGE PAR LES ARV



³⁴ Un OEV est défini comme "une personne âgée de moins de 18 ans, qui est infectée ou non par le VIH/SIDA, dont un des parents au moins est infecté par le VIH ou décédé, vivant dans un milieu affecté par le VIH/SIDA ou à risque" (Plan National d'Action du Sénégal pour la prise en charge des orphelins et enfants rendus par le VIH/SIDA au Sénégal 2005-2006).

Les résultats en terme de recrutement au Sénégal ont en grande partie été boostés par la *réduction drastique des coûts mensuels de la trithérapie ARV* supportés par les malades du SIDA. En effet, pour les patients éligibles à l'ISAARV, ces coûts sont passés de 190.000 FCFA pour les nantis et 40.000 FCFA pour les salariés en 1998, à 5.000 FCFA pour les salariés en 2003, puis à une *gratuité totale pour tous les patients éligibles depuis janvier 2004*, contribuant ainsi à une meilleure accessibilité aux traitements ARV. De plus, les ARV figurent désormais sur la liste des médicaments essentiels. Toutefois, la participation des malades à faible revenu est encore largement freinée par les coûts du bilan biologique.

Depuis deux ans, *l'ISAARV est entrain de mettre en œuvre sa décentralisation*. Le paquet de services à décentraliser inclut le dépistage sérologie VIH, le soutien psychosocial, le diagnostic et le traitement des infections opportunistes (IO), le traitement sous ARV de l'infection chronique chez l'adulte et chez l'enfant, la PTME et la prise en charge des AES. En 2005, la décentralisation de l'ISAARV est effective dans les 11 régions du Sénégal, mais pas pour tout le paquet de services. *A terme, l'objectif visé est d'assurer le traitement ARV jusqu'au niveau des districts sanitaires*. Mais en 2005, le traitement sous ARV se fait par le biais de l'hôpital régional, dont la pharmacie est approvisionnée par celle du CHU de Fann qui centralise la distribution des ARV au niveau national.

Dans chaque région, il existe un coordonnateur de la prise en charge, appuyé par une équipe de médecins, de pharmaciens et de travailleurs sociaux. Chaque région est parrainée par un expert du niveau national, et la Clinique des Maladies Infectieuses reste en contact avec les districts sanitaires grâce aux médecins chefs de région. Actuellement, *17 des 20 hôpitaux (85%) et 26 des 54 centres de santé (48%) offrent des services de prise en charge médicale et psychosociale aux PVVIH*.

Plusieurs partenaires au développement appuient le Programme national dans la prise en charge des PVVIH. A ce titre, ils financent entre autres la distribution gratuite de *médicaments contre les infections opportunistes*, la fourniture gratuite de *médicaments contre les candidoses*, la fourniture de *farine enrichie pour une distribution gratuite aux malades*.

En 2004, l'évaluation du Programme de prise en charge révèle un démarrage satisfaisant du volet *"prise en charge socio-économique des PVVIH et des orphelins du SIDA"*, qui donne des résultats encourageants. En effet, en 2004, 6.029 OEV ont bénéficié d'un appui nutritionnel, psychosocial et scolaire. Il faut néanmoins noter que le nombre d'orphelins affectés ou infectés ne cesse de croître régulièrement dans les régions, notamment dans celles de Matam, Tambacounda, Saint Louis, Kaolack et Ziguinchor.

Entre 2003 et 2005, des *activités de soutien et d'accompagnement des PVVIH* ont été menées aussi bien dans la région de Dakar que dans les autres régions du Sénégal, avec un *appui psychosocial* (visites à domiciles, visites intra-hospitalières, groupes de paroles, etc.) et une *prise en charge nutritionnelle* (séances d'éducation nutritionnelle, repas communautaires). En 2004, plus de 2.400 PVVIH ont bénéficié d'activités de sou-

tien/appui. En fin 2005, le nombre de PVVIH ayant bénéficié d'appui psychosocial s'élève à près de 10.000. En effet, tous les 6.070 PVVIH inscrits dans la file active suivie dans les structures sanitaires de l'ISAARV ont bénéficié d'un appui psychosocial, sous forme essentiellement de counseling. Des ONG et OCB nationales et locales ont également menées des activités de counseling, de formation en activités génératrices de revenus, d'appui au logement, à l'habillement, aux soins et à l'alimentation, de soutien au frais de transport ou à l'accès au traitement des infections opportunistes, ainsi que des visites intra-hospitalières ou à domicile (*appui psychosocial et affectif*) auprès d'environ 3.900 PVVIH. En définitive, il ressort qu'actuellement, des malades du SIDA reçoivent des soins médicaux et psychosociaux dans les 11 régions du Sénégal.

Les interventions concernant les PVVIH ont permis l'*émergence de nouvelles associations de PVVIH* dans certaines régions comme Saint Louis, Kaolack, Ziguinchor et Matam, avec l'appui des facilitateurs du CNLS et des services sociaux des hôpitaux. Cependant, peu d'entre elles ont bénéficié d'un appui financier, ce qui a créé une certaine démotivation et une déperdition chez leurs membres, constituant ainsi un point faible pour le Programme National. Au nombre des autres obstacles qui demeurent figurent la *stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA*, situations occasionnées d'une part par la méconnaissance des modes de transmission de la maladie et la perception négative des causes de transmission et, d'autre part, par la *pauvreté accentuée des patients atteints de cette maladie*. Cette situation entraîne pour la plupart des PVVIH, un dégoût de la vie et une démission totale face au mal qui les mine.

3.3.3. Participation de la société civile

La réponse au VIH/SIDA au Sénégal est caractérisée par une *forte implication des acteurs de la société civile dans la riposte nationale*. Dès le début, le SEN/CNLS voulait diversifier les activités des organisations de la société civile dans le cadre de la lutte, et les impliquer dans la prise en charge des PVVIH, cela en partenariat avec les régions médicales et les hôpitaux. Cette démarche était d'autant plus indiquée que le Programme ISAARV était en phase de décentralisation. Dans ce contexte, les organisations de la société civile avaient un rôle important à jouer dans la promotion du dépistage volontaire et l'émergence des associations de PVVIH.

Entre juillet 2003 et mars 2004, l'engouement des populations pour le PNMLS s'est traduit par près d'un millier de requêtes de financement soumis pour subventions au CNLS. Les projets initiés par les organisations de la société civile – ONG et OCB – étaient d'envergure nationale, régionale et locale. Afin de booster la réponse communautaire, les conditions d'accès avaient été assouplies pour les OCB. Après un processus participatif de sélection, le CNLS a alloué des fonds, sous forme de subventions, directement à plus de six cents organisations de la société civile afin de financer toute une série d'activités de prévention, de soins et d'assistance aux personnes infectées et/ou affectées par le VIH. D'autres acteurs de la société civile ont également été soutenus financièrement par des partenaires au développement tels que l'USAID, l'Union Européenne, le Fonds Mondial. *Au total, en 2005, 816 organisations communautaires de base et organisations non gouvernementales sont actives dans la réponse nationale au VIH/SIDA.*

Pour marquer sa volonté de mener la lutte au niveau communautaire, le PNMLS a mis en place des *organes impliquant les principaux acteurs et allant du niveau national jusqu'à l'échelle communautaire*, à travers les Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS), les Comités Départementaux de Lutte contre le SIDA (CDLS), les Comités Locaux de Lutte contre le SIDA (CLLS), les Comités Techniques Restreints (CTR) et les Comités régionaux de sélection de projets.

L'approche retenue par le CNLS pour assurer une participation active de la société civile et des communautés a largement contribué à impulser une nouvelle dynamique à la lutte contre le SIDA au Sénégal, en étendant la réponse à l'ensemble du pays, avec l'implication d'une grande variété d'acteurs.

Entre 2004 et 2005, les *interventions des organisations de la société civile et des communautés* ont couvert toutes les régions du pays, avec une concentration plus importante dans les régions de Matam, Dakar, Thiès et Diourbel. Ces interventions ont essentiellement été axées sur la *composante prévention*, avec une forte prépondérance de la prévention de la transmission sexuelle. Quoique relativement peu nombreuses, les interventions de la société civile ont également porté sur la prévention de la transmission sanguine, la PTME, la promotion du CDV. Au niveau régional, cela se justifie d'une part par la faible implication des autorités locales dans les activités de plaidoyer pour le dépistage volontaire, et d'autre part par les compétences limitées des OCB pour intégrer dans leurs plans d'actions des activités de prise en charge et la PTME.

Les stratégies les plus utilisées par ces organisations étaient la sensibilisation, la mobilisation sociale, la formation et le plaidoyer à l'endroit des leaders communautaires et religieux. Sur la période 2004-2005, les projets des acteurs de la société civile qui interviennent dans la sensibilisation ont davantage privilégié les zones urbaines et périurbaines. De plus, ils ont surtout visé les jeunes. A ceux-ci s'ajoutent d'autres cibles, certes beaucoup moins couvertes, telles que les femmes, les PVVIH réunis en réseaux ou en associations, les religieux, les tradipraticiens, le milieu du travail, les médias et les artistes.

En ce qui concerne *la prise en charge*, les interventions des organisations de la société civile ont été relativement peu nombreuses. Et là où elles ont lieu, les activités ont porté essentiellement sur l'appui technique et institutionnels d'associations de PVVIH, la formation en activités génératrices de revenus, l'appui au logement, à l'habillement, aux soins et à l'alimentation, l'appui psychosocial et affectif, et la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables.

Pour accompagner cette participation de la société civile au PNMLS, le CNLS a procédé au renforcement des capacités techniques et de gestion financière des acteurs par la supervision formative et le suivi de leurs activités par les CTR, qui appuient les facilitateurs et les comptables régionaux.

En 2005, le SEN/CNLS et les acteurs de la société civile ont mis en place un Cadre de Référence des Interventions de la Société Civile (CRISC). Ce mécanisme devrait permettre un échange régulier, renforcer la transparence lors des sélections de projets et rendre plus efficaces les mécanismes de suivi des interventions des acteurs à tous les niveaux. Il est d'autant plus idoine qu'actuellement, le CNLS a décidé d'accorder une plus grande attention à la qualité et à la coordination des interventions de la société civile, à la sélection des ONG et au ciblage (*groupes à haut risque, régions et zones mal desservies, régions à fort taux de prévalence*).

Dans le secteur privé, 48 entreprises du secteur formel ont eu à élaborer et à exécuter un programme de lutte contre le VIH sur le lieu du travail en 2004. Ce nombre est passé à 65 en mi-2005 et à 72 en fin 2005. Un cadre de concertation des intervenants du secteur privé a aussi été mis en place pour renforcer le partenariat entre le SEN/CNLS et les entreprises du secteur privé, avec pour socle la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, qui a la capacité de mobiliser les 12.000 entreprises du secteur formel et informel pour l'intégration de la lutte contre le VIH/SIDA dans leur politique de protection sociale des travailleurs.

3.3.4. Connaissances et évolution du comportement

Dans un pays tel que le Sénégal, présentant une épidémie de type concentré parmi les populations les plus à risque – les travailleuses du sexe et les MSM en l'occurrence, les niveaux de connaissances et les tendances comportementales au sein de ces groupes sont beaucoup plus révélateurs de la qualité des interventions et des avancées enregistrées dans la riposte nationale au VIH/SIDA. En effet, dans le contexte, ces deux groupes de population sont beaucoup plus susceptibles d'adopter généralement des comportements à haut risque d'une part, et ils sont souvent mis en marge de la société, et rencontrent d'autant plus de difficultés lorsqu'il s'agit pour eux d'accéder à l'information, aux produits et aux services susceptibles de réduire le risque d'infection.

En ce qui concerne spécifiquement *les professionnelles du sexe*, il faut rappeler que leur enregistrement était systématique au Sénégal depuis plus de quinze ans déjà, au moment de l'apparition du SIDA. Les travailleuses du sexe enregistrées étaient tenues de subir des contrôles sanitaires réguliers et les IST étaient soignées le cas échéant. De ce fait, ces travailleuses du sexe étant régulièrement en contact avec les services de santé, il était facile de surveiller la propagation de l'infection à VIH dans ce groupe.

Il s'est rapidement avéré que les professionnelles du sexe sont particulièrement exposées tant au risque de contracter le VIH que de le transmettre à leurs clients. Des interventions de prévention axées sur la promotion de l'utilisation du préservatif ont été immédiatement mises en place. L'une des difficultés auxquelles ces interventions ont été – et sont toujours confrontées est le fait qu'une part non négligeable de la prostitution se déroule dans la clandestinité, et il est difficile de connaître exactement le nombre des travailleuses du sexe non enregistrées. Toutefois, on estime qu'elles sont au moins aussi nombreuses que celles qui le sont.

Les campagnes d'information et de promotion du préservatif destinées aux travailleuses du sexe semblent avoir été encore plus efficaces. Une étude réalisée en 2003 au Sénégal auprès de 240 travailleuses du sexe (171 officielles et 69 clandestines) a montré que 86,6% d'entre elles avaient utilisé un préservatif avec leur dernier client en date et 75,1% d'entre elles l'ont utilisé systématiquement avec leurs clients lors de la dernière semaine de travail (*CCISD/SIDA 3, 2005*). Les travailleuses sexuelles officielles ont beaucoup plus tendance à utiliser systématiquement le préservatif avec les clients que les travailleuses du sexe clandestines (89,8% contre 37,9%). Partout dans le monde, les travailleuses du sexe utilisent généralement moins le préservatif avec leurs partenaires non payants qu'avec leurs clients, et le Sénégal ne fait pas exception : seules 30,2% des travailleuses du sexe utilisent toujours le préservatif avec leurs partenaires non payants.

Un quart des travailleuses du sexe interrogées a déclaré avoir eu un antécédent d'IST dans le passé, et 11% ont déclaré en souffrir au moment de l'enquête. Lors de la survenue des symptômes évocateurs d'IST, la majorité de ces travailleuses du sexe (95,4%) a déclaré avoir eu recours aux structures de santé conventionnelles. Toutefois, des cas d'automédication et des consultations auprès de tradipraticiens ont été notés. Les précautions prises par les travailleuses du sexe pour éviter de transmettre l'infection à leurs partenaires ont été l'abstinence, l'utilisation de préservatifs et la prise de médicaments. Cependant, 3% d'entre elles ont déclaré n'avoir pris aucune précaution.

Chez les travailleuses du sexe, les prévalences notées à la suite d'un test de dépistage de *Neisseria gonorrhoeae* (NG) et de *Chlamydia Trachomatis* (CT) ont été respectivement de 7,1% et 4%. Les travailleuses du sexe clandestines sont plus touchées que les officielles, avec des prévalences qui varient presque du simple au double selon la catégorie (5% *vs* contre 2,5% pour la prévalence de CT ; 9,6% *vs* contre 5,6% pour la prévalence de NG). 95% des travailleuses du sexe ayant eu un résultat CT/NG positif avaient pourtant déclaré ne pas présenter de signes d'IST au moment de l'enquête.

Parmi les travailleuses du sexe qui n'ont pas utilisé systématiquement le préservatif avec les clients au cours de la dernière semaine de travail, 19,3% sont infectées par le VIH, et 11,1% sont CT+ et/ou NG+. Par ailleurs, 21,9% des travailleuses du sexe n'ayant pas utilisé le préservatif avec le dernier client sont VIH+ avec une prévalence de CT et/ou de NG à 12,5%. 25,7% des travailleuses du sexe n'utilisant pas systématiquement le préservatif avec leurs partenaires non payants sont VIH+ et la prévalence de CT et/ou de NG dans ce groupe est de 10,9%. Enfin, 26,6% des travailleuses du sexe n'ayant pas utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec leurs partenaires non payants sont VIH+ et 11,4% d'entre elles sont CT+ et/ou NG+.

Les interventions en direction des *hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes* (MSM) sont beaucoup plus récentes que celles en direction des travailleuses du sexe. En effet, elles remontent à 2002-2003, et font suite aux études effectuées à la demande du Programme National de Lutte contre le SIDA, pour obtenir des informations fort utiles sur les besoins, comportements, connaissances et attitudes des

MSM. Dans une enquête effectuée en 2004 au Sénégal auprès de 463 MSM, 94,1% d'entre eux ont déclaré avoir déjà eu un rapport sexuel avec une femme ([Wade et al., 2005](#)), preuve que les MSM sénégalais sont en général bisexuels. Interrogés sur leurs pratiques sexuelles, les MSM ont davantage fait mention de pratiques "*insertives*" (43% *des cas*), suivies de pratiques "*réceptives*" (34,3%) et de rapports hétérosexuels (32,8%). La pratique du sexe "*oral*" a été rapportée par un quart des répondants. Pour chacune de ces pratiques sexuelles, l'utilisation irrégulière - autrement dit non systématique - du préservatif lors du dernier mois varie entre 53,9% à 94,1% - elle atteint un maximum lorsqu'il s'agit de sexe "*oral*". Au cours du mois précédent l'enquête, environ un quart des MSM enquêtés aurait eu au moins un rapport insertif non protégé avec un partenaire masculin, un cinquième d'entre eux aurait eu au moins un rapport réceptif non protégé avec un partenaire masculin, et 18% d'entre eux aurait eu au moins un contact sexuel non protégé avec un partenaire féminin. En outre, près d'un MSM sur quatre rapporte des rapports homosexuels et hétérosexuels au cours des 12 mois considérés, parmi lesquels 44% n'ont pas systématiquement utilisé le préservatif, ni avec les hommes, ni avec les femmes.

Chez les MSM ayant fournis des échantillons d'urine, 4,1% et 5,4% ont été testés positifs pour le CT et le NG. 35,1% des répondants ont fait mention de signes évocateurs d'IST, dont les plus fréquents étaient les écoulements génitaux (24,6%) et les douleurs en urinant (20,5%). Les proportions de répondants qui ont déclaré n'avoir subi aucun diagnostic ni traitement à la suite des symptômes évocateurs d'IST dépendent des signes constatés, et varient de 15,8% pour les écoulements génitaux à 38,5% pour les douleurs testiculaires. A peine un dixième des enquêtés s'est soumis à un dépistage du VIH avant l'étude. Toutefois, la plupart des MSM testés lors de l'enquête (93,2%) sont revenus chercher leur résultat.

IV. PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRÉS ET ACTIONS NECESSAIRES POUR ATTEINDRE LES BUTS/LES OBJECTIFS DE L'UNGASS

En dépit des succès obtenus par le Sénégal en matière de riposte nationale face au VIH/SIDA, *un certain nombre de défis stratégiques demeurent posés*, qu'il faudrait adresser dans les meilleurs délais pour garantir l'efficacité et l'efficience des interventions en matière de lutte contre le SIDA, assurer la pérennité des acquis, atteindre les résultats visés par le PNMLS et les objectifs de l'UNGASS. Les principaux défis identifiés et des propositions d'actions qui pourraient être menées pour les surmonter sont présentés ci-dessous.

(1) Un ciblage insuffisant des zones et des groupes à haut risque (MSM et travailleuses du sexe), malgré le nombre important de sessions de sensibilisation de masse et de formation. Jusque là, la réponse nationale a été marquée par un déséquilibre dans la prise en charge des composantes du PNMLS, et une prédominance des interventions en zone urbaine et périurbaine, au détriment des zones rurales où la vulnérabilité économique et les difficultés d'accès aux services sociaux de base sont très prononcées.

- Sur la base des résultats des études sur les cartographies de la vulnérabilité, des offres de services et des interventions de lutte contre le VIH/SIDA, le SEN/CNLS a pu définir, en 2005, de nouvelles procédures de sélection des organisations de la société civile pour un meilleur ciblage des interventions sur les groupes et les zones prioritaires. Le même exercice est en cours pour le secteur privé. Une exploitation judicieuse – par tous les acteurs de la réponse nationale – de ces deux outils devrait assurer un meilleur ciblage des interventions futures de la société civile et du secteur privé, la révision des plans d'actions des secteurs publics et des unités de coordination régionale, grâce à une meilleure identification des groupes cibles et des zones nécessitant des interventions prioritaires dans les 11 régions du Sénégal.

(2) Une intégration insuffisante entre les activités d'IEC/CCC et celles liées à la réduction de l'impact de l'épidémie sur les personnes infectées ou affectées. De plus, on note un impact insuffisant des projets de prise en charge des PVVIH et des OEV, qui donnent exclusivement la priorité à l'assistance.

- Dans le cadre des interventions futures, le Programme devrait concentrer ses efforts sur la mise en œuvre d'activités de prévention dont le but est de réduire la vulnérabilité à l'infection par le VIH, la mise en œuvre de stratégies de réduction de l'impact du SIDA sur les personnes infectées ou affectées, avec une prise en charge durable et de qualité des PVVIH et des OEV. A cet effet, étant donné que la majorité des PVVIH, économiquement démunies, ont du mal à faire face aux coûts du bilan de suivi clinique et des médicaments contre les infections opportunistes, l'Etat pourrait, à l'instar des ARV

et dans un souci d'équité, mettre en place une approche efficace et durable de subventions de ces charges actuellement à la charge des malades. Dans le cadre de l'appui et du soutien aux PVVIH, des opportunités d'emploi pourraient être exploitées au niveau du secteur public, du secteur privé et des institutions d'appui au développement.

(3) Des performances encore limitées du Programme National en termes d'utilisation des services de dépistage et de PTME, au regard de la population à couvrir. En effet, malgré des investissements importants, les services de CDV n'ont été utilisés jusque là que par 59.667 sénégalais pour une population sexuellement active estimée à 4.000.000 de personnes, et ceux de PTME par 20.371 femmes enceintes sur une cible d'environ 370.000 grossesses attendues par an.

- Le Programme National devrait procéder à une meilleure planification des interventions axée sur l'atteinte d'objectifs quantitatifs plus ambitieux en matière de CDV et de PTME. Les interventions à venir devraient mettre plus d'accent sur la promotion du CDVA et de la PTME. La décentralisation de la prise en charge des malades du VIH et de la gestion des ARV, notamment vers les structures départementales de santé devrait être renforcée. Il faudrait également renforcer l'effectivité de la PTME au niveau du département.

(4) Une production insuffisante de supports de transmission de données (rapports périodiques d'activités, bilans annuels, etc.) à soumettre aux membres du CNLS, aux partenaires et au grand public. Durant les deux premières années de mise en œuvre du PNMLS, les experts du SEN n'ont pas élaboré de manière systématique les rapports trimestriels et les rapports annuels de 2003 et de 2004.

- Le Programme National devrait accorder une plus grande importance à la documentation, en mettant l'accent sur la couverture des interventions, les résultats des actions du niveau central au niveau communautaire, la compilation des données quantitatives sur des périodes harmonisées et la production d'indicateurs nationaux, ventilées par sexe, âge, milieu de résidence, etc. Entre autres avantages, cela permettrait non seulement une meilleure visibilité du Programme auprès des acteurs nationaux et des partenaires techniques et financiers au développement, mais aussi un suivi rapproché de la mise en œuvre du PNMLS et des projets d'appui.

(5) Hormis quelques exceptions, une insuffisance générale dans les capacités des acteurs de la réponse nationale, notamment ceux de la société civile, en matière de documentation des activités, d'analyse et d'interprétation des données, et d'évaluation participative.

- Le Programme National devrait procéder au renforcement des capacités de la société civile et du secteur public en matière de suivi des activités, à l'analyse et l'interprétation des données, et la documentation des meilleures pratiques. Pour ce faire, le Programme National pourrait, entre autres possibilité,

contractualiser avec les ONG d'encadrement d'envergure nationale et ayant une expertise avérée dans ces domaines.

(6) Une trop grande implication de la structure nationale de coordination dans les activités d'exécution. En effet, les nombreuses sollicitations des partenaires ont transformé le SEN/CNLS en une véritable administration, qui s'implique davantage dans la mise en œuvre des activités opérationnelles, cela au détriment de sa fonction principale de coordination de l'exécution des différentes composantes du Programme National.

- Pour une plus grande efficacité et efficience de la coordination de la mise en œuvre du PNMLS, un recentrage du rôle du SEN/CNLS et des tâches dévolues à son staff est indispensable. Par ailleurs, les mécanismes de coordination entre le SEN/CNLS et les différents acteurs – aussi bien locaux, nationaux qu'internationaux – devraient être renforcés, en mettant l'accent sur les "Trois Principes Directeurs" ("*Three Ones*"³⁵).

(5) Des insuffisances assez sérieuses ont été enregistrées dans l'approvisionnement et la distribution des ARV, des réactifs et autres produits de laboratoire au niveau national. Au nombre de ceux-ci figurent la lourdeur des procédures et mécanismes de commandes et de distribution, les ruptures de stock, et la faiblesse des moyens logistiques pour l'acheminement des produits dans les régions. Ces insuffisances mettent les PVVIH dans des situations assez préjudiciables pour leur santé.

- Les faiblesses relevées pourraient être résolues grâce à une meilleure opérationnalisation des procédures et mécanismes élaborées pour l'acquisition efficace, la gestion efficace et une meilleure traçabilité des ARV, des réactifs et autres produits de laboratoire.

(6) Une utilisation particulièrement limitée des informations stratégiques pour la planification et la mise en œuvre des interventions. Le système de suivi en place produit des données actualisées, mais n'a pas été utilisé pour la production de rapports pour la prise de décisions par les acteurs clés du Programme National aux niveaux central, régional et communautaire. En outre, il se focalise davantage sur les indicateurs d'intrants/de processus plutôt que sur des indicateurs de résultats. Enfin, les dénominateurs de certains indicateurs-clés du Programme ne sont pas précisés de manière claire.

- Il y a lieu de renforcer le système de suivi-évaluation par l'utilisation de données disponibles comme base de prise de décision et de planification et une définition plus claire des dénominateurs des indicateurs de résultats du Programme National. En outre, afin d'assurer la documentation de la mise en œuvre et de la mémoire institutionnelle du Programme National, et de ce fait renforcer la crédibilité en interne et en externe du SEN/CNLS, le système de

³⁵ Les **Trois Principes Directeurs** : (1) Un «cadre d'action contre le VIH/SIDA dans lequel intégrer la coordination des activités de tous les partenaires» ; (2) Un «organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA à représentation large et multisectorielle» ; (3) Un «système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays». (ONUSIDA, 2005).

suivi-évaluation du PNMLS devrait élaborer régulièrement des rapports techniques trimestriels et annuels.

(7) L'implication du secteur public dans la riposte nationale tarde à se traduire par la mobilisation et la mise à disposition de ressources propres. Chaque ministère est supposé s'impliquer dans la lutte et prévoir des dotations budgétaires spécifiques à la lutte contre le SIDA, et ainsi dégager des ressources propres pour pouvoir se prendre en charge. En 2004, seuls trois ministères ayant une convention de financement avec le SEN/CNLS allouaient un budget à la lutte contre le SIDA (*Santé, Éducation et Famille*). Une évolution assez encourageante dans l'ensemble a été notée en 2005 : 12 ministères sur les 19 impliqués dans le PNMLS – soit 63 % d'entre eux – prévoient une dotation budgétaire pour la lutte contre le SIDA : le Ministère de la Santé, le Ministère de l'éducation, le Ministère de la Famille, le Ministère de l'Industrie et de l'Artisanat, et les 8 ministères du Secteur Travail. Malgré cette avancée, l'implication du secteur public dans la riposte nationale gagnerait à être renforcé et à être étendue jusqu'au niveau déconcentré.

- En vue de renforcer les capacités des ministères clés listés dans le PNMLS à répondre aux défis posés par la pandémie, et leur permettre de prendre en charge les frais liés aux charges de fonctionnement et de formation de leur personnel, l'Etat devrait leur allouer une dotation budgétaire propre aux activités de lutte contre le VIH/SIDA.

V. APPUI NÉCESSAIRE DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT DANS LE PAYS

Les partenaires au développement pourraient soutenir techniquement et financièrement le CNLS et le SEN dans :

(1) Le ciblage des stratégies et des zones géographiques : les partenaires techniques et financiers du PNMLS devraient tous concentrer leurs efforts sur la mise en œuvre d'activités de prévention dont le but est de réduire la vulnérabilité à l'infection par le VIH, la promotion du CDVA et de la PTME, la mise en œuvre de stratégies de réduction de l'impact du SIDA sur les personnes infectées et affectées avec une prise en charge durable et de qualité des PVVIH et des OEV ;

(2) La consolidation des efforts de renforcement de capacités des acteurs, en particulier les ONG et les OCB, sur les bonnes pratiques de communication pour le changement de comportement et les aspects de planification, gestion, exécution et documentation des activités, à travers un partenariat avec les ONG d'encadrement ;

(3) L'amélioration constante de la qualité de la supervision et du suivi-évaluation, et cela à tous les niveaux ;

(4) Le développement d'une meilleure articulation entre les districts sanitaires, les secteurs publics et les organisations de la société civile et les communautés impliqués dans la réponse, pour que ces dernières contribuent à l'amélioration de la fréquentation des structures sanitaires et à l'utilisation des services de prévention et de prise en charge ;

(5) Le renforcement des mécanismes d'échanges, de concertation et de coordination entre les différents acteurs (*partenaires internationaux, partenaires locaux*) en promouvant et en soutenant la mise en œuvre des "Trois Principes Directeurs" ;

(6) Le renforcement de la performance du système national de suivi national, afin de disposer à tout moment de l'état d'exécution du PNMLS et des programmes des partenaires, les progrès réalisés, les résultats obtenus, détecter les problèmes et leur apporter une solution en temps réel, et assurer une planification axée sur les résultats.

VI. CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

En matière de lutte contre le VIH/SIDA, le Sénégal dispose d'un Plan de Suivi-Evaluation (S&E) de la stratégie nationale, plan qui est partie intégrante du Manuel de mise en œuvre du PNMLS. Dans le cadre de ce Plan de S&E, le suivi vise la mise à disposition en permanence d'informations en retour sur l'exécution du Programme National aux responsables et aux autres parties prenantes, et la mise en place de signaux devant permettre au SEN/CNLS de procéder aux ajustements nécessaires en temps opportun.

Entre autres, ce suivi porte sur les performances des acteurs publics, privés et communautaires, ainsi que de leur niveau de participation. Chaque acteur disposant d'un plan d'action ou d'un projet accepté, validé et financé dans le cadre du Programme National, ainsi que chaque démembrement du CNLS, fait l'objet d'un suivi de ses performances. En ce qui concerne les ONG, les OCB et les communautés, leurs critères de performance sont mentionnés dans les conventions les liant au Programme National. Quant aux Ministères Techniques, leur suivi se fait sur la base de leur plan d'actions. Le suivi des comités (CRLS, CDLS et CLLS) ainsi que celui du Ministère de la santé et des Instituts de référence se font au travers du respect des délais de mise en œuvre de leurs activités prévues dans leur plan de travail, notamment en ce qui concerne la mise à la disposition de l'Unité de S&E (USE) du SEN/CNLS des données des programmes, des informations médico-sanitaires et des résultats des enquêtes et études susceptibles de concourir à l'atteinte des objectifs du Programme.

La collecte des données est faite par les différents acteurs du Programme National, depuis le niveau national jusqu'au niveau communautaire (*points focaux des secteurs ministériels, services déconcentrés des Ministères Techniques, ONG, OCB, CRLS, CDLS, UAR, CTR*). Ces données doivent être valides, fiables et accessibles. Le suivi impliquant un important travail de stockage et de centralisation des données, le SEN/CNLS s'est doté d'un logiciel de base de données flexible et adapté à la gestion du Programme National, nommé *Hiproject*. Ce logiciel permet de traiter aussi bien les données techniques que les données financières du Programme National – du niveau national jusqu'au niveau communautaire. Dès le départ, le SEN/CNLS a veillé à obtenir un consensus avec les différents partenaires au développement dans la standardisation des indicateurs-clés du PNMLS. Au terme d'un processus participatif de sélection, 20 indicateurs-clés acceptés de tous les intervenants, ont été retenus, à côté de ceux spécifiques à chaque programme d'intervention des partenaires.

Entre 2003 et 2005, *le système national de suivi-évaluation* (SNSE) du Sénégal a parcouru un processus important de développement et d'extension. D'ailleurs, en 2005, il a été identifié comme meilleure pratique par le "*Global AIDS Monitoring and Evaluation Team*" (GAMET). Parmi les avancées notables qui ont été enregistrées au cours de cette période, il y a le fait que le SNSE soit passé d'un système de S&E des acteurs recevant un financement du SEN (*crédit IDA/Banque Mondiale, Fonds Mondial*) à un système centralisant dans *Hiproject* les données d'une multiplicité d'intervenants nationaux et internationaux. Grâce aux activités de communication et

de plaider de l'USE du SEN, le SNSE et les "Trois Principes Directeurs" ("*Three Ones*") sont mieux connus par les différentes parties prenantes de la réponse nationale au VIH/SIDA. Au niveau central, le Manuel de Suivi-Évaluation a été révisé, et il est prévu de le partager avec les acteurs de la société civile. Au niveau décentralisé, le Programme National est parvenu à une standardisation du système de remontée des données grâce, d'une part, à l'appropriation du logiciel Hiproject par les UAR et, d'autre part, par la flexibilité et la simplicité des outils de suivi, éléments qui ont facilité leur utilisation par les bénéficiaires. Il reste à initier cette standardisation avec les autres partenaires au développement.

L'ensemble des mesures prises a permis de rendre plus efficace le système de collecte et de remontée des données d'une manière générale, à partir des points focaux et des unités d'appui régionales. En conséquence, le suivi des performances des acteurs s'est nettement amélioré avec l'augmentation des taux de complétude des données collectées et la transmission plus systématique des outils de collecte par les bénéficiaires de financement du secteur public et de la société civile. Alors qu'en 2004, des données provenant de 60% des départements ministériels et de près de 70% des bénéficiaires de la société civile ont été reçues, en 2005, les taux de complétude sont de 80% pour les fiches de suivi mensuel des activités et de 68% pour les rapports trimestriels.

Actuellement, l'intégration des données du Secteur Santé dans la base de données centralisée Hiproject est en cours, avec la formation des acteurs et la diffusion des outils de collecte au niveau des structures sanitaires. Cette intégration est d'autant plus importante que ce secteur fournit plus de 70% des indicateurs du PNMLS. Il faut cependant noter que la remontée des données concernant les activités réalisées au niveau des districts sanitaires et des régions médicales vers le niveau national est souvent lente et n'est pas toujours exhaustive.

Le suivi de l'évolution de la riposte dans les zones d'intervention et des impacts prévus est effectif au Sénégal. En effet, la *surveillance sentinelle* est menée de manière régulière (*tous les deux ans en moyenne*) et elle produit des résultats fiables. D'ailleurs, elle est un modèle de référence pour la sous-région. Toutefois, compte tenu du profil épidémiologique du Sénégal (*épidémie concentrée*), il y a un besoin de rationalisation des groupes sentinelles et d'évaluation du protocole. Il faut noter que les données pour l'année 2004 ne sont pas encore sorties. En outre, au regard des contraintes de ressources financières actuelles, il serait opportun de mener la surveillance sentinelle sous son format classique dans une périodicité plus espacée. Toutefois, afin d'analyser les tendances actuelles, il est important de disposer des données sur les femmes enceintes pour les années 2004 et 2005. Plusieurs enquêtes et groupes cibles existent pour la *surveillance comportementale*, mais leur conduite n'est pas faite à des cycles réguliers, et l'utilisation des données est faible. Dans un souci de rationalisation des ressources et de qualité de l'information produite, il serait indiqué de revoir la sélection des cibles et d'opter pour la stratégie la plus appropriée entre la surveillance combinée et la surveillance comportementale. Des études et enquêtes telles que *l'EDS IV*, *l'enquête UNGASS 2004* et *l'enquête ISAARV* ont été réalisées et les rapports ont été largement disséminés au niveau de tous les acteurs nationaux.

Les données majeures susmentionnées témoignent sans aucun doute des performances enregistrées par le SNSE, et cela sur une période pourtant relativement courte. Cependant, *un certain nombre d'insuffisances demeurent dans la gestion du système de suivi*, et la plus importante est que le SEN et les acteurs clés du PNMLS n'utilisent pas de manière optimale les données disponibles comme outil de gestion, de communication et de prise de décision. Les supports de transmission de données aux membres du CNLS, aux partenaires et au grand public ne sont pas élaborés de manière régulière, et durant les deux premières années de mise en œuvre du PNMLS, les experts du SEN n'ont pas élaboré de manière systématique les rapports trimestriels et les rapports annuels de 2003 et de 2004.

Les acteurs de la mise en œuvre ont aussi exprimé le *souhait d'un processus participatif d'harmonisation et de révision des outils de collecte des données*. De plus, on constate une insuffisance générale dans leurs capacités de documentation des activités, d'analyse et d'interprétation des données, et d'évaluation participative.

Dans l'optique d'améliorer le SNSE, *un certain nombre de mesures correctrices devraient être mises en œuvre*, avec l'appui des partenaires techniques et financiers du PNMLS, notamment :

- La communication/plaidoyer par rapport au système de S&E par la structure nationale de coordination et ses organes déconcentrés, afin d'amener tous les acteurs dans l'esprit des "Trois Principes Directeurs" ;
- L'harmonisation/révision des outils de collecte des données de suivi technique avec tous les acteurs de la société civile et les partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine du VIH/SIDA ;
- Le développement et la mise en œuvre de protocoles simplifiés d'évaluation participative ;
- Le renforcement des capacités des acteurs et des membres des CTR dans la documentation des activités, l'analyse et l'interprétation des données et l'évaluation participative, par supervisions formatives intégrées et par ateliers de formation ;
- La collaboration étroite avec la Division de Lutte contre le SIDA et les IST pour la remontée des données du suivi à la Direction Régionale de la Santé et leur intégration dans Hiproject.

BIBLIOGRAPHIE

Alliance internationale contre le VIH/SIDA et Conseil international des ONG de lutte contre le SIDA, 2005. Document de discussion : *La société civile et les « Trois principes directeurs »*.

Banque Mondiale – 2004. *World Fact Book : Projections pour les années 2000-2045.*

Banque Mondiale – 2005. *Rapport de la mission de revue à mi-parcours du Projet Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA du Sénégal, octobre 2005.* Dakar, Sénégal – 18 p. + annexes.

Banque Mondiale/Senegal Office – 2005. *Rapport de la Mission de Revue à Mi-Parcours du Projet Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA – Octobre 2005.* 18 p. + annexes.

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) : Rapport préliminaire – juillet 2005.* MSMP/CNLS/DLS-Measure DHS+-ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, 42 p.

Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal – 2002. *Bulletin séro-épidémiologique n° 9 de surveillance du VIH – Mars 2002.* Dakar, MSPM-FHI-CDC, 51 p.

Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal – 2004. *Bulletin séro-épidémiologique n° 11 de surveillance du VIH – Septembre 2004.* Dakar, MSPM-FHI-CDC, 53 p.

Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal – 2005. *Cartographie des offres de services liées au VIH/SIDA au Sénégal : rapport provisoire. Cadre de référence des interventions de la société civile dans la réponse globale au VIH/SIDA.* République du Sénégal-Primature-FHI-USAID-Banque Mondiale, octobre 2005, 99 p.

Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal – 2005. *Cartographie des interventions : rapport final. Cadre de référence des interventions de la société civile dans la réponse globale au VIH/SIDA.* République du Sénégal-Primature-FHI-USAID-Banque Mondiale, novembre 2005, 130 p.

Conseil National de Lutte contre le SIDA/Sénégal, 2003. *Manuel de Mise en Œuvre du Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le SIDA – Tome 1.*

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.*

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

Laurent, C., Seck, K., Coumba, N., Kane, T., Samb, N., Wade, A., et al. – 2003. "Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections, and risk behaviours in un-registered sex workers in Dakar, Senegal". *AIDS*, 17(12), 1811-1816.

Ndoye, I. – 1995. *La prostitution au Sénégal.* Dakar, Sénégal.

Ndoye, I. - 2005a. *“La lutte contre le SIDA au Sénégal : situation actuelle, défis et perspectives”*. Présentation Power Point du Dr Ibra Ndoye, Secrétaire exécutif du CNLS, janvier 2005.

Ndoye, I. - 2005b. *“Introduction de la Revue à Mi-Parcours du Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA 2002-2006”*. Présentation Power Point du Dr Ibra Ndoye, Secrétaire exécutif du CNLS, octobre 2005.

Niang, C., I., Moreau, A., Bop, C. et al. - 2004. *“Targeting vulnerable groups in the Multi-Country HIV/AIDS Program (MAP) for the Africa Région : the case of Men who have Sex with Men”*. Rapport Final Sénégal, Burkina Faso, Gambie. Janvier 2004. 65 pages.

Niang, I., C., Diagne, M., Niang, Y., Moreau, A., M., et al. - 2002. *Satisfaire aux besoins de santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal*. ISE/UCAD-CNLS-Horizons Program/Population Council. Septembre 2002, 23 p.

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

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

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

Programme National de Lutte contre le SIDA du Sénégal - 2002. *Prévention des IST et de l'infection par le VIH chez les prostituées clandestines de Dakar, Sénégal (PROCLAN)*. Dakar, Sénégal.

Wade, A., S., Kane, C., T., Diallo, P., A., N., Diop, A., K., et al. - 2005. *“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 (?)*.