

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 : 2010-2011

SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE SUR LE VIH 2011

MARS 2012

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
Liste des tableaux	4
Liste des graphiques	5
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	6
INTRODUCTION.....	9
PRESENTATION DU SENEGAL	11
Géographie	11
Démographie :.....	12
Economique	13
Politique en matière de santé et situation sanitaire	14
1. Coup d’œil sur l’état de la situation	16
1.1. La situation actuelle de l’épidémie	16
1.2. La riposte au plan politique et programmatique.....	16
1.2.1. La Réponse au plan politique	16
1.2.1.1. Engagement des plus hautes autorités	16
1.2.1.2. Engagement financier de l’état :.....	16
1.2.2. Au plan programmatique	17
1.3. Aperçu des indicateurs	17
2. Aperçu de l’épidémie du VIH au Sénégal.....	23
3. Riposte nationale à l’épidémie du sida.....	32
3.1. Prévention.....	32
3.1.1 Prévention de la transmission sexuelle.....	32
3.1.1.1 Promotion des comportements sexuels à moindre risque	32
3.1.1.2. La promotion à l’utilisation du préservatif	34
3.1.1.3. La prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	36
3.1.1.4. Prise en charge de populations clés les plus exposées : PS et MSM.....	36
3.1.1.4.1. Prise en charge des Professionnelles du Sexe :	36
3.1.1.4.2. Prise en charge des hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes (MSM)	37
3.1.2. Prévention de la transmission de la mère à l’enfant	38
3.1.3. Prévention de la transmission sanguine.....	44
3.1.3.1. Prise en charge des usagers de drogues injectables	44

3.1.3.2. Conseil dépistage volontaire.....	46
3.2. La prise en charge des PVVIH	56
3.2.1. Prise en charge médicale	56
3.2.2. Prise en charge de la coinfection TB/VIH.....	65
3.2.3. Prise en charge communautaire des PVVIH et OEV.....	68
3.2.4. La Gestion logistique et le GAS	73
4. Meilleures pratiques.....	76
4.1. Direction politique.....	76
4.2. Environnement politique favorable	77
4.3. Difficultés liées à l'élaboration du rapport.....	86
5. Soutien des partenaires	87
6. Suivi et évaluation	88
6.1. Système actuel de SE	88
7. Bibliographie :.....	92

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des districts, Hôpitaux, Centres de santé et Postes de Santé par Région	15
Tableau 2 : Indicateurs de base.....	21
Tableau 3 : Prévalence du VIH dans les sites sentinelles	24
Tableau 4 : Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans testés, selon la région	27
Tableau 5 : Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont effectué le test du VIH, selon l'âge	28
Tableau 6 : Prévalence du VIH par caractéristiques sociodémographiques des PS ...	29
Tableau 7 : Performance nationale du dépistage de la population générale de 2006 à 2011.....	51
Tableau 8 : Niveau d'atteinte des objectifs par rapport aux objectifs nationaux du plan stratégique 2007 - 2011	52
Tableau 9: Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	53
Tableau 10 : Taux de couverture des besoins en ARV de 2008 à 2011.....	61
Tableau 11 : Evolution des Taux de survie de 2008 à 2010.....	63
Tableau 12 : Evolution des indicateurs de la coïnfection TB/VIH.....	66

Liste des graphiques

Graphique 1 : Carte administrative du Sénégal.....	12
Graphique 2 : Prévalence médiane du VIH dans les zones sentinelles.....	25
Graphique 3 : Prévalence du VIH par sexe et âge	28
Graphique 4 : Prévalence du VIH chez les détenus selon l'âge.....	31
Graphique 5 : Evolution de la distribution du preservatif.....	35
Graphique 6 : Evolution des sites PTME	39
Graphique 7 : Progression proposition et réalisation du test VIH en CPN	39
Graphique 8 : Evolution de la mise sous prophylaxie ARV du couple mère-enfant ..	40
Graphique 9: Evolution du nombre de sites de conseil dépistage de 2002 à 2011.....	50
Graphique 10 : Répartition des sites de dépistage selon le type de structure en 2011	56
Graphique 11 : Evolution des sites de PEC de 2002 à 2011	57
Graphique 12 : Taux de couverture des sites de PEC adultes et pédiatriques.....	58
Graphique 13 : Evolution des nouvelles inclusions sous ARV entre 2010 et 2011 par région	59
Graphique 14 : Evolution du niveau de décentralisation des patients sous ARV de 2004 à 2011	60
Graphique 15 : Taux de couverture de mise sous ARV des PVVIH de 2008 à 2011....	60
Graphique 16 : Répartition des appareils CD4 par région.....	62
Graphique 17 : Evolution de la couverture en CD4 au niveau des régions.....	62
Graphique 18 : Evolution de la PEC de la coïnfection TB/VIH	67
Graphique 19 : Evolution des attitudes de rejet des personnes vivant avec le VIH, selon le groupe professionnel (indicateur combiné) entre 2006 et 2010.....	81

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AES	Accident d'exposition au sang
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
AF	Agence Fiduciaire
ADEMAS	Agence pour le Développement du Marketing Social
ANCS	Alliance National de Lutte contre le sida
APDC	Agent Porteur de Dynamique Communautaire
APP	Approche participative de prévention
ARMP	Autorité de Régulation des Marchés Publics
ARV	Antirétroviraux
BE	Bulletin Epidémiologique
BAJANU GOX	Marraine de quartier
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCISD	Centre de coopération internationale en santé et développement/Canada
CCSE	Comité Consultatif en Suivi - Evaluation
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le sida
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CDVA	Centre de dépistage volontaire et Anonyme
CCDV A	Centre Conseil Dépistage Volontaire Anonyme
CHR	Centre Hospitalier Régional
CILS	Comités Internes de Lutte contre le sida
CLLS	Comité local de lutte contre le sida
CNLS	Conseil National de Lutte contre le sida
CNPS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRISC	Cadre de Référence des Interventions de la Société Civile
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le sida
CT	Chlamydia trachomatis
CTR	Comité Technique Restreint
DCMP	Direction Centrale des Marchés Publics
DLSI	Division de Lutte contre le Sida et les IST
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS IV	Quatrième Enquête Démographique et de Santé du Sénégal – 2005
EPP	Estimation Projection

eTME	Elimination de la Transmission Mère enfant
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
FHI	Family Health International
FIFO	First In First Out
FAFS	Fédération des Associations Féminines du Sénégal
GAMET	Global AIDS Monitoring and Evaluation Team
GASE	Groupe d'appui à la Surveillance Epidémiologique
MSM	Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
ICC	Intervention pour un changement de comportement
IEC	Information - Education - Communication
ISAARV	Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LNCM	Laboratoire National de Contrôle de Médicaments
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
NG	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
OCB	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelins et Enfants rendus vulnérables par le VIH/sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OIP	Offre Initiale de Pilule
OSC	Organisation de la Société Civile
PDEF	Plan de Développement pour l'Education et la Formation
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PSLS	Plan Stratégique de Lutte contre le sida
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNMLS	Plan National Multisectoriel de Lutte contre le sida
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRDI	Plan Régional de Développement Intégré
Projet SIDA 3	Projet d'appui à la lutte contre les IST/VIH/sida en Afrique de l'Ouest/coopération canadienne
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant

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

INTRODUCTION

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

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

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

L'ONUSIDA a été déléguée par le Secrétaire Général des Nations Unies de regrouper les rapports des différents pays (permettant d'apprécier les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement, et d'évaluer l'efficacité de la riposte nationale) et de les compiler dans un Rapport Global tous les deux ans.

Aussi, pour réaliser cet objectif de Reportage, l'ONUSIDA et ses Coparrains du Programme communes et autres partenaires ont élaboré une série d'indicateurs avec de claires définitions ainsi que des mécanismes de collecte harmonisés.

Le Sénégal a produit des rapports pour les biennium 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009 et ce rapport porte sur le biennium 2010-2011 qui s'intitule « Rapport d'activité sur le VIH/sida » a été élaboré selon un processus participatif et inclusif coordonné par le Secrétariat Exécutif du CNLS

Lors de la 65 Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida tenue à New York en Juin 2011, une nouvelle déclaration politique dénommée « *INTENSIFIER NOS EFFORTS POUR ELIMINER LE VIH/sida* » a été élaborée (RESOLUTION 65/277) avec les 10 objectifs suivants :

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

6. Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars des États-Unis) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
7. Eliminer les inégalités entre les sexes
8. Eliminer la stigmatisation et la discrimination
9. Eliminer les restrictions en matière de déplacement
10. Renforcer l'intégration de la riposte au VIH

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

Suite à l'atelier d'orientation de l'ONUSIDA tenu le 15 au 17 Février 2012 à Dakar (Hôtel Radisson Blu), une équipe restreinte multisectorielle, réunissant un échantillon représentatif des acteurs et partenaires de la Réponse Nationale (dont la composition est en annexe 1) a été mise en place comme cadre de coordination et de suivi devant faciliter l'opérationnalisation du processus. Après l'atelier de lancement du processus d'élaboration de ce rapport tenu le 8 Mars 2012 dans la salle du Laboratoire de Bactériologie Virologie, une équipe élargie à tous les acteurs clés de la réponse a travaillé du 9 Mars au 28 Mars 2012 en groupes pour documenter les indicateurs du GARP (y compris les indicateurs de l'Accès Universel) et élaborer le Rapport narratif. Le 29 Mars s'est tenu l'atelier de partage du rapport qui a été ensuite amélioré après recueil des Feedback des différents acteurs de la réponse.

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

PRESENTATION DU SENEGAL

Géographie

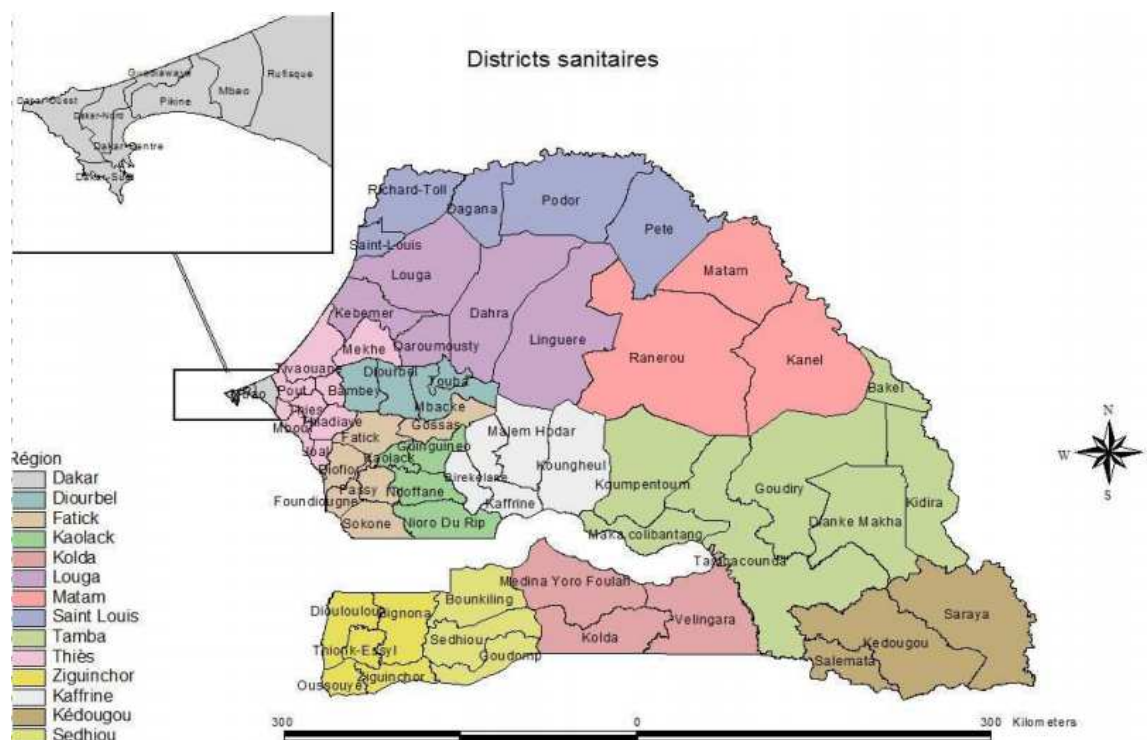
La République du Sénégal est située dans la partie la plus occidentale du continent Africain dans la zone soudano sahélienne comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest.

D'une superficie de 196.722 km². Elle est limitée au nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau et, à l'ouest, elle s'ouvre sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes. Sa pointe ouest est la plus Occidentale de toute L'Afrique Continentale. La Gambie qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et Kolda au Sud.

Au plan hydrographique, le pays est traversé d'Est en Ouest par quatre fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum et leurs affluents. Ce réseau est complété par quelques cours d'eau temporaires et une contribution significative du lac de Guiers au nord du pays.

Au niveau administratif (**cf.** Graphique 1), la nouvelle organisation administrative, territoriale et locale, du Sénégal est fixée par le décret du 10 septembre 2008. Le territoire passe ainsi de 11 à 14 régions administratives avec comme dernières créations Kaffrine, Kédougou et Sédhiou issues respectivement des anciennes régions de Kaolack, Tambacounda et Kolda. Les régions sont subdivisées en départements (au nombre de 45). On dénombre 150 communes (assimilées au milieu urbain), 117 arrondissements et 353 communautés rurales.

Les grandes communes (Dakar, Rufisque, Pikine, Guédiawaye et Thiès) sont subdivisées en communes d'arrondissement. Il y a 46 communes d'arrondissement au total. La région de Dakar à elle seule, c'est-à-dire ses quatre grandes communes, en compte 43.



Graphique 1 : Carte administrative du Sénégal

Démographie :

La population du pays a presque doublé de 1988 (RGPH) à 2010 en passant de 6.896.000 à 12.526.488 habitants. La densité moyenne est de 64 habitants au kilomètre carré. Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. La région la moins étendue, celle de Dakar, occupe 0,3% de la superficie du territoire national et abrite près de 21% de la population totale avec une densité de population de 4.251 habitants au km² en 2010 contre une moyenne nationale de 53 habitants au km². La région la plus étendue, Tambacounda avec 22% de la superficie totale, abrite environ 5% seulement de la population. Il faut également souligner la particularité des villes de Guédiawaye et de Pikine dans la région de Dakar et celle de Touba dans la région de Diourbel qui sont plus peuplées que certaines régions. Cette situation est caractéristique de la forte tendance à l'urbanisation du fait de l'exode rurale qui est à l'origine de la multiplication des bidonvilles.

Selon les âges et sexes. La population du Sénégal en 2010 reste caractérisée par son extrême jeunesse. La moitié de la population à 17 ans et l'âge moyen se situe à 22 ans. La population ayant moins de 15 ans représente 43,3% de la population totale tandis que celle de moins de 25 ans représente 64,0%. Il faut signaler que la proportion des personnes âgées (65 ans et plus) n'est pas négligeable. En effet, elle est de 3,9%. Selon le sexe, les femmes sont numériquement plus importantes surtout aux âges féconds. A 15-49 ans, elles représentent 47,2% contre 44,8% pour les hommes. La proportion est de 51% de la population totale contre 49% chez les hommes.

La population urbaine (résidant dans les communes) du Sénégal en 2010 est estimée à 5.186.098 habitants, soit un taux d'urbanisation de 41,5% (ANSD, SES 2010), plaçant le Pays parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique Sub-Saharienne.

L'accroissement moyen annuel estimé à 2,5% reste élevé, et est caractéristique d'une fécondité encore élevée (ISF de 5 enfants par femme en 2010 EDS-MICS) et d'une mortalité infantile en baisse (61‰ en 2005 contre 47‰ en 2010-2011).

Le rythme annuel moyen de la population du Sénégal observé entre 1988 à 2002 (2,5%), correspond à un doublement de la population tous les 28 ans. Cette expansion démographique est principalement due à l'accroissement naturel de la population qui résulte à la fois du recul de la mortalité (14 points de pourcentage en baisse entre 2005 et 2010) et d'une forte natalité (TBN de 37,4‰ en 2010, EDS-MICS).

Les principaux groupes ethniques sont : les Wolofs (39%), les Poulars (27%), les Sérères (15%), les Diolas (4%), les Mandingues (4%) et les Soninké (2%). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (95%). On y trouve 4% de chrétiens et les autres religions représentent 1%.

Selon l'EDS-MICS 2010-2011, Près de quatre femmes sur dix (38%) et près de six hommes sur dix (59%) sont considérés comme étant alphabétisés. En d'autres termes, dans l'ensemble, la proportion de femmes analphabètes est pratiquement une fois et demie plus élevée que celle des hommes (62% contre 41%). La population rurale sénégalaise reste à majorité analphabète, en effet, moins d'une femme sur quatre (21%) et près de seulement deux hommes sur cinq (43%) du milieu rural sont alphabétisés.

En 2010, le Taux Brut de Scolarisation (TBS) au niveau national est de 94,4%¹. Le TBS est plus élevé chez les filles (98,7%) que chez les garçons (90,3%).

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 58,1 ans (Projections démographiques, 2008, ANSD). Les femmes ont une durée de vie moyenne supérieure à celle des hommes (60,5 ans contre 56,7 ans).

Economique

Au plan économique, en 2010, le produit intérieur brut (PIB) s'élevait à 6.367 milliards de CFA, soit un PIB par tête de 509.096 CFA. Pour la même année, le taux de croissance économique s'est établi à 4,1% après 2,2% en 2009, 3,2% en 2008 et 4,9% en 2007. L'indice de Développement Humain (IDH, Rapport PNUD), de 0,464, place le Sénégal au 166ème rang sur 182 pays. Le taux d'inflation en 2010 est de 1,2%.

Comme on le constate, depuis 2010, l'économie du Sénégal a amorcé une reprise sous le double effet de la relance de l'économie mondiale et des mesures prises par les autorités en faveur de l'activité économique nationale.

Les résultats de la deuxième enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM II), montrent que l'incidence de la pauvreté reste élevée. Même si elle a baissé de façon significative dans la période 1994-2002, la plupart de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

¹ Annuaire Statistique (Scolaire) National, 2010

L'incidence de la pauvreté est tombée de 67,9% en 1994/1995 à 57,1% en 2001/2002, soit une réduction de 10,8 points de pourcentage en termes absolus et de 16% en termes relatifs.

Politique en matière de santé et situation sanitaire

L'Etat a défini une Politique Nationale de Santé qui est mise en œuvre depuis l'indépendance à travers des plans quinquennaux. A la fin des années 1990, il a élaboré en collaboration avec les partenaires au développement, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2004 - 2008. Le Plan couvre la période 2009 - 2018.

La part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est en hausse régulière ces dernières années. La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du Ministère de la Santé qui est passé de 29 milliards en 2000 à 108,4 milliards CFA, en 2010². Ce budget représente aujourd'hui 10,4% du budget de fonctionnement de l'Etat.

En 2010, selon le « Rapport de performances du CDSMT 2010 », le système de santé sénégalais est composé des structures publiques suivantes :

- quatorze (14) régions médicales ;
- vingt-cinq (25) hôpitaux, dont vingt-trois (23) fonctionnels ;
- soixante-seize (76) districts sanitaires;
- quatre-vingt-neuf (89) centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé et 11 érigés en EPS1.
- mille deux cent quarante (1.240) postes de santé dont 1214 fonctionnels;
- cent vingt-neuf (129) maternités ;
- deux mille quatre-vingt-dix-huit (2.098) cases de santé
- six (06) établissements publics de santé non hospitaliers.

Outre ces structures publiques, le système de santé sénégalais comprend 555 cabinets médicaux privés, 37 cliniques privées, 570 cabinets para médicaux privés, 23 structures d'entreprise et 77 postes de santé privés. Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes³ préconisées par l'OMS.

² Selon la loi de finances de 2010

³ Normes OMS : 1 poste de santé pour 10 000 habitants ; 1 centre de santé pour 50 000 habitants et 1 hôpital pour 150 000 habitants

Tableau 1 : Répartition des districts, Hôpitaux, Centres de santé et Postes de Santé par Région

N°	REGIONS	DISTRICPS	HOPITAUX	CS	PS publics	PS PRIVES	TOTAL PS
1	DAKAR	10	8	19	109	12	121
2	DIOURBEL	4	2	4	72	4	76
3	FATICK	7	0	6	76	11	87
4	KAFFRINE	4	0	3	40	0	40
5	KAOLACK	4	1	4	64	6	70
6	KEDOUGOU	3	0	2	18	2	20
7	KOLDA	3	1	2	42	3	45
8	LOUGA	9	1	5	68	1	70
9	MATAM	3	1	3	66	0	66
10	SAINT LOUIS	5	2	5	95	2	97
11	SEDHIOU	3	0	2	40	2	41
12	TAMBACOUNDA	7	1	7	60	4	64
13	THIES	9	2	9	126	18	143
14	ZIGUINCHOR	5	1	5	95	12	109
	TOTAL	76	20	76	971	77	1 049

Source : Carte Sanitaire du Sénégal 2010

Ces deux dernières décennies sont marquées par une amélioration de la situation sanitaire comme en atteste la tendance de la plupart des indicateurs suivis par les programmes de santé. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile bien qu'encore élevés, ont connu une baisse significative. En effet, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 121‰ en 2005 à 72‰ en 2010 et celui de la mortalité infantile est passée de 61‰ en 2005 à 47‰ en 2010. Enfin, la mortalité maternelle de 401 pour 100.000 naissances vivantes en 2005 est tombée à 392 pour 100.000 naissances vivantes en 2010.

Le PNDS-II accorde une place importante à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, aux IST/sida et au contrôle des maladies endémiques, notamment le paludisme. Cette dernière endémie qui est une des premières causes de morbidité, est en train de perdre du terrain, résultat à mettre notamment à l'actif du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Le niveau de prévalence du VIH, relativement faible au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans (0,7%, EDS-MICS 2010-2011) reste stable. Cependant, les résultats des enquêtes sur les groupes à risque montrent des prévalences beaucoup plus élevées.

Pour les consultations prénatales, plus de 9 bénéficiaires sur 10 (93%) ont été consultés par un personnel médical formé pendant la grossesse en 2010. Pour les naissances survenues au

cours des 5 dernières années, 65% des mères (en EDS-MICS 2010-2011) ont bénéficié de l'assistance d'un personnel médical formé à l'accouchement.

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

1.1. La situation actuelle de l'épidémie

Le Sénégal est un pays à épidémie concentrée avec une prévalence de 0,7% dans la population générale et des prévalences de 18,5% chez les Professionnelles du sexe, de 21,8% chez les MSM et de 9,2% chez les injecteurs de drogues intraveineuses.

1.2. La riposte au plan politique et programmatique

1.2.1. La Réponse au plan politique

1.2.1.1. Engagement des plus hautes autorités

Cet engagement est caractérisé par le fait que la coordination nationale qui était depuis le début de la lutte contre le sida (1986) assurée par le Ministère de la Santé, a été élevée au niveau de la Primature en 2001. Cette option politique née des engagements pris après la Session Extraordinaire de l'UNGASS de Juin 2001 vise à renforcer le leadership politique et à rendre plus effective l'appropriation de la lutte contre le Sida par les Ministères publics parties prenantes de la réponse, mais également le secteur privé, la société civile qui sont des acteurs pour la mise en œuvre du programme National multisectoriel de lutte contre le sida.

Les structures de coordination du programme sont les suivantes :

- Le Conseil National de Lutte contre le sida (CNLS) avec son secrétariat exécutif sous la Présidence du Premier Ministre. Le Ministre de la Santé et de la Prévention, Vice-président du CNLS, contrôle l'exécution des résolutions du Conseil National de Lutte contre le sida. Les points focaux des Ministères ainsi que les représentants du secteur privé et de la société civile sont membres du Secrétariat Exécutif
- Le Secrétariat Exécutif National (SENLS);
- Les Comités Régionaux de lutte contre le sida (CRLS) dirigés par les gouverneurs de région
- Les Comités Départementaux de Lutte contre le sida (CDLS) dirigés par les préfets de département

Notons par ailleurs, l'existence d'un Comité des Partenaires et du Groupe Thématique ONUSIDA, cadre de concertation de tous les bailleurs qui interviennent dans la lutte contre le sida.

1.2.1.2. Engagement financier de l'état :

Contrepartie étatique pour le fonctionnement (Coûts opérationnels) du Secrétariat Exécutif du CNLS

Inscription budgétaire dans le budget global des Ministères publics

Il faut noter l'invitation faite par le Représentant du Ministère des Finances à tous les ministères lors de la cinquième réunion du CNLS (tenue le 31 juillet 2009 sous la présidence du Premier Ministre et la présence du Ministre de la Santé et de la Prévention) de prévoir le volet lutte contre le VIH/Sida dans leurs projets de budget pour promouvoir la pérennisation des activités de lutte contre le VIH/Sida et réaffirmer ainsi l'appropriation des secteurs Publics. Avant cet appel, il faut signaler que certains Ministres avaient déjà des budgets annuels pour la lutte contre les IST/VIH/sida (7 Ministères clés ont des lignes budgétaires : Santé, Education, Famille, Jeunesse, Travail, Tourisme, Forces Armées)

De plus, l'Etat s'est engagé à financer 40% du budget ARV et assure aussi une contrepartie dans le fonctionnement du Conseil National de lutte contre le Sida.

1.2.2. Au plan programmatique

Le Sénégal a mis en place un Programme National de Lutte contre le sida (PNLS) comprenant trois volets : Un volet séro-épidémiologique, un volet clinique et un volet éducation. Des plans d'actions couvrant les périodes suivantes : 1987-1992, 1994-1998 et 1997-2001 furent élaborés. En 2001, la création du CNLS a permis de rendre l'approche multisectorielle effective avec la jonction entre le secteur public, le secteur privé et la société civile, impliquant 8 ministères, plus de 1016 organisations communautaires de base (OCB) et Organisations Non Gouvernementales (ONG).

Deux Plans Stratégiques Nationaux quinquennaux ont été élaborés (2002-2006 et 2007-2011). Le dernier plan prend en compte tous les aspects relatifs à la prévention, aux soins, au soutien/accompagnement, à l'environnement favorable mais aussi les aspects de suivi évaluation et de coordination avec une forte option pour la décentralisation (renforcement des CRLS, des CDLS et conceptualisation et mise en place des Pools sida de district). Actuellement la lutte contre le VIH figure parmi les objectifs des politiques sectorielles et elle est prise en compte dans le document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DRSP) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

1.3. Aperçu des indicateurs

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

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

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

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

âgés 20-24 ans (54,2% pour les hommes et pour les femmes) que chez les plus jeunes de 15-19 ans (50,5% pour les hommes et 49,10% pour les femmes).

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

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

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

L'âge aux premiers rapports sexuels des jeunes de 15-24 ans revêt une grande importance en matière de prévention du VIH. 9,3% des jeunes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (chez les jeunes hommes, 4,9%; chez les femmes 10,7%). Cette proportion varie peu selon l'âge : de 8,7 % des jeunes filles et garçons âgés de 15-19 ans, elle passe de 9,9% pour les jeunes filles et garçons groupe d'âge 20-24 ans (EDS-MICS, 2010-2011)

Indicateurs 1.3 : Rapports sexuels à haut risque

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

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

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

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

Indicateur 1.5 : Dépistage du VIH parmi la population générale

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

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

Comparé à 2005 où le taux de dépistage était de 1% (EDS IV, 2005), on voit que des progrès ont été réalisés dans le dépistage de la population générale. En effet, se basant sur les résultats des enquêtes (EDS IV de 2005 et EDS-MICS de 2010-2011), le nombre de personnes âgées de 15-49 ans ayant effectué un dépistage et ayant reçu le résultat est passé de 51.339⁴ en 2005 à 763.176⁵ en 2010.

Indicateur 1.6 : Prévalence du VIH chez les jeunes

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

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

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

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

Indicateurs 1.8 : Utilisation du préservatif chez les Professionnelles du sexe

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

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

⁴ Ces estimations sont basées sur une population de 5.133.909 habitants de 15-49 en 2005 et 6.052.152 habitants de 15-49 ans en 2010 au Sénégal (Source : « Estimations de la population du Sénégal de 2003 à 2012 », Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, juillet 2008).

⁵ *Idem*

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

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

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

Indicateur 1.9 : Dépistage du VIH parmi les professionnelles du sexe

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

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

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

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

Indicateur 1.11 : MSM touchés par les programmes de prévention

La deuxième enquête chez les MSM a montré que 84,6% d'entre eux sont touchés par les programmes de prévention (88% chez les âgés de plus de 25 ans contre 81,8% chez les jeunes de moins de 25 ans).

Indicateurs 1.12 : Utilisation du préservatif chez les MSM

L'étude ELIHoS est la deuxième étude combinée menée en direction des MSM. 76,20% des MSM participant à l'étude ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel contre 55,3% lors de l'enquête de 2004. L'utilisation du préservatif chez les MSM de plus de 25 ans est de 82,4% contre 71,6% pour les MSM qui ont moins de 25 ans.

Indicateur 1.13 : Dépistage des MSM

Selon les résultats de l'étude spéciale combinée (ELIHoS, 2007) chez les MSM, 34,1% des MSM participant à l'étude ont déjà effectué un dépistage et en connaissent le résultat (39% chez les MSM qui ont plus de 25 ans et 30,6% pour les moins de 25 ans).

Indicateur 1.14 : Prévalence du VIH chez les MSM

Chez les MSM, La prévalence du VIH est de 21,8%. Ceci montre une relative stabilité de la prévalence par rapport à la première étude où la prévalence était de 21,5%. Les MSM qui ont

plus de 25 ans sont plus infectés avec une prévalence de 34,4% contre 12,7% pour les MSM qui ont moins de 25 ans.

Indicateur 2.4 : Dépistage chez les usagers de drogue injectable

L'enquête UDSEN de 2011 faite à Dakar sur les UDI, révèle que 70,6% de cette cible ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et ont connu le résultat.

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

Les résultats provisoires de l'EDS-MICS ont montré que 90% des enfants âgés de 10 à 14 ans orphelins dont les deux parents sont décédés, fréquentent une école primaires ou secondaire et 94% des enfants âgés de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux fréquente dans une école primaire ou secondaires.

Tableau 2 : Indicateurs de base

N°	INDICATEURS	SOURCE	ANNEE	VALEUR
1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	EDS 5, provisoire	2010	29,74%
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	EDS 5, provisoire	2010	9,30%
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	EDS 5, provisoire	2010	2,20%
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	EDS 5, provisoire	2010	21,00%
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	EDS 5, provisoire	2010	12,60%
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	Surveillance sentinelle	2010	0,88%
1.7	Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH	ENSC 10	2010	83,50%
1.8	Pourcentage de professionnelles du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	ENSC 10	2010	93,70%
1.9	Pourcentage de professionnelles du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ENSC 10	2010	69,40%

N°	INDICATEURS	SOURCE	ANNEE	VALEUR
1.10	Pourcentage de professionnelles du sexe qui vive avec le VIH	ENSC 10	2010	18,50%
1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	ELIHoS	2007	84,60%
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur rapport anal avec un homme	ELIHoS	2007	76,20%
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ELIHoS	2007	34,10%
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	ELIHoS	2007	21,80%
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	UDSEN	2010	10
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	UDSEN	2011	36,00%
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	UDSEN	2011	87,10%
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	UDSEN	2011	70,60%
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	UDSEN	2011	9,20%
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	2011	23,30%
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	Données LBV/Thiès	2011	7,60%
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant	Rapport évaluation PTME	2010	4,30%
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	2011	54,00%

N°	INDICATEURS	SOURCE	ANNEE	VALEUR
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	2010	74%
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	Rapport de synthèse CNLS_DLSI	ND	ND
7.1	Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)	Questionnaire NCPI		Finalisé
7.2	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois			Non disponible
7.3	Assiduité scolaire des orphelins âgés de 10 à 14 ans*	EDS 5		90%
7.3	Assiduité scolaire des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	EDS 5		94%
7.4	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	EDS 5		Non disponible

2. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH AU SENEGAL

La situation de l'épidémie à VIH/sida au Sénégal est caractérisée par une épidémie stable et concentrée. La prévalence du VIH est faible dans la population générale autour de 1% ainsi que dans la plupart des catégories socioprofessionnelles sauf chez les populations les plus exposées au risque du VIH notamment les professionnelles du sexe, les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les usagers de drogues injectables.

Le Sénégal dispose d'un système de surveillance de l'épidémie du VIH fonctionnel depuis 1986 à travers des sites sentinelles et à partir de 2004, l'EDS IV a inclus le VIH puis en 2006, la première enquête de 2^{ème} génération fut menée.

En 2009, s'est tenue la dernière surveillance sentinelle et en 2010-2011, se sont tenues la deuxième EDS incluant le VIH (EDS V) et la deuxième enquête de surveillance de deuxième génération (ENSC). La cinquième EDS a été combinée avec l'Enquête par Grappes à Indicateur Multiple (MICS-II) et l'Enquête Nationale sur le Paludisme (ENPS-III). Ce sont ces trois enquêtes qui sont dénommées Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS).

Ces études ont confirmé d'une manière générale, le caractère concentré de l'épidémie du VIH au Sénégal. En effet, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui depuis plus d'une dizaine d'années est restée au-dessus de 1% (1,4% en 2006) est maintenant de 0,7% (BE N°14) en 2009 avec toujours une disparité au niveau régional. Les régions du sud étant toujours les plus touchées par l'épidémie.

Depuis 2006, des groupes passerelles ont été identifiés comme pouvant être les nœuds transmetteurs de l'épidémie des populations clés les plus exposées (PS et PS) vers la population générale. En effet, selon les résultats de l'étude sur les modes de transmission à travers un outil de l'ONUSIDA, plus de 60% des nouvelles infections surviennent chez les couples stables.

Résultats de la surveillance sentinelle

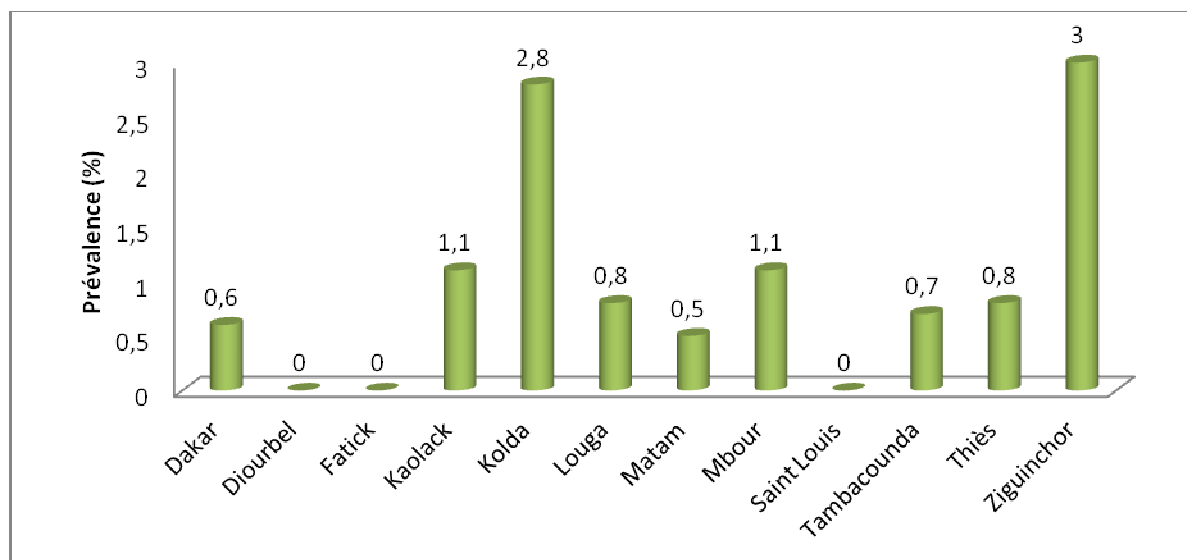
La prévalence médiane du VIH dans les sites sentinelles est à 0,7%. On note cependant des prévalences supérieures à 2% dans les régions du sud : 2,8% à Kolda et 3,0%. Ziguinchor. Dans ces deux régions, deux sites sentinelles ont enregistré des prévalences de 5,3% (zone de Kolda) et 5,1% (zone de Ziguinchor).

Les femmes enceintes testées positives sont pour la plupart :

- dans la tranche d'âge des 25 ans et plus
- mariées sauf dans les régions de Tambacounda, Kolda et Ziguinchor (les femmes séropositives sont plus chez les non mariées)
- sans instruction
- et en zone urbaine (0,9% contre 0,6% pour la zone rurale).

Tableau 3 : Prévalence du VIH dans les sites sentinelles

Zones sentinelles	Prévalence VIH			
	Prévalence agrégée	Prévalence médiane VIH (%)	Minimum	Maximum
Dakar	0,6	0,6	0,4	1,1
Diourbel	0,4	0,0	0,0	1,2
Fatick	0,2	0,0	0,0	0,5
Kaolack	0,9	1,1	0,3	1,6
Kolda	3,4	2,8	0,0	5,3
Louga	0,9	0,8	0,0	1,3
Matam	0,6	0,5	0,0	1,9
Mbour	1,1	1,1	1,0	1,1
Saint Louis	0,2	0,0	0,0	0,9
Tambacounda	0,7	0,7	0,0	1,1
Thiès	0,8	0,8	0,6	1,1
Ziguinchor	3,9	3,0	2,1	5,1
Ensemble		0,7	0,0	5,3



Graphique 2 : Prévalence médiane du VIH dans les zones sentinelles

Résultats de la surveillance combinée

La surveillance combinée vise à établir les liens entre le statut sérologique et les comportements chez les groupes passerelles tels que les hommes en uniforme et les populations mobiles mais aussi chez les professionnelles du sexe. Les groupes passerelles sont des populations qui, à cause de leur situation professionnelle ou sociale restent une certaine période en dehors de leur domicile ce qui les expose à des pratiques à risque de contracter le VIH. Ces groupes une fois infectés peuvent au retour de leur famille transmettre le VIH à leurs partenaires réguliers. C'est ce qui explique que beaucoup d'études prouvent que les nouvelles infections surviennent plus chez les couples stables c'est-à-dire mariés.

La surveillance combinée réalisée en 2010 a ciblé les policiers, les camionneurs, les pêcheurs, les orpailleurs dans la région de Kédougou, les détenus et les professionnelles du sexe.

Chez ces groupes, la prévalence du VIH est plus élevée que dans la population générale même si de 2006 à 2009, un léger recul de la prévalence a été noté. Elle est de 0,2% chez les policiers ; 0,6% chez les camionneurs ; 0,8% chez les pêcheurs ; 1,3% chez les orpailleurs ; 1,5% chez détenus. Sauf les policiers, toutes ces cibles (en majorité des hommes) ont des prévalences supérieures à celle trouvée chez les hommes dans l'EDS-MICS 2010-2011 qui est de 0,5%.

Parmi les cibles où sont présentes les femmes notamment les orpailleurs et les détenus, la prévalence est plus élevée chez les femmes avec des sexratio de 3,1 et 5 respectivement.

Par rapport à la connaissance du VIH, des progrès ont été notés, mais beaucoup reste à faire surtout par rapport aux fausses croyances notamment la transmission du virus par le moustique qui persiste chez toutes les cibles.

Une meilleure prise de conscience est notée avec une diminution du multipartenariat et l'utilisation de préservatifs.

Résultats provisoires de l'EDS-MICS 2010-2011

L'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiple est une enquête nationale auprès des ménages, conçue pour fournir des données fiables sur la situation démographique et sanitaire au Sénégal. En plus des thèmes développés dans les précédentes EDS, L'EDS-MICS a été renforcée d'indicateurs de l'Enquête « Multiple Indicator Cluster Survey » ou Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS), parmi lesquels la fécondité, la planification familiale, les soins pré et postnatals, les maladies des enfants, leur prévention et leur prise en charge, la mortalité au cours de l'enfance. La périodicité des enquêtes EDS est de 5 ans.

Les résultats de l'EDS-MICS confirment la stabilité de la prévalence dans la population générale à 0,7% en 2010. Derrière ce faible taux, se cachent certaines disparités:

Féminisation de l'épidémie

Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges : 0,8% contre 0,5%. Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,6 ; autrement dit, il y a 160 femmes infectées pour 100 hommes. D'où une tendance à la baisse du ratio d'infection femme/homme, **qui est passé de 2,25 en 2005 (EDS IV) à 1.6 en 2010 (EDSV)**. À ces taux de prévalence du VIH, on peut estimer la population adulte (femmes de 15-49 ans et hommes de 15-59 ans) qui serait séropositive à environ 39.100 personnes (23.900 femmes et 15.200 hommes) en 2010. Ces résultats confirment la grande vulnérabilité des femmes par rapport aux hommes. Cette vulnérabilité particulière des femmes est essentiellement de quatre ordres, la vulnérabilité socioculturelle liée à la sexospécificité et à l'analphabétisme, la vulnérabilité anatomique et physiologique, la vulnérabilité épidémiologique et la vulnérabilité économique.

Disparité régionale

La prévalence suivant les régions présente des disparités notables. Ainsi, les régions de Louga (0,2% pour les femmes et 0,0% pour les hommes), Diourbel (0,2% pour les femmes et 0,0% pour les hommes), Thiès (0,6% pour les femmes et 0,0% pour les hommes) Matam (0,5% pour les femmes et 0,3% pour les hommes) et Dakar (0,4% pour les femmes et 0,5 pour les hommes) sont celles où on observe les taux de prévalences les plus faibles. Par contre les régions de Kolda (2,4% pour les femmes et 2,4% pour les hommes), Kédougou (2,5% pour les femmes et 0,7% pour les hommes) Tambacounda (1,6% pour les femmes et 1,2% pour les hommes) ; Sédhiou (2,0% pour les femmes et 0,0% pour les hommes) et Ziguinchor (1,1% pour les femmes et 0,9% pour les hommes) présentent les prévalences les plus élevées. Comme on le constate, ces résultats montrent d'une part, que les régions du sud (Kolda, Sédhiou, Ziguinchor), du sud-est (Tambacounda, Kédougou) et du centre (Kaolack) sont les plus touchées par l'épidémie et d'autres part, que les femmes sont nettement plus vulnérables que les hommes à l'infection au VIH.

Tableau 4 : Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans testés, selon la région

Région	Femme	Hommes	Ensemble
Dakar	0,4	0,5	0,4
Ziguinchor	1,1	0,9	1,0
Diourbel	0,2	0,0	0,2
Saint-Louis	1,2	0,5	0,9
Tambacounda	1,6	1,2	1,4
Kaolack	1,5	0,6	1,1
Thiès	0,6	0,0	0,3
Louga	0,2	0,0	0,1
Fatick	1,8	0,0	1,0
Kolda	2,4	2,4	2,4
Matam	0,5	0,1	0,3
Kaffrine	0,5	0,5	0,5
Kédougou	2,5	0,7	1,7
Sédhiou	2,0	0,0	1,1
Sénégal	0,8	0,5	0,7

Source : EDS-MICS, Sénégal 2010-11

Variation du VIH selon l'âge

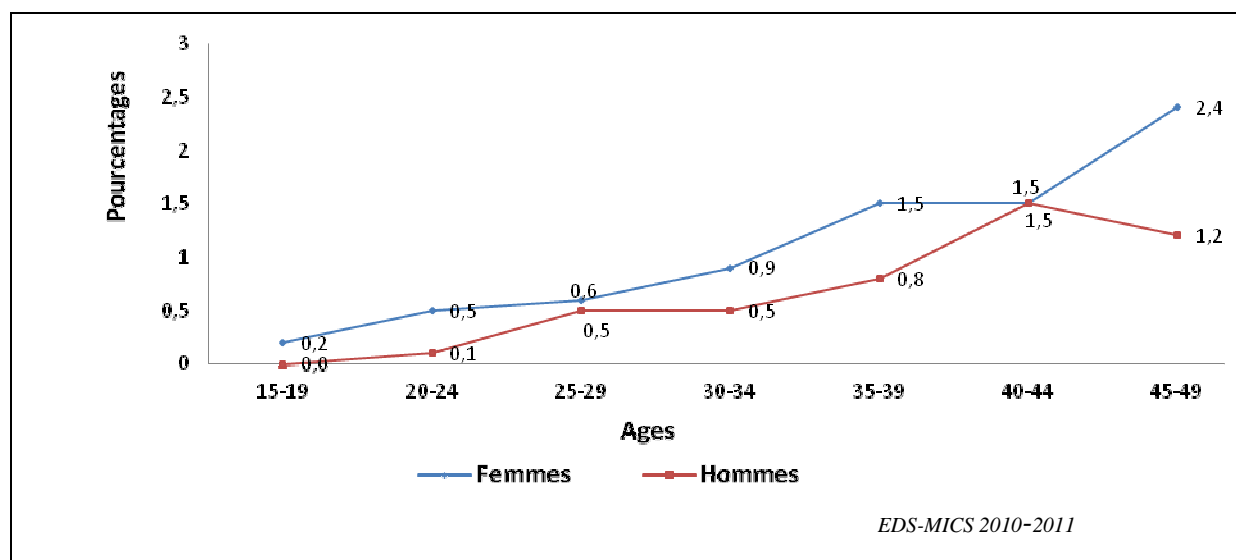
Dans l'ensemble, la prévalence augmente avec l'âge passant de 0,1% chez les personnes âgées de 15-19 ans à 1,9% chez celles âgées de 45-49 ans. Ces variations de la prévalence selon l'âge diffèrent selon le sexe. Chez les femmes, la prévalence la plus élevée est observée dans la tranche d'âge 45-49 ans avec un taux de 2,4% et chez les hommes, ce sont ceux âgés de 40-44 ans qui sont les plus touchés avec une prévalence de 1,2%. Les résultats de l'enquête montrent également que chez les femmes, c'est à partir de 25 ans que la prévalence atteint des niveaux élevés (1,5% à 25-29 ans à 2,4% à 45-49 ans). Contrairement à la tendance internationale, **l'enquête a révélé que les jeunes de 15-24 ans restent peu touchés par le VIH : 0,2% soit 0,3% chez les femmes et 0,1% chez les hommes.**

Sur le plan comportemental, les résultats de l'EDS-MICS 2010-2011 montrent que 9,3% des jeunes contre 10% en 2005, ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Seul 30% des jeunes âgés de 15- 24 ans ont des connaissances correctes sur la prévention du VIH. Ce taux était de 22,7% en 2005. Aussi très peu de jeunes ont pratiqué le multi partenariat sexuel : seuls 0,3% des femmes de 15-24 ans et 2,4% des hommes ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire.

Tableau 5 : Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont effectué le test du VIH, selon l'âge

Age	Femme		Homme		Ensemble	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
15-19	0,2	1 204	0,0	1 107	0,1	2 311
20-24	0,5	1 070	0,1	836	0,4	1 905
25-29	0,6	900	0,5	641	0,6	1 541
30-34	0,9	731	0,5	503	0,7	1 233
35-39	1,5	579	0,8	406	1,2	985
40-44	1,5	496	1,5	348	1,5	844
45-49	2,4	347	1,2	263	1,9	610
50-59	na	na	1,0	487	1,0	487
Ensemble 15-49	0,8	5 326	0,5	4 104	0,7	9430
Ensemble 15-59	na	na	0,5	4 591	0,5	4591

na=non applicable. Source : EDS-MICS 2010-2011



Graphique 3 : Prévalence du VIH par sexe et âge

Prévalence du VIH au niveau des populations clés les plus exposées

Malgré le faible niveau de la prévalence au niveau national, on note de fortes prévalences chez certaines catégories de la population : les professionnelles du sexe (PS), les Orpailleurs, les camionneurs, les détenus, les policiers, les pêcheurs et les usagers de drogue.

Chez les professionnelles du sexe (PS)

Plusieurs études ont été réalisées sur les PS au Sénégal. En effet, depuis le début de l'épidémie, les PS ont constitué une cible particulière et qui a été suivie régulièrement. Le tableau 6 présente les résultats de l'ENSC sur la prévalence des PS, selon certaines

caractéristiques sociodémographiques. La prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe reste encore élevée. Elle est de 18,5% (ENSC, 2010) contre 19,8% en 2006 (ENSC, 2006).

La prévalence suivant l'âge présente des disparités. Ainsi, les résultats de l'ENSC de 2010 montrent une augmentation de la prévalence du VIH avec l'âge : de 10,7% chez les moins de 20 ans, elle passe à 13,9% chez les 20-29 ans, 22,4% chez les 30-39 ans, 19,2% chez les 40-49 ans et 22,9% chez les 50 ans et plus.

L'enquête a également révélé que les PS les plus touchées par l'épidémie sont les non scolarisées (20,2%), les divorcées/séparées (21,0%) ainsi que les veuves (27,3%). Pour ce qui est du statut professionnel, bien que le taux de prévalence soit plus élevé chez les officielles, la tendance progressive est notée aussi bien chez les PSO (21,6% à 23,8%) que chez les PSC (9,9% à 12,1%).

Tableau 6 : Prévalence du VIH par caractéristiques sociodémographiques des PS

Caractéristiques Sociodémographiques	Prévalence	Caractéristiques Sociodémographiques	Prévalence
Classes d'âge		Situation matrimoniale	
Moins de 20 ans	10,7	Célibataire	12,4
20-29 ans	13,9	Mariée monogame	7,7
30-39 ans	22,4	Mariée polygame	15,4
40-49 ans	19,2	Divorcée/séparée	21
50 ans et plus	22,9	Veuve	27,3
Niveau d'instruction		Statut professionnel	
Primaire	20,2	Enregistrée	23,8
Moyen	12,1	Non enregistrée	12,1
Secondaire et plus	0		
Non scolarisée	20,2		
Ensemble	18,5		

Source : ENSC, 2010

Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes(MSM)

Depuis 2007⁶, Aucune enquête officielle n'a été menée sur cette population. Cependant, ces données sont utilisées pour décrire la situation épidémiologique actuelle de cette cible. La prévalence du VIH parmi les MSM est de 21,8%. Elle est plus importante chez les MSM âgés de 25 ans et plus que chez les moins de 25 ans (34,4% contre 12,7%).

Les comportements à risque ont significativement diminué. En effet, la proportion d'hommes qui ont eu au moins un rapport insertif non protégé avec un homme au cours du mois précédant l'enquête, est passée de 24% en 2004 à 9% en 2007, la proportion d'hommes qui ont eu au moins un rapport réceptif non protégé est passée de 20% en 2004 à 10% en 2007 et la proportion d'hommes qui ont eu au moins un rapport non protégé avec une femme est passée de 18% à 12%.

⁶ ELIHoS, 2007

Chez les plus jeunes (moins de 20 ans), le multipartenariat a également fortement diminué (19,5% avaient déclaré avoir eu plus de 20 partenaires sexuels au cours de leur vie en 2004, contre 4,1% en 2007).

Ces tendances montrent une réduction des prises de risque dans cette population avec comme résultat une baisse de la prévalence du VIH et des IST.

Chez les usagers de drogues

Fin 2010, le Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA 2011-2015 du Sénégal intégrait les Usagers de Drogue(s) Injectables (UDI) parmi les populations les plus exposées au VIH. Ainsi, une enquête biologique et comportementale au sein de ce groupe a été menée en 2011 dans la région de Dakar par le CNLS et le CRCF, en collaboration avec le LBV sur la base d'un cofinancement ANRS et CNLS/projet Round 9 du FM.

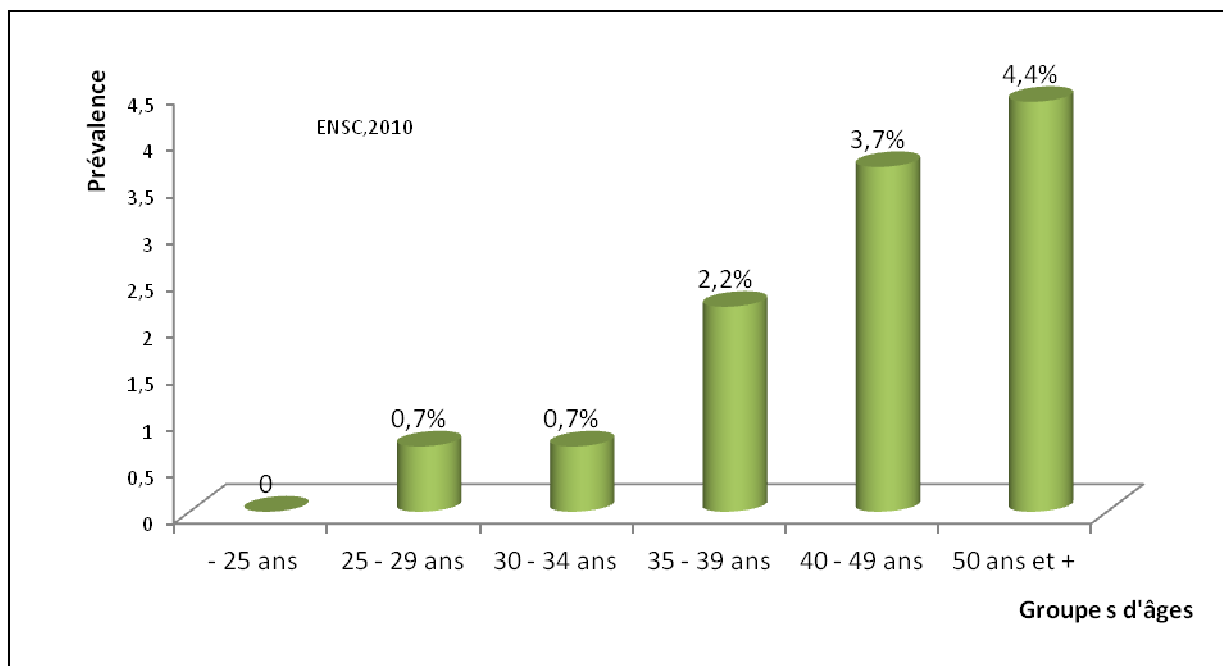
Les résultats de l'enquête montrent que la prévalence du VIH est élevée chez l'ensemble des usagers de drogue enquêtés (4,4%) avec une prévalence de 13% chez les femmes et (3%) chez les hommes; soit un sex ratio femmes/hommes de 4,3.

Selon le mode d'usage de drogue, la prévalence du VIH chez les injecteurs (actuels ou antécédents) est de 9,4% (chez les femmes injectrices 21,1% et 7,5% chez les femmes non injectrices) contre 2,5% chez les usagers qui n'ont jamais utilisé la voie injectable.

Sur le plan comportemental, les UDI ont une sexualité active et peu protégée. En effet, 80,4% ont eu des rapports sexuels durant les 12 derniers mois, 45,7% ont eu plusieurs partenaires sexuels, 53,5% ont déclaré n'avoir pas utilisé de préservatif, 70,6% n'ont jamais fait de test pour le VIH et 26,8% ont eu au moins un rapport sexuel contre de l'argent ou de la drogue dans leur vie.

Chez les détenus

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



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

Chez les camionneurs

En 2010⁷, le taux de prévalence du VIH chez les camionneurs a connu une baisse ; il est passé de 1,4% en 2006⁸ à 0,6% en 2010.

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

Chez les orpailleurs

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

Chez les pêcheurs

Les résultats de l'ENSC de 2010 ont révélé une baisse de 0,2 point de prévalence par rapport à 2006. Le taux de prévalence du VIH est passé de 1% en 2006 à 0,8% en 2010. Il dépasse légèrement la moyenne nationale de prévalence du VIH chez les hommes qui est de 0,5%

⁷ ENSC, 2010

⁸ ENSC, 2006

selon l'EDS-MICS de 2010-2011. Selon l'âge, les enquêtés âgés de 25 à 29 ans sont les plus infectés (1,5%).

Chez les policiers

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

3. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA

3.1. Prévention

3.1.1 Prévention de la transmission sexuelle

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

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

3.1.1.1 Promotion des comportements sexuels à moindre risque

Politique et interventions essentielles :

Le renforcement de la prévention de la transmission sexuelle du VIH passe nécessairement par la promotion des comportements à moindre risque dans la population générale et chez les groupes clés les plus exposés que représentent les professionnelles du Sexe, les Hommes qui ont des Relations avec d'autres hommes (MSM) et usagers de drogues par voie intraveineuse.

A cet effet, le Conseil National de Lutte Contre le Sida, coordonnateur de la réponse nationale au VIH et ses partenaires ont mis en place une stratégie dont les axes sont les suivants :

- ⚡ Information, Education et Communication (IEC). Cette stratégie a été utilisée par tous les acteurs à travers l'organisation d'activités de proximité par le secteur public, le secteur privé et la société civile à travers les organisations communautaires de base
- ⚡ approche participative de prévention (APP) est une approche novatrice qui est souvent utilisée par les OCB. L'« approche participative » est une méthode de travail active qui interpelle et implique les participants. elle comporte trois éléments clé : l'action – le partage et la discussion et le résumé. Elle utilise des outils au nombre desquels on peut citer : dresser des cartes, établir des courbes de temps et de tendances, procéder à l'analyse d'études de cas et participer à des jeux de rôles.
- ⚡ distribution gratuite des préservatifs (masculins et féminins) ;
- ⚡ diagnostic et prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) en direction des populations et plus spécifiquement dans les groupes à haut risque (PS et MSM).

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

Les interventions menées au cours des deux dernières années pour la promotion des comportements sexuels à moindre risque sont essentiellement des activités de formation, de

sensibilisation et d'interventions de proximité avec une concentration sur les jeunes, les femmes, les PS et les MSM

D'autres interventions de masse sont menées au cours des temps forts de mobilisation sociale : Semaines jeunes sida, Semaines Femmes Sida, Journée Mondiale sida, Festival de JAZZ et d'autres activités menées de manières ponctuelles par des OCB (Journées portes ouvertes, semaines culturelles foras etc.).

La combinaison des unités mobiles de dépistage et des unités mobiles de communication ont permis de booster les effectifs de personnes dépistées. Le programme dispose de 3 unités mobiles de dépistage et 5 unités mobiles de communications dans 5 régions différentes.

Beaucoup d'activités de médias se sont tenues à travers la signature de conventions. En effet, l'exposition aux médias est une donnée intéressante pour la mise en place de stratégies et des moyens de communication à emprunter pour atteindre les cibles.).

Les principales sources d'information sur le VIH-sida restent la radio et la télévision, Par contre les journaux et la communication interpersonnelle (CIP) apparaissent encore comme des sources d'information marginales.

Les jeunes générations sont plus exposées aux médias que les plus âgées. Il en est de même des jeunes filles par rapport aux garçons. En effet dans la tranche d'âge des 15-24 ans, environ 89% des filles contre 61% des garçons ont accès aux média. Le moyen de communication le plus prisé par les jeunes reste la radio, suivi de la télévision, le journal venant loin derrière (environ 9%). Les émissions d'animation musicale sont les plus écoutées par les populations surtout les femmes et les jeunes.

C'est pourquoi entre 2010 et 2011, 6 télévisions nationales, 12 antennes décentralisées de radios nationales, 56 radios communautaires, 4 radios nationales et 9 organes de presse écrite ont signé des conventions pour mener des activités de sensibilisation.

Le développement, de la distribution à base communautaire, le renforcement du rôle des communautaires et la mise en œuvre de l'Approche Participative de Prévention par les organisations communautaires de base ont fortement contribué à accroître la distribution de préservatifs

Le secteur privé aussi s'est fortement impliqué de lutte contre le sida milieu de travail par la mise en œuvre de plans d'action en basés sur des activités d'IEC/CCC.

Les résultats de l'EDS V comme ceux de l'ENSC 2010 ont confirmé le bon niveau des connaissances sur les modes de transmission et les moyens de prévention. En revanche, la transmission mère-enfant (TME) est moins bien maîtrisée. De plus, on note une persistance de fausses croyances, particulièrement que le moustique transmet le SIDA.

Selon l'EDS V, dans la population générale, le niveau de connaissance correcte a augmenté chez les jeunes passant de 22,7% en 2005 [EDS IV, 2005] à 30% en 2010 [EDS-MICS, 2005]. De même, d'après l'ENCS 2010 le niveau de connaissance correcte de la transmission a augmenté aussi bien chez les policiers (51,4% en 2006 contre 70,2% en 2010) que chez les PS (40,6% en 2006 contre 41,1% en 2010). En 2010, ce taux était de 72,5% chez les élèves et étudiants.

- 9,4% des femmes de 15-24 ans avaient déjà eu des rapports sexuels à 15 ans et chez les hommes du même âge, 12,4%.
- 9% des jeunes de 15-24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans en 2010 avec une légère baisse par rapport à 2005.

3.1.1.2. La promotion à l'utilisation du préservatif

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

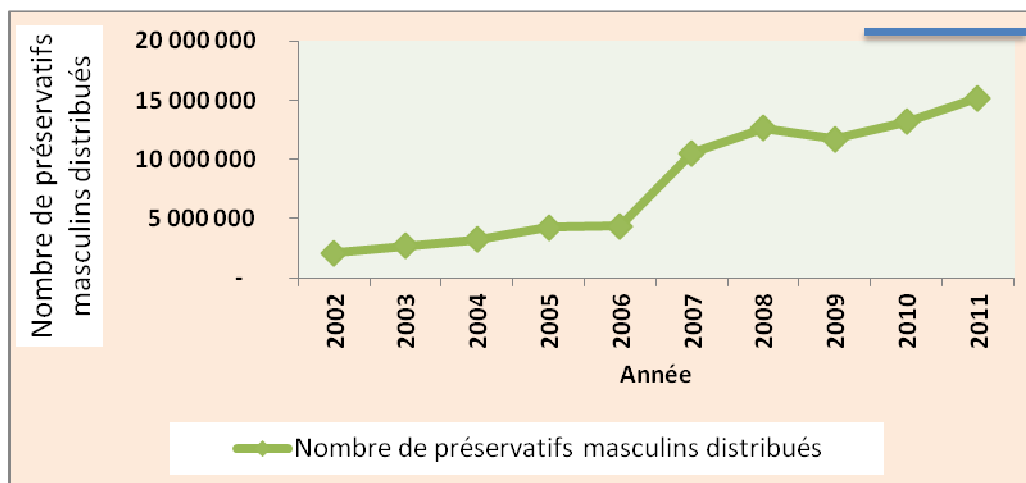
L'utilisation régulière et correcte des préservatifs masculins et féminins reste l'une des stratégies phares dans la prévention de la transmission sexuelle dans le cadre de la lutte contre les IST et le VIH/sida, à cet effet, le programme de marketing social (assuré par ADEMAS) a été mis en place comporte les quatre axes stratégiques suivants.

- ⌘ Communication interpersonnelle sur l'utilisation du préservatif au niveau communautaire par les OCB
- ⌘ Mobilisation de masse pour la promotion aussi bien du préservatif masculin que féminin menée dans toutes les quatorze régions du pays (podium dans les 14 régions du pays)
- ⌘ les activités media (publicité) telles que des spots TV destinés à informer sur les lieux de vente, le prix et la qualité du produit
- ⌘ Développement d'un réseau de distribution aussi bien en milieu urbain, périurbain que rural. Ce réseau compte près de 5000 points de vente (boutique, bar, restaurant, pharmacie)

Grace à cette stratégie 6.600.000 préservatifs ont été distribués en 2010 et 8.400.000 en 2011 (rapport ADEMAS 2010, 2011)

Globalement la distribution du préservatif a connu des évolutions importantes ces dernières années.

- ⌘ En 2011, au total, 15.184.172 préservatifs masculins ont été distribués comparés à 2010 (13.196.324) et 2009 (11.696.529) on note une progression constante dans la distribution des préservatifs. Ce chiffre ne prend pas en charge la distribution commerciale privée et la contribution des ONG de lutte contre le sida à l'occasion d'activités ou de rencontres internationales ainsi que la distribution à travers le programme de lutte contre le sida du ministère de la santé à travers la Division de Lutte contre le Sida.
- ⌘ pour ce qui est du préservatif féminin (fémidon) un nombre de 401.000 a été distribué entre 2010 et 2011 contre 310.795 distribués entre 2008 et 2009, également il est noté une croissance importante dans la distribution du fémidon



Graphique 5 : Evolution de la distribution du préservatif

Le multi partenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d’IST et, en particulier, le risque de contracter le VIH. Ce risque est d’autant plus important que l’utilisation du condom comme moyen de prévention est faible.

Les résultats de l’EDS-MICS 2010-2011 ont montré que 2,2% de la population de 15-49 ans ont pratiqué le multi partenariat. Très peu de femmes sexuellement actives ont déclaré avoir eu deux partenaires ou plus au cours des 12 mois ayant précédé l’enquête (0,5%). Le multi partenariat chez les femmes, tout en restant faible, varie de manière importante dans certains sous-groupes, comme les femmes en rupture d’union (1,3%) ou celle vivant dans les régions de Sédhiou 1,3% et Ziguinchor (1,9%).

Bien que faible, la proportion d’hommes de 15-49 ans ayant déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois est nettement plus élevée que celle des femmes (8,4% contre 0,5%).

Comme on pouvait s’y attendre, la proportion d’hommes ayant eu des partenaires sexuelles multiples est particulièrement élevée parmi les polygames (93% contre 7% parmi les monogames). L’EDS-MICS a aussi révélé la proportion d’hommes ayant eu plusieurs partenaires augmente avec l’âge, de 4% à 20-24 ans à 23% à 40-49 ans ; cette proportion est aussi plus élevée chez les hommes en union que chez ceux en rupture d’union et surtout que chez les célibataires (17% contre respectivement 10 % et 4%), en milieu rural qu’en milieu urbain (12% contre 6%), parmi les hommes sans instruction (13%) que parmi ceux qui ont fréquenté l’école (7% parmi ceux qui ont un niveau primaire et 5% parmi ceux qui ont un niveau secondaire ou plus) et enfin, parmi ceux dont le ménage est classé dans les deux quintiles les plus pauvres que dans les autres.

Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples au cours des 12 mois précédant l’enquête, seule 22% ont utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels. Ce taux est de 21% chez les hommes.

Les niveaux d’utilisation les plus élevés sont observés parmi les célibataires (65%), les hommes du milieu urbain (35%), ceux des régions de Ziguinchor (41%) et de Dakar (38%) et les hommes ayant un niveau d’enseignement moyen ou plus (41%). Le niveau d’utilisation de préservatifs est beaucoup plus élevé chez les PS parmi lesquelles 95,7% se sont protégées lors de leur dernier rapport sexuel payant en 2010 ce taux est resté stable depuis 2006 (96,7%). Chez les groupes passerelles tels que les pêcheurs les, les camionneurs, les orpailleurs les policiers les taux

d'utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel varie entre 43,3% et 80,3%

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

Le contrôle des IST retenu comme une des stratégies majeures de lutte contre l'épidémie à VIH s'est renforcé au cours de cette période par des actions de renforcement des compétences des prestataires de soins, de promotion de l'approche syndromique au niveau de tous les points de prestation de services, de dépistage actif des IST auprès des travailleuses du sexe (officielles et clandestines) à travers un suivi médical régulier, de prise en charge des IST surtout chez les groupes à haut risque (PS et MSM).

Dans la perspective d'une meilleure qualité de prise en charge des IST sous le leadership de la DLSI, un guide de prise en charge syndromique des IST et un manuel de référence pour la formation des prestataires ont été élaborés, multipliés en 2.300 exemplaires en plus de 5.000 planches murales présentant les algorithmes IST et distribués au niveau des différentes régions et districts sanitaires du pays.

Par ailleurs, au cours de l'année 2009, 663 prestataires (403 hommes et 260 femmes) ont été formés/recyclés sur la prise en charge syndromique des IST.

Au courant de l'année 2008, 90.806 syndromes IST ont été notifiés dans la population générale; l'ulcération génitale chez l'homme et chez la femme représente 9% des cas, l'écoulement urétral 7%, l'écoulement vaginal anormal et la douleur abdominale basse chez la femme représentent respectivement 54% et 28% des cas, les autres IST représentent 2% (**Rapport DLSI, 2008**).

Pour 2009, 123.247 syndromes IST ont été notifiés répartis ainsi : écoulement génital chez l'homme : 8%, écoulement génital chez la femme : 58%, ulcération génitale chez l'homme : 2%, ulcération génitale chez la femme : 5%, douleur abdominale basse chez la femme : 26%. Il faut cependant signaler que 11% des cas sont notifiés comme « autres IST ».

L'année 2009 a été marquée aussi par la mise en œuvre de l'enquête sur la qualité de la prise en charge des IST (IP6/IP7) dont les résultats préliminaires montrent une évolution significative de l'ensemble des indicateurs.

Chercher des données de 2010 et 2011

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

3.1.1.4.1. Prise en charge des Professionnelles du Sexe :

Le suivi médical et la prise en charge des IST chez les travailleuses du sexe sont mises en œuvre à travers trois stratégies menées par les districts et les ONGs/associations notamment ENDA Santé et AWA ; **(i)** la prise en charge fixe au niveau des 36 centres IST et autres centres secondaires, **(ii)** la prise en charge mobiles des travailleuses du sexe clandestines à travers les cliniques mobiles **(iii)** la stratégie avancée de suivi des PS.

Pour l'année 2009, il a été recensé 6.492 PS suivies dont 900 nouvelles inscrites. Par ailleurs il faut relever une faible incidence des IST chez les PS suivies ce qui corrobore la déclaration d'utilisation de préservatifs notée dans l'ENSC (2006).

Les interventions CCC en direction de PS ont permis de toucher en 2010, 3.784 et en 2011, 4.166. Comparé à 2009, on note une régression importante dans la fréquentation des services de soins par les PS pour 2010 et une évolution timide en 2011

3.1.1.4.2. Prise en charge des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM)

Politique et interventions clés :

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

Les principaux axes d'intervention sont :

- ⌘ la prise en charge au niveau de sites identifiés qui ont augmenté régulièrement au fil des ans
- ⌘ l'identification et formation de prestataires intégrant le réseau des prestataires
- ⌘ l'appui à l'organisation d'associations de MSM
- ⌘ l'identification et la formation de leaders MSM en qualité de médiateurs ou de pairs éducateurs qui facilitent l'orientation des MSM et la référence des cas d'IST ou d'infection à VIH
- ⌘ L'organisation de rencontres réunissant prestataires et leaders MSM pour échanges d'expériences, recueil et reportage de données etc.

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

Résultats

Evolution des sites de prise en charge des MSM

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

Pour 2009, la mise en œuvre des activités a subi les effets des « turbulences de 2008 », cela s'est davantage fait ressentir au niveau des sites des régions autres que Dakar. Les résultats suivants ont été enregistrés :

- ⌘ 1.069 MSM touchés par les activités de prévention,
- ⌘ 794 MSM reçus en consultation,
- ⌘ 210 MSM PVVIH suivis dont 185 au niveau des sites de Dakar.

Pour l'année 2010, 1.033 MSM ont été touchés par les interventions contre 1.166 en 2011

Perspectives

- ⌘ Renforcer les acquis dans le cadre de la prise en charge des groupes clés les plus exposés

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

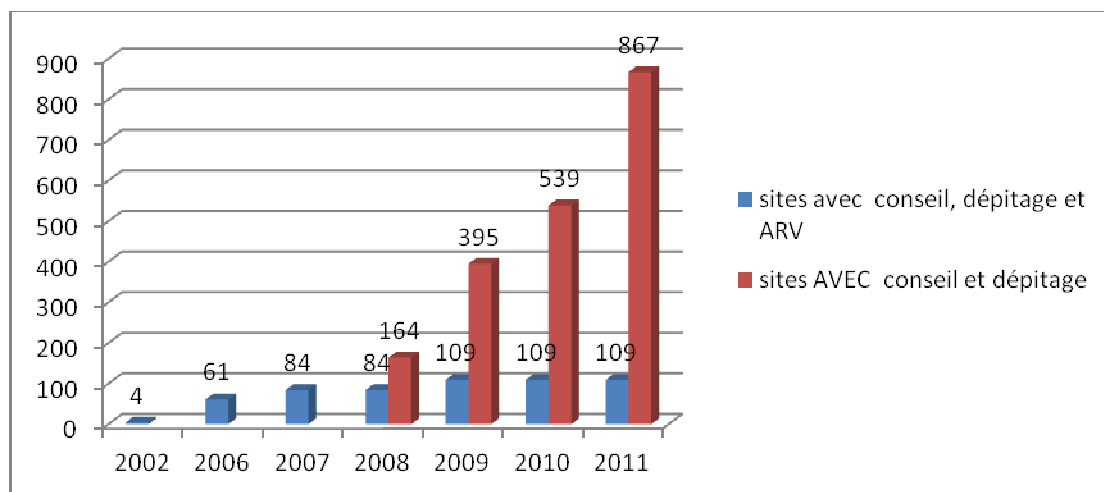
3.1.2. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

La riposte par rapport à la PTME a été intégrée dans l'ISSARV de 1998 avec plusieurs étapes :

- Phase pilote en 2000/2002 au niveau de 4 sites à Dakar dont l'évaluation en 2004 a montré un résultat satisfaisant avec un taux de transmission mère enfant à 3,6%. Ceci a abouti à l'adoption d'une politique nationale sur la PTME, l'élaboration de documents de référence, d'outils de gestion.
- Le passage à l'échelle des activités de la PTME a été effectif à partir de 2005 avec une décentralisation au niveau des centres de santé. Après 2 ans de mise en œuvre, une évaluation conduite en 2007 a donné des recommandations qui ont abouti à la révision des directives nationales sur la PTME. Cette dernière a abouti à l'adoption du dépistage à l'initiative du prestataire jusqu'au niveau poste de santé et à la trithérapie dans le cadre de la prophylaxie chez les femmes enceintes séropositives.
- Vu l'importance des interventions communautaires, un guide national de la PTME communautaire a été élaboré en 2005 pour servir de cadre de référence pour les acteurs de la société civile ;
- Suite aux dernières recommandations de l'OMS, il y a eu en 2010 une nouvelle révision des directives nationales avec l'adoption de l'option B et allaitement maternel protégé jusqu'à 12 mois.
- En 2011, la Consultation Régionale sur l'Élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre organisée par WCARO dans le cadre du JURTA, a permis au Sénégal d'élaborer sa feuille de route pour l'élimination de la Transmission mère enfant du VIH d'ici 2015. Dans ce cadre, l'analyse des goulots d'étranglement de la PTME et de la SMNI a été réalisée et le plan d'élimination de la TME est en cours de finalisation.

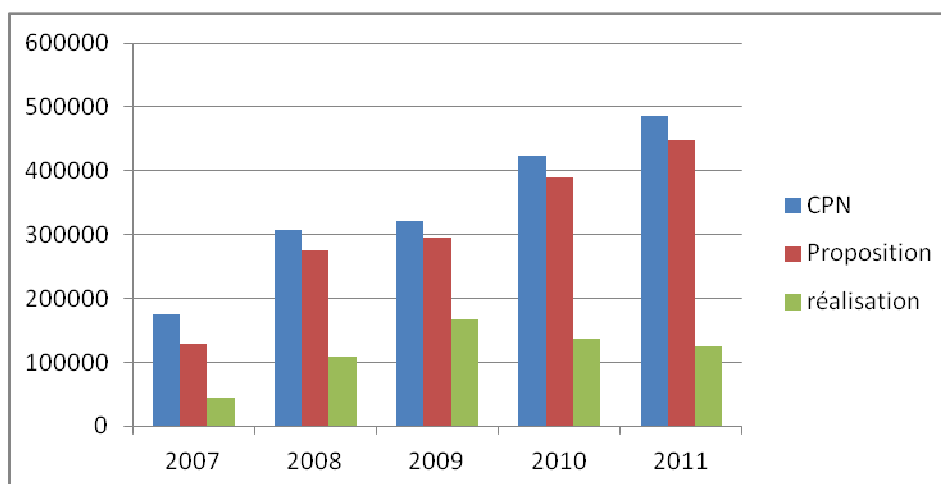
➤ Les résultats de la mise en œuvre

Le passage à l'échelle des interventions de la PTME s'est fait de façon progressive avec une augmentation du nombre de sites passant de 404 en 2009 à 648 en 2010 et 976 en 2011, parmi lesquels il y a 109 sites offrant le paquet complet de PTME (conseil, dépistage et ARV).



Graphique 6 : Evolution des sites PTME

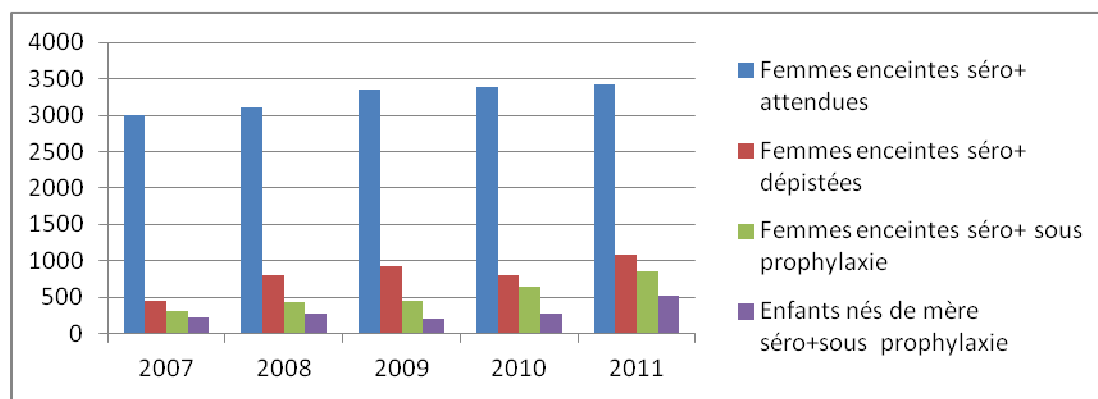
Avec l'introduction du conseil dépistage à l'initiative du prestataire, le taux de proposition est passé de 73% en 2007 à 92% en 2009/2010. La proportion de femmes enceintes bénéficiant du dépistage lors des CPN est passée de 9% en 2007 à 25% en 2008, 41% en 2009 et 26% en 2010/2011 (non complétude des données du fait de la rétention des données).



Graphique 7 : Progression proposition et réalisation du test VIH en CPN

La proportion de femmes enceintes séropositives bénéficiant de prophylaxie ARV est passée de moins de 10% en 2007-2008 à 36% en 2009 et 23% en 2011. Cette régression est imputable à la non décentralisation des ARV au niveau des PS où est réalisée la majorité des CPN mais aussi à la non acceptation du statut positif par certaines femmes enceintes séropositives du fait de la stigmatisation et de la non complétude des données.

La mise sous prophylaxie des enfants nés de mère séropositive dépistées a progressé de 22% en 2007 à 47% en 2011.



Graphique 8 : Evolution de la mise sous prophylaxie ARV du couple mère-enfant

Selon l’EDSV/MICS, une femme sur deux et 2 hommes sur 5 savent que la transmission mère-enfant du VIH peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux. Les interventions de la PTME au niveau communautaire sont déroulées par les acteurs de la société civile à travers 3 ONGs (SWAA, ASBEF et ACDEV) et les « bajenu Gox » du Ministère de la santé et les Acteurs Porteurs de Dynamique Communautaire (APDC) au niveau du Ministère de la famille. Les principales activités mise en œuvre sont :

- ⊗ La sensibilisation sur la PTME et sur l’intérêt du dépistage VIH des FAR : en 2010/2011, 588.430 FAR touchées dont 173.812 ont été dépistées à travers les mobilisations sociales, les causeries et les cercles de solidarité des femmes enceintes;
- ⊗ La mobilisation sociale et de plaidoyers dans le cadre de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ont permis de sensibiliser 3.070 religieux et chefs des quartiers;
- ⊗ Les visites à domicile envers les couples ont été d’un grand apport. Les bénéficiaires de ces VAD qui, au-delà des promesses et des engagements tentent de s’approprier la PTME et d’en faire leur « propre affaire ». En plus de favoriser et d’installer un climat de confiance entre les couples et les relais, les VAD participent au respect des CPN, à la promotion du conseil dépistage volontaire du couple, à l’implication dans la PTME des hommes qui se sentent dorénavant plus concernés par cette question. Au total les 96 VAD Couples pour l’an 2011 réalisées ont permis d’atteindre 97 couples soit un total dont 194 personnes sensibilisées (SWAA). Par ailleurs, durant la même année, 78 VAD ont permis de rendre visite aux 74 femmes séropositives.
- ⊗ Les niches pour toucher les hommes à travers des sketchs servant de support communicationnel, par des troupes théâtrales locales et des acteurs expérimentés ont permis de touchés 7.461 hommes (SWAA)

Le programme PTME a intégré le diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositive depuis 2007, avec une progression des sites de prélèvements sur papier buvard couvrant en 2011 l’ensemble des centres de santé et des hôpitaux. Le nombre d’enfants nés de mère séropositive ayant bénéficié du prélèvement sur papier buvard pour la PCR 1 est passé de 339 en 2008 à 409 en 2009 et 577 en 2010.

Suite à l’introduction des dernières recommandations de l’OMS, l’évaluation des performances du programme en termes d’impact en vue de l’objectif d’eTME du VIH, le

Sénégal a réalisé une enquête nationale en 2011 qui a concerné les enfants nés de mère séropositive de 2008 à 2010. Les principaux résultats suivants :

- ✂ La PEC des femmes enceintes séropositives est assurée par les médecins (80,6%), les SFE (46,8%), les travailleurs sociaux (18,1%)
- ✂ Le taux global de TME est estimé à 5,1% avec cependant un TME de 1,1% chez les enfants qui ont bénéficié d'une prophylaxie complète avec les protocoles en vigueur (l'option B recommandations OMS)

➤ Succès

Certaines interventions majeures ont facilités l'obtention de résultats probants dans la mise en œuvre de la PTME au Sénégal. Il s'agit de :

- ✂ Le maillage des interventions de la PTME communautaire (relais, médiateurs, « Bajenu Gox ») entre le secteur médical et communautaire avec l'intégration à la SMNI ;
- ✂ La décentralisation du test de dépistage VIH avec une couverture de 100% des centres de santé et hôpitaux et de 72% des PS ;
- ✂ L'extension de l'offre de service du diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositives à travers la formation des prestataires et la mise en place des papiers buvards (DBS) au niveau de tous les CS et hôpitaux ;
- ✂ Le renforcement de capacité des prestataires sur les nouvelles directives PTME dans 75% des centres de santé (540 prestataires formés) ;
- ✂ L'utilisation de régime performant chez les femmes enceintes séropositives pour réduire la TME avec l'adoption de l'option B des recommandations de l'OMS ;
- ✂ L'octroi d'un financement supplémentaire du FM (Round 9) pour le renforcement du passage à l'échelle des interventions de la PTME ;
- ✂ L'organisation de supervisions conjointes DLSI, DSR, SC, RNP+ ;

➤ Faiblesses

Malgré les acquis, un certain nombre de problèmes peuvent entraver l'atteinte des objectifs notamment ceux liés à l'élimination de la TME d'ici 2015. En effet, il est noté :

- ✂ Le faible niveau d'implication des hommes dans la PTME et l'insuffisance du ciblage du couple ;
- ✂ Manque de supports communicationnels : boîte à images, brochures, supports audiovisuels ;
- ✂ Le faible pouvoir décisionnel des femmes (l'autorisation du conjoint avant de faire le dépistage, les barrières financières, la négociation pour le port du préservatif...)
- ✂ Le faible taux de dépistage des FAR à seulement 14% (EDSV) ;

- ✂ Le faible taux d'achèvement de la CPN 28,4% (données de routine, SR) ;
- ✂ Les besoins non satisfaits en PF à 32% et une faible prévalence PF de 13% toutes méthodes confondues (EDSV) ;
- ✂ Le gap important qui existe entre les femmes enceintes séropositives attendues et celles qui sont dépistées (le taux de dépistage des femmes enceintes à 23%)
- ✂ Seulement 37,2% des femmes enceintes séropositives ont bénéficié du dosage de CD4 (rapport d'enquête TME) ;
- ✂ L'insuffisance dans le suivi du couple mère-enfant au sein des structures à cause du non respect des directives nationales et au niveau communautaire par insuffisance des mécanismes de référence contre référence
- ✂ L'absence de directives nationales sur la délégation des tâches pour la mise sous ARV des femmes enceintes séropositives et de leurs enfants ;
- ✂ Les insuffisances notées dans le circuit de collecte et d'acheminement des prélèvements (DBS) et de rendu des résultats avec seulement 8% des enfants nés de mère séropositives qui ont bénéficié du diagnostic précoce (données LBV 2011) ;
- ✂ La rétention des données au sein du secteur de la santé depuis 2 ans.

➤ perspectives

Les perspectives sont de finaliser et d'assurer la mise en œuvre du plan d'élimination de la TME à l'horizon 2015. Un accent particulier sera mis sur:

- La prévention primaire pour booster le dépistage chez les femmes en âge de procréer par des campagnes de mobilisation sociale suivi de dépistage avec un focus sur le counseling du couple et la prise en compte de l'approche genre ;
- La planification familiale à travers le passage à l'échelle de l'offre initiale de pilule au niveau communautaire et renforcement de capacité des prestataires sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;
- La prévention de la transmission verticale avec trois axes d'interventions :
 - La CPN : renforcer la sensibilisation des femmes enceintes afin qu'elles puissent venir dès le 1^{er} trimestre (à travers les interventions des « Bajenu Gox », des relais communautaires, des acteurs des ministères de la famille et du genre) ;
 - La prophylaxie ARV chez les femmes enceintes séropositives pour réduire le risque de TME ceci passe par l'adoption d'une directive nationale sur la délégation des tâches avec une PEC complète effective du couple mère-enfant au niveau des PS (conseil, dépistage, CD4, ARV, DBS) ;
 - Le diagnostic précoce: formalisation du circuit d'acheminement des DBS et utilisation de nouvelles technologies de communication (rapide SMS)
- La PEC des femmes enceintes séropositives et de leurs enfants pour leur propre santé en renforçant la qualité dans l'offre de service et le suivi jusqu'au niveau

communautaire (avec l'utilisation des machines mobiles pour le dosage des CD4 dans les zones difficiles d'accès et le renforcement de l'accompagnement psychosocial du couple mère-enfant au niveau communautaire...)

➤ Les mesures correctrices

- Harmonisation et coordination des interventions communautaire (y compris les supports IEC) ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication intégré SMNI/PTME/PF avec révision des supports de communication en intégrant la question genre y compris l'implication des hommes;
- Plaidoyers à l'endroit des collectivités locales, des autorités religieuses et coutumières pour la prise en compte du développement des RH dans leur localité, le recrutement des ASC et un financement des activités en IEC ;
- Subvention du bilan prénatal et pré thérapeutique et promotion des mutuelles de santé/assurance maladie pour améliorer l'accessibilité aux services ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de passage à l'échelle de l'Offre Initiale de Pilule (OIP) avec l'implication de tous les acteurs et poursuite de l'extension de l'offre de service des méthodes longue durée au niveau de tous les PS (formation du personnel, équipement et supervisions)
- Renforcement de capacités des responsables au niveau régional et district en leadership et management des services de santé ;
- Renforcement de la coordination, de la planification et supervision entre les différents programmes et secteurs à tous les niveaux;
- L'élaboration d'un manuel opérationnel sur la délégation des tâches pour le dépistage VIH, la mise sous ARV et diagnostic précoce
- Renforcement de la coordination entre la DLSI et le LBV, mise en place d'un circuit formel de distribution des intrants, d'acheminement des prélèvements et de rendus des résultats (transports en commun ou courrier postal, technologie rapide SMS)
- Amélioration de la disponibilité du dosage des CD4 pour les femmes enceintes séropositives (maintenance préventive et curatives des appareils conventionnels existants, acquisition d'appareils mobiles et formation des prestataires pour le dosage de CD4 au niveau des services de CPN).

➤ Les bonnes pratiques

- La synergie entre les interventions sanitaires et communautaires à travers la mise en place d'un pool PTME dans 4 districts de la banlieue de Dakar. Ce dispositif a permis d'avoir des performances supérieures à la moyenne nationale avec une bonne qualité dans la PEC du couple mère-enfant ;
- Le rapprochement des services aux populations à travers la décentralisation des tests de dépistage, les stratégies avancées qui ont permis d'augmenter le taux de dépistage chez les femmes enceintes entre 2007 et 2009;

- La mise à disposition des ARV au niveau du PS de Mboro a permis de faciliter la mise sous prophylaxie et le suivi des femmes enceintes séropositives
- La fonctionnalité des pools SIDA au niveau district a permis l'amélioration de la coordination entre tous les intervenants (service de santé, autres secteurs, ONG/OCB);
- Les supervisions conjointes DLSI, DSR, SC, RNP+.

3.1.3. Prévention de la transmission sanguine

3.1.3.1. Prise en charge des usagers de drogues injectables

Politique National envers les UDI

En fin 2010, le Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2011-2015 du Sénégal a intégré les Usagers de Drogue(s) Injectables (UDI) comme population vulnérable au

VIH. Mais jusque-là aucune politique envers cette cible n'a pris en compte cette cible du fait d'un environnement social et juridique répressif.

Après une revue du projet d'enquête financé par l'ANRS portant sur cette cible, il a été décidé, sur proposition du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) (financement Fond Mondial), d'effectuer également une estimation de taille de la population des UDI dans la région de Dakar par la méthode de capture-recapture, en complémentarité de cette étude en vue d'une éventuelle extension au niveau national.

Ce projet a pour objectif de faire l'analyse situationnelle en vue de former des acteurs de la lutte contre le VIH/sida et les personnels de santé de la région de Dakar à la réduction des risques liés à l'usage de drogue(s).

Au-delà de ces objectifs propres, les actions 2010/2011 ont visées la formation et l'engagement des membres de l'équipe dans le travail de terrain préparatoire à l'enquête surtout à créer des relations de confiance avec la cible. Elles ont aussi permis la sensibilisation des institutionnels (CNLS, Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue (CILD), Division de la Lutte contre le Sida et les IST (DLSI), des professionnels de santé et des associations à la problématique soulevée par l'enquête permettant une bonne visibilité des étapes de la recherche qui a pu ainsi se dérouler dans un environnement favorable.

Résultat de l'enquête :

L'estimation de taille de la population d'UDI précaires de la région de Dakar donne 1.324 individus (IC95% 1.281-1.367).

L'âge médian est de 43 ans avec pour extrêmes 17 et 66 ans. Les femmes recrutées sont significativement plus jeunes que les hommes : âge médian 35 ans versus 44. L'héroïne est le produit principal pour 80% des UDI enquêtés et 14% (148) d'injecteurs.

Il y a relativement plus de femmes qui consomment de la cocaïne/crack (27,5%) en produit principal que d'hommes (19%). 27,5% des enquêtés ont déjà utilisé la voie injectable, il n'y a pas de différence selon le sexe.

L'âge moyen de début de consommation d'héroïne est de 27,8 ans et celui du début de l'injection de 30,8 ans.

Parmi les 13,8% qui utilisent l'injection, 60% ont réutilisé leur seringue, 12,9% ont partagé au moins une fois une seringue avec une autre personne, 27% ont partagé l'eau de préparation, 34% une cuillère et 27% un coton. 86% ont fumé, dont 60% ont partagé le joint ou la pipe. 49% ont sniffé, dont 27% ont partagé le matériel de sniff.

Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues = 730

Le programme achète et distribue tous les mois 500 seringues depuis septembre, ce qui fait le total de seringues reçues par les usagers en 6 mois.

Le nombre reste insuffisant pour arriver à toucher tous les UDI car cela revient à 2 seringues par UDI et par jour alors les normes recommandent 3 seringues par UDI et par jour.

Ainsi, il ressort un gap énorme en seringues, d'où la nécessité de les intégrer dans les programmes de prévention.

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport = 36%

Il ressort que les UDI ont une sexualité active mais n'utilisent pas le préservatif à plus de 50% des cas.

Tout cela pourrait s'expliquer par le fait que cette population est constituée de poly-consommateurs (héroïne 91,5%, cannabis 64%, cocaïne 63%, alcool 49%, BZD 30%).

Donc, il est nécessaire de les prendre en compte dans les programmes d'IEC CCC à l'usage du préservatif.

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection = 77,6%

Cet indicateur n'est pas pris dans le questionnaire d'enquête UDSEN, cependant le pourcentage d'UDI déclarant n'avoir pas réutilisé la seringue lors de leur dernière injection est de 77,6% (n = 67)

Par ailleurs l'étude montre que parmi les 13,8% qui ont utilisé l'injection : 60% ont réutilisé leur seringue, 12,9% ont partagé au moins une fois une seringue avec une autre personne, 27% ont partagé l'eau de préparation, 34% une cuillère et 27% un coton.

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat = 29,40.

Ce chiffre comparé celui de la population générale montre une insuffisance d'accès des UDI au paquet d'activités du CDV.

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH = 4,40%.

Ce taux représente la prévalence globale chez la population utilisateur de drogue, cependant chez les usagers pratiquant l'injection, 9,40% vivent avec le VIH.

Obstacles :

- Environnement répressif des UDI
- Absence de programme de PEC des UDI
- Déficit de formation des acteurs intervenant sur la cible

- Manque de coordination des organisations intervenant sur la cible

Perspectives :

- Restitution de l'étude à différent niveau (UDI, acteurs et partenaires intervenant, autorités publiques,.....)
- Etendre cette étude au niveau nationale
- Intégrer cette cible dans le prochain ENSC
- Mettre en place d'un centre de PEC intégré spécialisé des addictions
- Plaidoyer pour un environnement favorable à cette population
- Mettre en place un programme de PEC des UDI.
- Renforcer les capacités des acteurs (médecins, assistant social, forces de l'ordre ...) intervenant à la PEC des UDI
- Renforcer les moyen d'intervention (équipe fixe, unité mobile, matériel IEC, RDR,.....)
- Révision de la liste des médicaments essentiels avec introduction de la méthadone
- Mise en place d'un comité fonctionnel de coordination des interventions à l'endroit des UDI

3.1.3.2. Conseil dépistage volontaire

La Politique

Au départ la stratégie nationale de lutte contre le sida se limitait à la prévention. Par la suite, la prise en charge des Personnes Vivants avec le VIH (PVVIH) a été progressivement intégrée à la riposte. La prise en charge médicale (dont les ARV), psychosociale et nutritionnelle ; la prise en charge des Accidents Exposant au Sang (AES) ; le démarrage du programme de Prévention de la Transmission Mère- Enfant (PTME) et la promotion du Conseil, Dépistage Volontaire constituent les compléments de la gamme des activités de lutte contre la propagation de la maladie dans le pays.

Le CDV est une stratégie importante de la lutte contre l'épidémie. Il sert de porte d'entrée aux autres services de prévention et de prise en charge du VIH/sida, notamment la PTME ; la prévention et la prise en charge clinique des Infections opportunistes, le contrôle de la tuberculose et le soutien psychosocial et légal.

Depuis la mise en œuvre de la politique du CDV, le secteur privé et les ONG ont réussi à implanter les premiers centres grâce à l'appui des partenaires au développement. Puis des normes et des protocoles ont été élaborés en 2002 afin de régir leur fonctionnement, ainsi que des guides de counseling et de recommandations nationales en matière de dépistage en laboratoire. Une révision périodique de ces documents était prévue afin de les actualiser en fonction de l'évolution de l'épidémie et des priorités du moment.

Une évaluation des services de CDV basée sur le document de Normes et Protocoles existant, faite en 2004 avait montré qu'il existe une demande importante de dépistage qui dépasse les capacités des structures existantes. Et par la suite des recommandations importantes ont été formulées dont:

- la revue des normes et protocoles existants en les adaptant au contexte actuel
- l'intégration du SCDV dans les structures de santé et l'organisation de stratégies avancées ;
- L'élaboration d'une politique nationale en matière de CDV en vue de réglementer les services.

Le programme d'implantation des CCDV et l'intégration du SCDV vont permettre de renforcer la prévention du VIH.

Ainsi l'objectif d'avoir au moins un CCDV dans chaque région qui avait été retenu dans le plan stratégique 2002-2006 a été révisé afin d'augmenter le nombre de SCDV et CCDV dans les régions et districts, en les intégrant dans les structures sanitaires publics, parapublics, militaires et autre secteur que la santé [(Centre Conseil pour adolescent), (Centres médico-scolaires)].

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

Stratégies

Les stratégies s'inscrivent dans le cadre d'un objectif général de prévention des nouvelles infections, et s'articulent autour de plusieurs objectifs spécifiques à savoir:

- La réduction des comportements et des pratiques à risque de transmission sexuelle
- Renforcement des interventions ciblées chez :
 - les populations clés les plus exposées (PS, MSM, UDI),
 - les groupes passerelles (pêcheurs, routiers, population des sites touristiques, forces de sécurité, déplacés migrant (es), détenu (es), orpailleurs, populations fréquentant les marchés hebdomadaires etc.) en prenant en compte la sexo-spécificité et les espaces transfrontaliers,
 - les jeunes de 15 à 24 ans (jeunes non scolarisés, jeunes du secteur informel, filles et garçons du milieu scolaire),
 - chez les Femmes adultes âgées de plus de 25 ans et la prise en compte des aspects genre, auprès des personnes handicapées.
- Assurer la promotion, l'approvisionnement, la distribution et l'utilisation des Préservatifs masculins et féminins (y compris le Marketing social)
- Renforcement des capacités institutionnelles et de l'assistance technique.
 - la prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES) et aux liquides biologiques
- Contribution au renforcement des capacités techniques des prestataires des structures de soins dans la lutte contre les infections nosocomiales et la gestion des déchets biomédicaux
- Prise en charge des cas d'exposition involontaire ou accidentelle au sang et aux liquides biologiques infectants

- Prise en charge des cas de violence sexuelle et des victimes d'exposition involontaire au sexe (impliquer les services AEMO et associations chargées de la PEC des victimes de violences sexuelles).

➤ Amélioration de l'accès aux services de qualité en CDV

- Elaboration de documents nationaux du CDV

Renforcement au niveau de la décentralisation nationale des services de dépistage volontaire (réhabilitation, équipement, fonctionnement etc.)

- Renforcement des capacités techniques des prestataires de CDV (Formation en counseling et en technique de dépistage)
- Approvisionnement en réactifs et consommables des services de CDV
- Organisation de Campagnes Nationales de Dépistage avec des stratégies avancées et mobiles ciblées
- Mise en place d'un système d'assurance qualité avec un contrôle de qualité interne et externe
- Renforcement du suivi évaluation, des capacités institutionnelles et de l'assistance technique pour les services de CDV

Mise en œuvre

- **Elaborer ou réviser des documents nationaux du CDV** : révision du document politiques, normes et protocoles prévue en 2012, guide du counseling révisé en 2011, document assurance qualité élaboré fin 2011 pour harmoniser les interventions dans l'ensemble des CCDVA et SCDVA du Sénégal.

- **Accélérer la décentralisation des services de dépistage**

- Former les prestataires de santé et communautaire sur le counseling, les techniques de dépistage et la prévention des IST/VIH

- Renforcer l'équipement au niveau des CCDVA et SCDVA

- Assurer l'approvisionnement en réactifs et consommables

- **Renforcer la promotion du CDV et de la prévention des IST/VIH auprès de la population générale et des groupes cibles par :**

- le conseil dépistage lors des stratégies fixes au niveau des sites

- et lors des stratégies avancées au niveau des zones d'accès difficiles et lors des grands événements

- **Renforcer le suivi évaluation par :**

-des supervisions formatives régulières nationales et régionales

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

• **Renforcer la coordination :**

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

➤ Niveau institutionnel

✚ le CNLS assure:

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

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

- la coordination et la gestion des activités ;
- l'appui technique aux autres secteurs ;
- la disponibilité des réactifs et consommables ;
- le suivi et l'évaluation périodique des activités avec

- la supervision de la mise en œuvre des activités dans les structures sanitaires et autres ;

- La réunion semestrielle du comité de pilotage du CDV. Il assure l'implication de tous les secteurs afin :

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

➤ Niveau décentralisé

✚ Le niveau régional

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

✚ Le niveau district

La coordination est assurée par le même dispositif qu'au niveau régional, dirigé par le MCD.

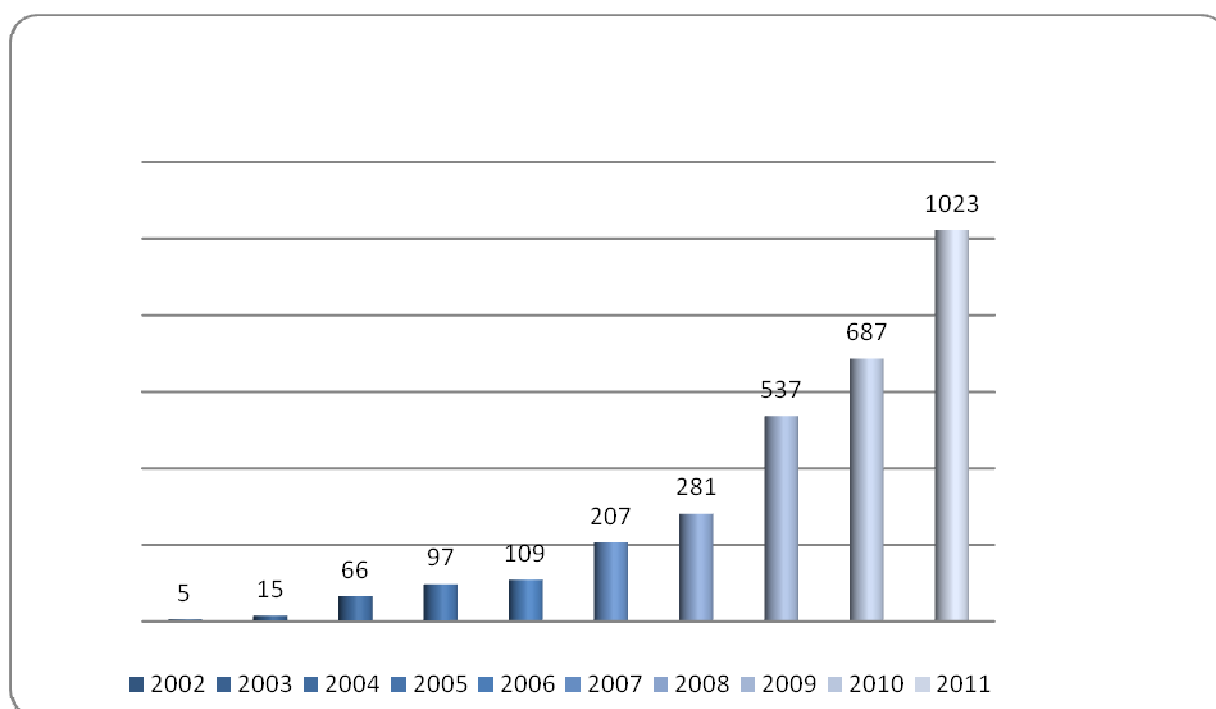
Résultats de la mise en œuvre

A. ACCES AUX SERVICES DU CDV

Evolution du nombre de sites de dépistage

Le nombre de sites CDV s'élève à 1.023 en 2011 contre 687 sites en 2010. En 2009, ce nombre était de 537 soit une augmentation de 28% en 2010 et de 90% en 2011 avec respectivement 145 et 328 de postes de santé supplémentaires en 2010 et 2011.

Nous notons une accélération de la décentralisation des services du CDV en 2011 pour atteindre une couverture des zones les plus reculées facilitant l'accès aux services et particulièrement le dépistage des femmes enceintes. Ceci va favoriser l'accès aux services de la PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH) chez les femmes dépistées positives, la prise en charge précoce chez les autres cibles dépistées positives et le renforcement de la prévention chez les volontaires dépistés négatifs pour atteindre les « OMD 6 » fixé d'ici 2015 avec comme vision Zéro enfant infecté, Zéro décès et Zéro discrimination.



Graphique 9: Evolution du nombre de sites de conseil dépistage de 2002 à 2011

Ainsi, le taux de couverture nationale en site de dépistage est de 64% en 2011 pour l'ensemble des sites du secteur santé et 72% pour la couverture des postes de santé.

Formation du personnel

Nous avons effectué un renforcement de capacité des prestataires de santé et communautaire en counseling et technique de dépistage en 2010 et 2011 pour améliorer l'accès au service du CDV. Ainsi 584 prestataires ont été formés en 2010 et 656 en 2011.

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

Dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH 2007 - 2011, le Sénégal s'est fixé des objectifs sur le dépistage volontaire de la population générale. Puis ces objectifs ont été revus à la hausse en 2009 pour atteindre l'accès universel. Ainsi l'analyse des résultats annuels obtenus nous a permis de mesurer les performances par rapport aux objectifs nationaux

Pour la période 2010- 2011, les performances par rapport aux objectifs annualisés sont respectivement 102% en 2010 et 81,9% en 2011 au niveau national malgré une collecte active non exhaustive des données au niveau nationale due à la rétention par la grève des prestataires du secteur santé. Cette rétention des données sanitaires a démarrée depuis juin 2010 et ceci explique le pourcentage de 81,9% atteint en 2011. Puisque que la collecte active organisé en début 2012 n'a pas pu avoir les données des structures décentralisées (867 postes de santé) du aux difficultés rencontrés par l'équipe à se rendre au niveau de ces sites.

Tableau 7 : Performance nationale du dépistage de la population générale de 2006 à 2011

Années	Dépistage population générale				
	Nombre de personnes dépistées au VIH par an	Objectif national du PSLs	Performance/objectif national (%)	Objectif national révisé pour tendre vers l'accès universel	Performance/objectif national (%)
2006	94 704	80 000	118,4%		
2007	127 911	96 000	133%		
2008	149 931	115 000	130%		
2009	211 863	138 000	153,5%	184 192	115%
2010	234 993			234 316	102%
2011	217 257			265 236	81,9

Ces objectifs du plan stratégique national de lutte contre le Sida ont été désagrégés aussi au niveau régional. Ce pendant les résultats analysés nous donnent les performances suivantes : en 2010 la plupart des régions ont atteint leur objectif. Seuls les régions de Fatick, Kolda, Diourbel, Thiès, Kaffrine et Sédhiou n'ont pas atteint leurs objectifs avec des taux respectifs de 93,7% ; 88,8% ; 70,1% ; 69,4% ; 55,2% et 49,7%. Par contre pour 2011, la période à laquelle la collecte active des données a plus souffert de la rétention des données, nous avons constaté 9/14 régions n'ont pas atteint leurs objectifs. Ce sont les régions de Kaffrine, Ziguinchor, Kolda, Matam et Louga qui ont atteint leurs objectifs en 2011 avec des performances respectives de 137,6% ; 126,6% ; 116,5% ; 112,3% et 106,1%.

Tableau 8 : Niveau d'atteinte des objectifs par rapport aux objectifs nationaux du plan stratégique 2007 – 2011

REGION	TOTAL DEPISTAGE DE L'ANNEE 2010*	OBJECTIF 2010	PERFORMANCE EN 2010 (%)	TOTAL DEPISTAGE DE L'ANNEE 2011*	OBJECTIF 2011	PERFORMANCE EN 2011 (%)
Dakar	57 262	51 775	110,6	54 710	58 607	93,4
Thies	21 219	30 553	69,4	13 453	34 585	38,9
Louga	24 961	17 116	145,8	20 552	19 375	106,1
Saint Louis	19 571	15 623	125,3	16 392	17 685	92,7
Matam	7 780	6 736	115,5	8 564	7 625	112,3
Kaolack	18 696	15 531	120,4	15 560	17 580	88,5
Kaffrine	4 031	7 296	55,2	11 363	8 259	137,6
Fatick	11 980	12 782	93,7	8263	14 469	57,1
Diourbel	16 227	23 151	70,1	9570	31 399	30,5
Tamba	17 249	15 149	113,9	11 169	17 148	65,1
Kolda	11 929	13 437	88,8	17 719	15 210	116,5
Ziguinchor	20 348	13 352	152,4	19 133	15 114	126,6
Sédhiou	4 136	8 315	49,7	8 857	9 412	94,1
Kédougou	3 604	3 500	102	1 952	3 962	49,3
Total	238 993	234 316	102	217257	265 236	81,9

Source: données DLSI / Programme

Ces différents résultats ont permis d'améliorer l'accès aux services de dépistage à la population avec réalisation et connaissance de leur statut sérologique.

Ce pendant la connaissance du statut sérologique peut contribuer à limiter l'épidémie car elle permet aux personnes de se protéger et de protéger leurs partenaires

Au cours de l'EDS IV de 2005 et de l'EDS-MICS, 2010, il avait été demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà effectué un test de dépistage du VIH et s'ils avaient reçu, ou non, les résultats de leur test. Ainsi les résultats obtenus concernant les différentes régions du Sénégal sont présentés dans le Tableau 9.

Dans l'ensemble, on constate que les proportions de femmes et d'hommes qui ont reçu le résultat du dernier test effectué au cours des 12 derniers mois a connu une hausse par rapport à 2005. Dans la population générale, cette proportion est passée de 1,1% en 2005 à 12,6% en 2010 soit une augmentation de 11,5 points de pourcentage.

Chez les femmes, en 2010, 13,6% des femmes connaissent leur statut sérologique contre seulement 1% en 2005. L'analyse selon la région montre que nous avons une meilleure proportion de femmes connaissant leur statut sérologique dans les régions de Ziguinchor (29%), Dakar (18,1%) et Kolda (15,1%). Par contre, les régions cette proportion est très faible dans les régions de Kaffrine (5,2%), Matam (7,7%) et Diourbel (7,7%).

Tableau 9: Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Région	FEMME		HOMME		FEMME		HOMME	
	(%) 2005	Effectif 15-49 interrogé	(%) 2005	Effectif 15-49 interrogé	(%) 2010	Effectif 15-49 interrogé	(%) 2010	Effectif 15-49 interrogé
Dakar	1,7	3 866	2,0	1 106	18,1	4 078	9,8	1 381
Ziguinchor	1,8	562	1,2	156	29	581	17,3	210
Diourbel	0,3	1 548	1,0	273	7,7	1 851	8,3	354
Saint-Louis	0,6	947	0,3	194	16	1 034	10,2	266
Tambacounda	0,8	851	0,8	220	8,9	725	8,8	214
Kaolack	0,6	1 642	0,6	328	13,3	1 172	7,5	317
Thiès	1,1	1 974	1,5	481	13,4	2 030	4,5	565
Louga	0,4	915	1,1	136	8,1	1 130	7,2	262
Fatick	0,6	708	0,4	156	13,2	717	6	204
Kolda	1,0	1047	2,1	265	15,3	640	13,6	198
Matam	0,6	543	4,0	101	7,7	595	8,9	152
Kaffrine					5,2	572	6,3	141
Kedougou					12,3	115	30,7	34
Sedhiou					12,7	448	6,9	120
Sénégal	1	14 602	1,5	3415	13,6	15 688	9,0	4 417

Chez les hommes, une proportion inférieure à celle des femmes, (9% contre 13,6%), a reçu le résultat du dernier test effectué dans les 12 derniers mois en 2010. Comparés à 2005, les résultats de l'EDS-MICS de 2010 ont montré que la proportion d'hommes qui connaissent leur statut sérologique a connu une augmentation de 7,5 points de pourcentage.

L'analyse régionale des données du tableau 9 montre que c'est seulement dans les régions de Dakar (2%) ; Thiès (1,5%); Kolda (2,1%) ; Matam (4%) que la proportion des hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH et connaissant leur résultat a atteint ou dépassé la moyenne nationale (1,5%) en 2005. Tandis qu'en 2010 cette proportion chez les hommes a été atteinte ou largement dépassée par rapport à la moyenne nationale (9%) dans les régions de Dakar (9,8%) ; Ziguinchor (17,3%) ; Saint louis (10,2%) ; Kolda (13,6%) et Kédougou (30,7%).

Faiblesses

- Malgré tous les efforts fournis par le programme de lutte contre les IST/sida pour l'accès au service de dépistage, le taux de dépistage est encore faible (de 12,6% au sein de la population générale, 13,6% chez les Femmes et 9% chez les hommes) (données EDSV/2010)
- Insuffisance dans la gestion des réactifs (insuffisance dans la tenue des outils de gestion) et des déchets biomédicaux
- Insuffisance dans le contrôle de qualité externe dans l'ensemble des sites
- Insuffisance des unités mobiles de dépistage
- Difficulté dans la PEC des personnes dépistées positives lors des SA
- Mobilité du personnel formé
- Insuffisance de formation du personnel sur l'assurance qualité
- Insuffisance dans la promotion du CDV et dans le ciblage de certains groupes vulnérables (UDI...)
- Rétention des données
- L'insuffisance d'implication du secteur privé (non-respect politique CDV concernant les laboratoires privés) et la non capitalisation des données de certains laboratoires du secteur privé et les hôpitaux.
- Absence de chaîne ELISA les régions (Banques de sang, labo régionaux)

A cela il faut ajouter l'absence de logiciel pour la saisie et la remontée des données de façon harmonisée au niveau national.

Perspectives

- Codification des nouveaux sites de dépistage
- Finalisation, reproduction et diffusion du document assurance qualité
- Révision de l'affiche sur la PEC des AESS
- Révision document politique, normes et protocoles
- Formation et recyclage du personnel secteur santé et communautaire avec focus sur le counseling et dépistage du couple
- Renforcement de la promotion du CDV au sein de la communauté et du couple
- Promouvoir les consultations et conseil dépistage pré-nuptiale (plaidoyers, sensibilisation...)
- Augmenter les unités mobiles
- Mise en place de chaîne ELISA au niveau des régions

- Assurer le suivi des personnes dépistées positives lors des Stratégies Avancées
- Assurer le contrôle qualité externe au niveau national
- Assurer un meilleur ciblage des personnes vulnérables
- Couverture complète de tous les PS sur l'utilisation des tests rapides

PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTRICES

A. Obstacles

La mise en œuvre du programme de prévention des IST/VIH, rencontre des obstacles notamment :

- la rétention des données lors des mouvements de grève depuis 2 ans, qui retarde l'analyse et la prise de décision pour des actions correctrices
- l'accès difficile aux services de prise en charge pour les personnes dépistées. Le CDV est décentralisé jusqu'au niveau poste de santé avec organisation de stratégies avancées au niveau des zones les plus reculées, alors que la décentralisation des services de prise en charge s'arrête au niveau centre de santé.
- Absence d'utilisation de logiciel national harmonisé favorisant le plus souvent la perte de données et une difficulté de la remontée de ces dernières selon la pyramide sanitaire.
- Insuffisance d'implication du secteur privé (laboratoires et certains hôpitaux) et la non capitalisation de leurs données

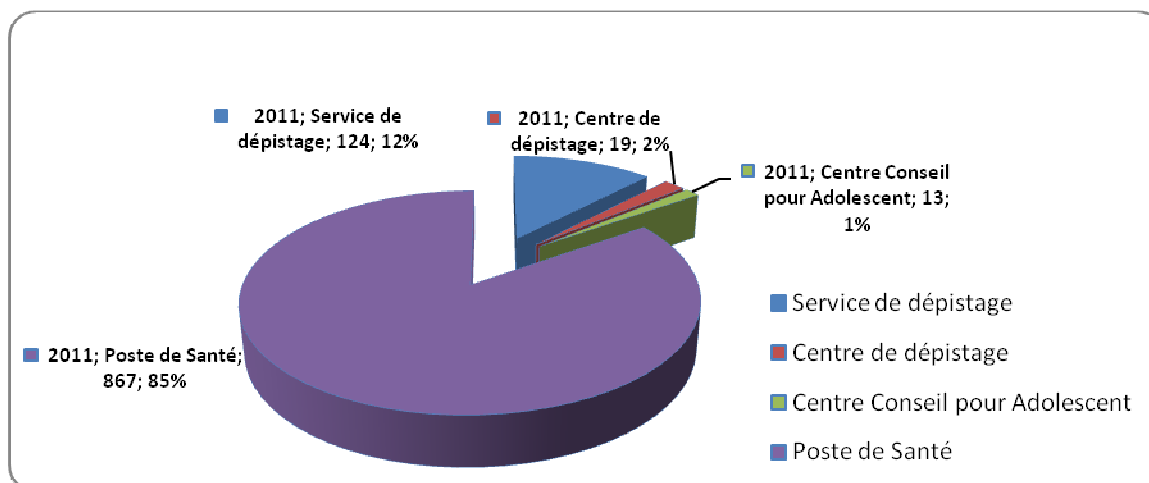
B. Mesures correctrices

- la décentralisation de la prise en charge au niveau poste de santé avec des supervisions régulières du MCD
- l'organisation de stratégies avancées de prise en charge médicale régulière pour le suivi des personnes dépistées positives dans les zones d'accès difficiles
- l'intégration dans les équipes de dépistage de médecins de prise en charge médicale lors des campagnes nationales pour l'évaluation clinique et même immunologique avec utilisation de PIMA dans le but d'assurer le continuum de soins et le démarrage du suivi des personnes dépistées positives.
- choisir et mettre en place un logiciel national harmonisé qui s'adapte à nos besoins de collecte de données fiables et sécurisées.
- Plaidoyer auprès du secteur privé pour une meilleure implication

LES MEILLEURS PRATIQUES

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

- la décentralisation des services de CDV au niveau des postes de santé améliorant l'accès aux services de dépistage dans les zones les plus reculées



Graphique 10 : Répartition des sites de dépistage selon le type de structure en 2011

- l'organisation de stratégies avancées de dépistage auprès de la population générale et des groupes vulnérables
- campagne semestrielle nationale de dépistage avec une contribution annuelle en moyenne de 20% du nombre total de personnes dépistées et connaissant leur statut sérologique au niveau du territoire national, 14.400 préservatifs hommes et 4.000 Condoms féminins distribués par an lors des phases depuis 2009

3.2. La prise en charge des PVVIH

3.2.1. Prise en charge médicale

Avant l'arrivée des médicaments ARV, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Sénégal était focalisée autour des meilleures connaissances du virus, de la prévention et de la prise en charge des infections opportunistes. Avec l'annonce du succès des traitements ARV, en 1996, le gouvernement s'est engagé à mettre en place l'ISAARV en 1998 en initiant une phase pilote limitée au niveau de 3 sites de Dakar. Les résultats de la phase pilote, ayant prouvé la faisabilité des traitements antirétroviraux dans le contexte du Sénégal, ont conduit en 2001, à l'extension de l'ISAARV au niveau d'autres sites de Dakar et dans les régions.

L'inscription des ARV et des réactifs de dépistage dans la liste des médicaments essentiels ainsi que la gratuité des ARV et des examens immuno-virologiques ont été déterminants dans le processus de décentralisation.

Ce programme de décentralisation de prise en charge par les ARV a débuté dans des hôpitaux régionaux, renforcée en 2003 par la gratuité des ARV, du dépistage du VIH et du taux de CD4 décrétée par le chef de l'état. Cette politique entrant dans le cadre du Plan Stratégique National (PSN) 2002-2006. Le passage à l'échelle a permis la décentralisation de la prise en charge des ARV dans l'ensemble des 14 régions. Les efforts de décentralisation déjà entrepris par le Gouvernement du Sénégal ont été renforcés dans le cadre de sa participation à l'Initiative «3 en 5» de l'OMS. Cette décentralisation se poursuit au niveau des districts sanitaires et en 2011, 114 structures offrent des services de prise en charge du VIH.

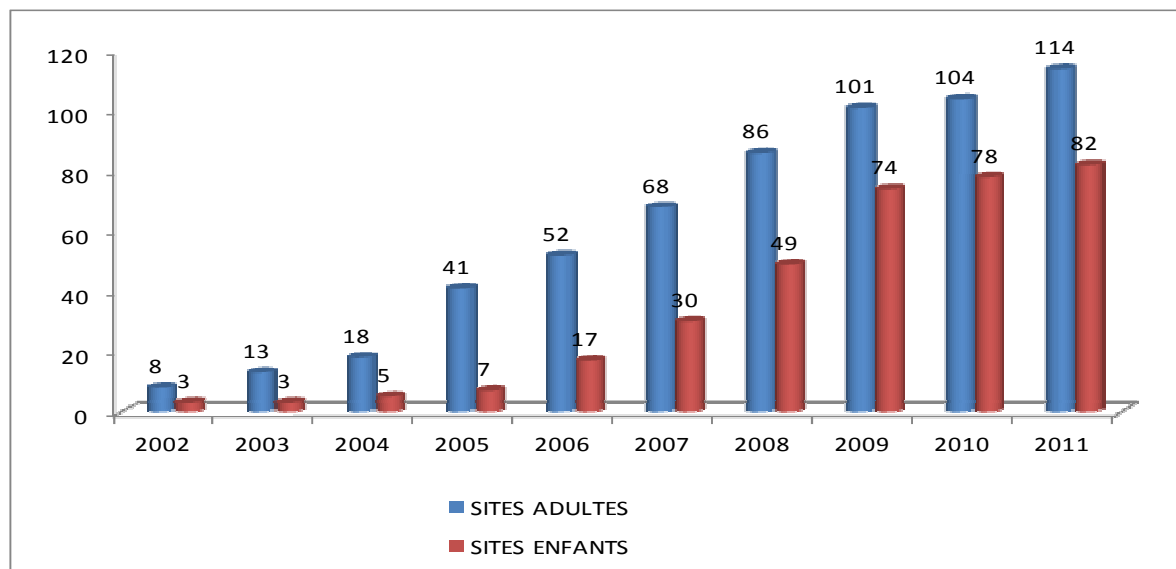
Ce passage à l'échelle de la prise en charge médicale des PVVIH a été accompagné par un document de politique nationale, un guide de prise en charge, des fiches techniques et des affiches sur les algorithmes pour orienter les prestataires de soins. La prise en charge doit se faire dans le cadre d'une approche multidisciplinaire impliquant toute l'équipe de soin qui doit au préalable bénéficier de renforcement de capacités des prestataires avec la définition d'un paquet minimum d'activités à assurer à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

En 2009 le programme VIH en collaboration avec le programme TB a élaboré un plan de lutte contre la coïnfection TB/VIH avec des interventions en phase avec les 12 activités recommandées par l'OMS.

Ceci s'est matérialisé par la mise en place d'un comité national et des comités régionaux de suivi de la coïnfection qui se réunit respectivement tous les 6 et 3 mois.

Les succès

- Bonne maîtrise de la gestion des ARV : avec un circuit d'approvisionnement bien défini et l'utilisation de la maquette de commande pour une bonne estimation des besoins
- Disponibilité des molécules d'ARV de première et de deuxième ligne
- Disponibilité des Combinaisons à dose fixe adultes et pédiatriques
- Mise en place de 45 ordinateurs au niveau des différents sites de Dispensation des ARV
- La décentralisation des sites de prise en charge

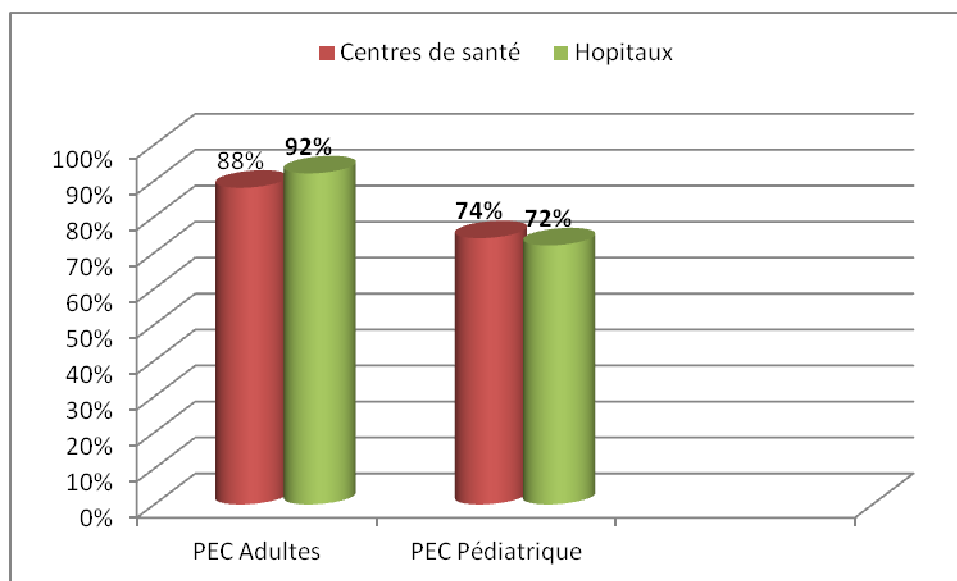


Graphique 11 : Evolution des sites de PEC de 2002 à 2011

Depuis le début de la décentralisation en 2002, nous notons une augmentation progressive des sites de PEC pédiatriques et des patients adultes qui sont arrivés à 82 sites pédiatriques et 114 sites adultes en 2011.

Par rapport à l'accessibilité des services de prise en charge du VIH, le Sénégal a enregistré en 2011 une couverture de 88% des centres de santé pour la PEC adulte soit 108 centres de santé

sur 123 et 74% soit 72 centres de santé 97 pour la PEC pédiatrique. Au niveau des hôpitaux la couverture est de 92% soit 23/25 pour la PEC adulte et 72% soit 18/25 pour la PEC pédiatrique



Graphique 12 : Taux de couverture des sites de PEC adultes et pédiatriques

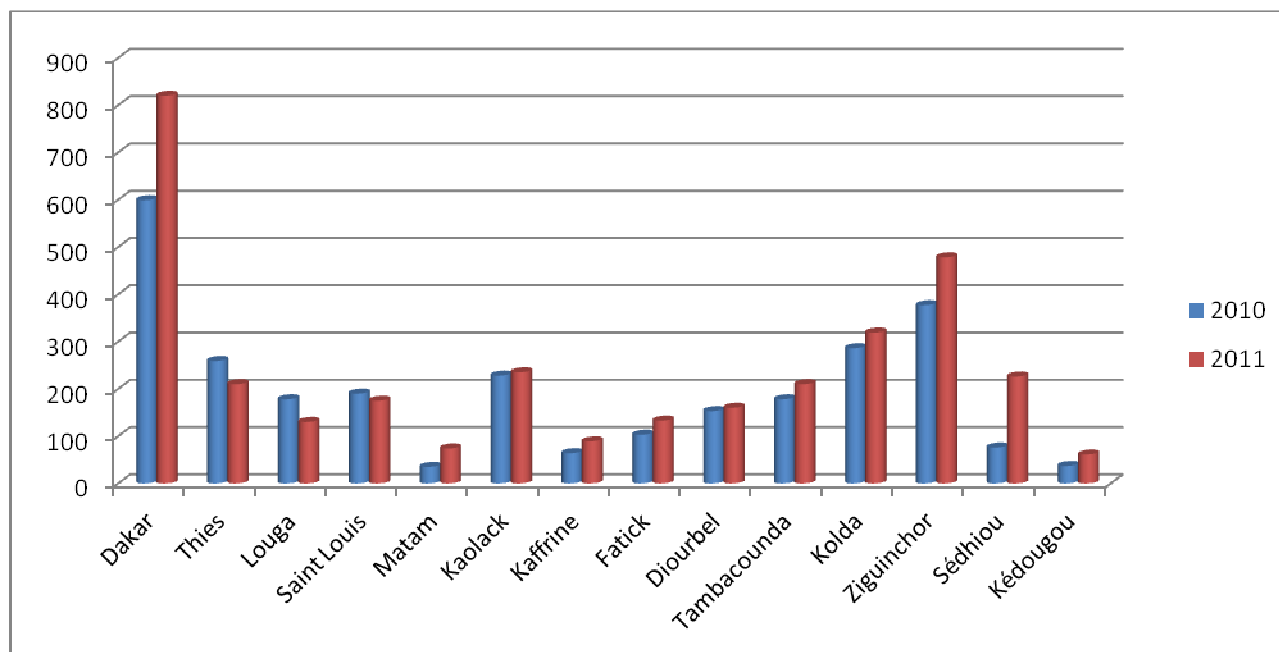
En 2010, la prise en charge a été décentralisée au niveau de 4 postes de santé test : 3 dans le district Saraya à Kédougou et 1 dans le district de Tivaouane.

Au niveau des structures sanitaires de l'Armée, il y eu 3 nouveaux sites portant à 6 le nombre de sites de prise en charge.

Cependant, l'implication des structures privées de santé reste toujours faible (2 sur 627).

➤ Augmentation du nombre de patients mis sous ARV

Tous les efforts consentis ont permis l'augmentation du nombre de PVVIH sous traitement ARV qui est passé de 1.855 patients en 2004 à 18.352 patients en 2011.



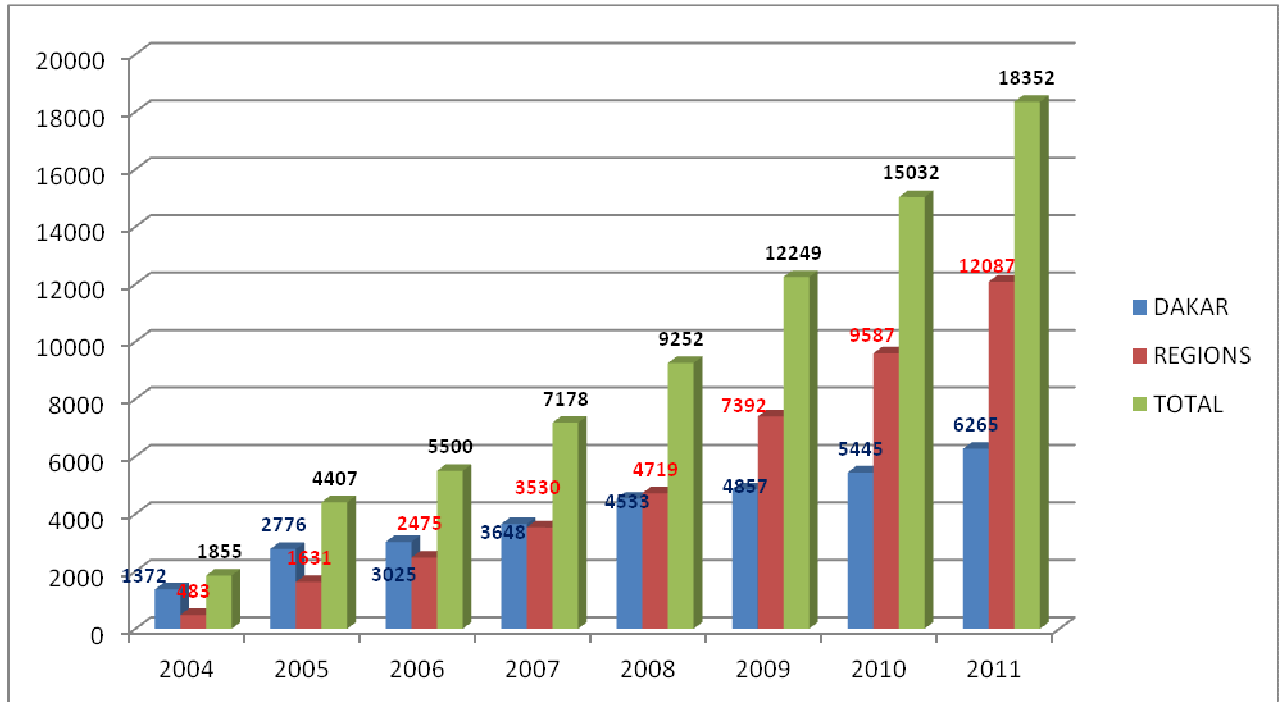
Graphique 13 : Evolution des nouvelles inclusions sous ARV entre 2010 et 2011 par région

Le nombre des patients nouvellement mis sous traitement ARV, a augmenté au niveau de tous les sites de Dakar et des régions entre 2010 et 2011.

Nombre de nouvelles personnes mises sous ARV

En 2011, 3320 ont bénéficié du TARV pour 4.226 qui en auraient besoin soit une couverture de 78%.

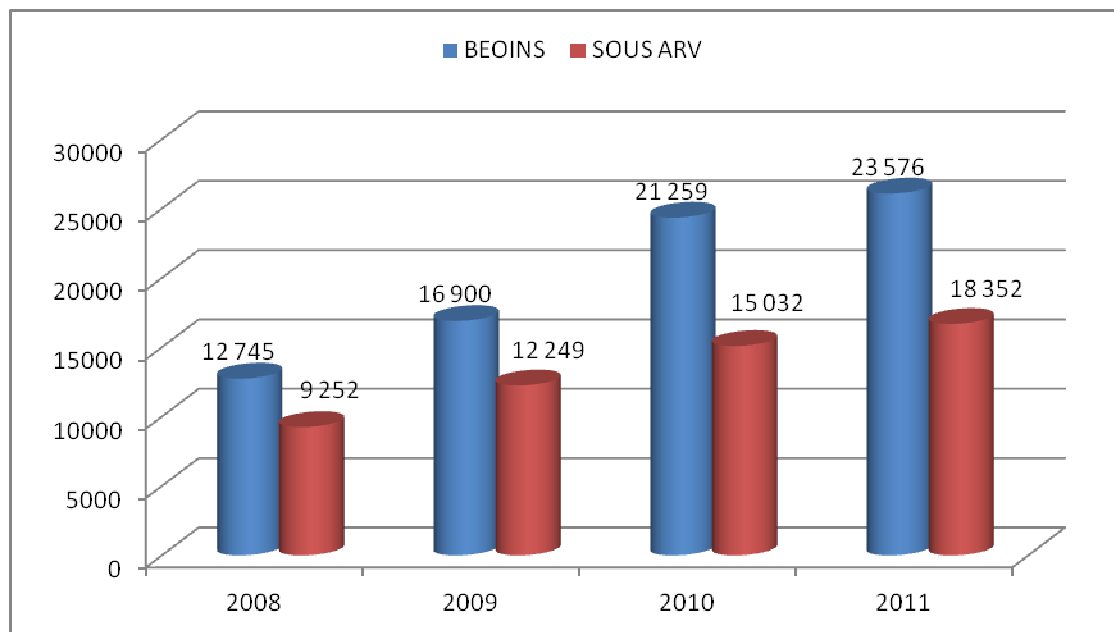




Graphique 14 : Evolution du niveau de décentralisation des patients sous ARV de 2004 à 2011

En 2004, 74% des patients étaient prise en charge à Dakar. Depuis 2008 on note une inversion de la tendance avec plus de la moitié des patients suivi dans les régions.

En 2011, 62% des patients sous ARV proviennent des régions



Graphique 15 : Taux de couverture de mise sous ARV des PVVIH de 2008 à 2011

Tableau 10 : Taux de couverture des besoins en ARV de 2008 à 2011

Années	Besoins en ARV (Spectrum)	Nombre sous ARV	Couverture
2008	12 745	9 252	72%
2009	16 900	12 249	74%
2010	21 259	15 032	71%
2011	23 576	18 032	78%

Cependant, malgré les efforts consentis, la couverture des besoins en ARV reste encore modeste sur le plan national avec un taux de 78% en 2011. Ceci s'explique par l'augmentation considérable des patients à mettre sous TAR après les nouvelles recommandations de l'OMS ($CD < 350/mm^3$).

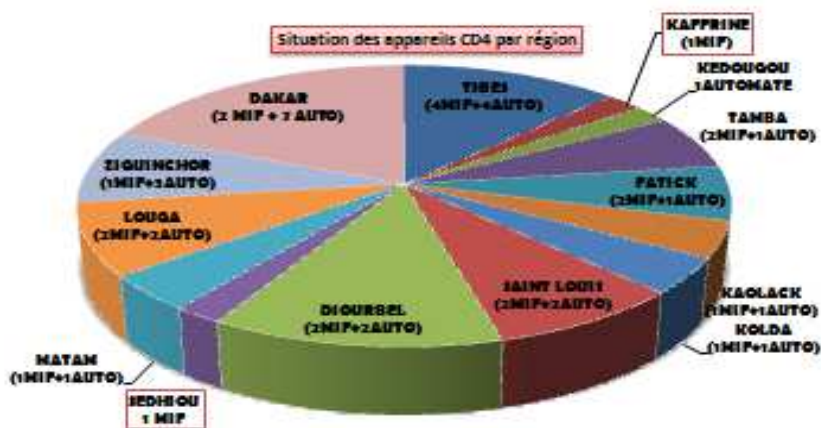
- Renforcement de capacité des prestataires par des formations et des stages pratiques

En ce qui concerne les stages pratiques effectués au CTA du CHU de Fann en 2010, 40 prestataires ont été formés, dont 21 Médecins, 2 Dispensateurs, 11 Assistants Sociaux, 6 Infirmiers et Sages-femmes.

En 2011, ces stages pratiques ont touché 30 prestataires dont 17 Médecins, 1 Dispensateur, 4 Assistants Sociaux, 8 Infirmiers et Sages-femmes.

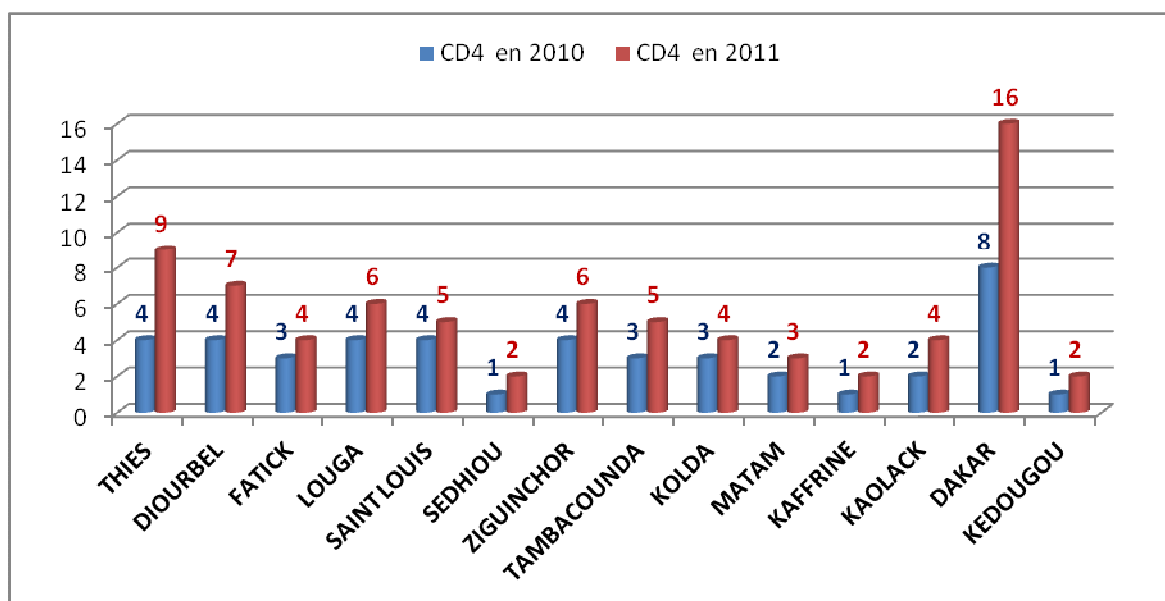
Pour des exigences de qualité, des normes et standards ont été élaborés et permettent une évaluation régulière de la qualité de la prise de charge.

- Couverture appréciable en moyens pour le suivi immunologique ($CD4$)



Graphique 16 : Répartition des appareils CD4 par région

Toutes les régions disposent d'appareils CD4 pour assurer le suivi immunologique des patients. Cependant, cette couverture en appareils CD4 semble faible avec 75 appareils (31 MIF et 44 Automates) sur 108 sites de prise en charge soit 69% de couverture. Des efforts seront consentis, en appuyant certains sites, par de nouveaux appareils ou en y redéployant certains appareils.



Graphique 17 : Evolution de la couverture en CD4 au niveau des régions

Entre 2010 et 2011, des efforts ont été accomplis pour renforcer tous les sites des régions et Districts sanitaires en appareils CD4.

- Disponibilité des outils de prise en charge (registres, dossiers, guides, affiches,....)
- Disponibilité des outils de gestion pharmaceutiques : registres de dispensation, fiches de stock et dossiers
- Participation des médiateurs PVVIH dans la prise en charge
- Evaluation du taux de survie annuelle de 2010

Tableau 11 : Evolution des Taux de survie de 2008 à 2010

ANNEE	TAUX DE SURVIE 12 MOIS
2008	88,20%
2009	84,60%
2010	74%

Pour les années 2008 et 2009, le taux de survie a été obtenu à partir des données de quelques régions. En 2010, le taux de survie, a été obtenu grâce à une collecte active de données au niveau des dossiers des patients. Ainsi, ce taux de 74% a une représentation nationale contrairement aux premières estimations de 2008 et 2009 qui ont été obtenue pour quelques sites. Le taux de décès de la cohorte de 2010 est de 8% alors que le taux de perdu de vue est à 16%. Ce fort taux de perdu de vue est lié plus à la notification des derniers rendez-vous des patients plutôt qu'à des perdus de vue.

Faiblesses

Malgré, les efforts fournis, des insuffisances sont toujours notés au niveau du Programme.

- Insuffisance de ressources humaines qualifiées et la mobilité du personnel surtout au niveau décentralisé
- Insuffisance en moyens pour le suivi virologique (uniquement Dakar et Thiès)
- Rupture fréquente des réactifs CD4
- Absence de moyens pour la maintenance des équipements de laboratoire : (sur 75 appareils de CD4, 19 sont non fonctionnels).
- Difficultés à réaliser les bilans de suivi biologique pour les patients
- Problèmes liés à la disponibilité des médicaments contre les I.O

- Rupture fréquente de Cotrimoxazole
- Absence de traçabilité des médicaments I.O
- Insuffisance des moyens financiers et humains (équipe sociale) pour l'accompagnement psychosocial des patients (recherche PDV, appui nutritionnel, éducation thérapeutique, groupes de parole etc...)
- Baisse de la qualité de suivi de la prise en charge médicale au niveau de certains sites
- Faible implication des centres de santé du Secteur Privé dans le suivi médical des patients.
- Profil de certains dispensateurs au niveau des centres de santé
- Manque de suivi des recommandations

Perspectives

- Élaborer le plan stratégique 2011-2015
- Mettre en place de moyens pour le suivi virologique dans 4 régions (Ziguinchor, Kaolack, St-louis, Thiès)
- Elargir l'accès au test de génotypage
- Harmoniser les appareils automatés de CD4 à 2 marques (afin de faciliter la maintenance et les commandes de réactifs)
- Mettre en place un Logiciel de gestion des données VIH pour le suivi des indicateurs
- Renforcer le plateau technique avec le Round 9 : RSS et VIH
- Mettre en place des protocoles de la 3^{ème} ligne
- Renforcer les capacités des prestataires
- Renforcer les capacités des dispensateurs sur le logiciel Sen ARV
- Renforcer les moyens pour l'accompagnement psycho-social des patients

Principaux obstacles et mesures correctrices

- Insuffisance des ressources humaines et mobilité du personnel
- Performance des laboratoires pour le suivi biologique : personnels qualifiés et équipements
- Multiplicité des marques d'automates CD4
- Maintenance des appareils de CD4
- Suivi virologique
- Estimation des besoins en réactif pour suivi immunologique (CD4) et biologique (diversité des appareils au niveau des structures)
- Insuffisance de fonds pour les activités psychosociales et nutritionnelles
- Absence de molécules de 3^{ème} ligne
- Consultation tardive à un stade avancé des patients
- Non harmonisation des logiciels de données

Meilleures pratiques

- Stages pratiques des prestataires
- Supervisions ciblées
- Supervisions formatives
- Inclusions boostées des enfants
- Délégation des tâches (décentralisation du suivi au niveau des postes)
- Recherches opérationnelles

3.2.2. Prise en charge de la coinfection TB/VIH

La Politique :

Pour cette composante, les activités de collaborations en 2011 ont consisté à la mise en œuvre des 3 stratégies recommandées par l'OMS à savoir :

- Mettre en place des Mécanismes de coordinations
- Réduire la charge morbide de la Tuberculose chez les PVVIH ou « 3I's »
- Réduire la charge morbide du VIH chez les patients Tuberculeux

A. Mettre en place les mécanismes de collaboration entre les Programmes tuberculose et VIH

En 2006 un plan intégré TB/VIH a été élaboré suivi de la mise en place de deux instances que sont le groupe de Travail TB/VIH logé au niveau du ministère de la santé et le groupe de suivi composés d'acteurs des programmes TB et VIH et des acteurs du niveau opérationnel. Dans le cadre du renforcement de cette intégration, des revues conjointes sur les données TB-VIH dans toutes les régions.

Outre les revues conjointes des programmes TB et VIH et les réunions du comité techniques, les activités de coordination ont été essentiellement marquées par la mise en place et la fonctionnalité des comités régionaux TB/VIH. Ces instances de coordinations au niveau régionales sont le cadre d'échanges réguliers entre les différents acteurs. Un canevas de réunion et une maquette d'analyse a été mise à la disposition des prestataires permettant ainsi d'avoir une analyse fine de la situation et une identification aisée des points à améliorer.

B. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/sida

Pour intensifier le dépistage des cas de tuberculose, un questionnaire pour la recherche active de la TB chez les PVVIH a été élaboré et reste à être diffusé.

Des affiches sur le screening TB chez les PVVIH ont été élaborées et mis en place au niveau des structures de PEC du VIH pour booster le dépistage de la TB chez les PVVIH. Ainsi en 2011, une tuberculose active a été dépistée chez 424 PVVIH.

Tableau 12 : Evolution des indicateurs de la coïnfection TB/VIH

ANNEES	Nb de TB toutes Formes	Total sérologie HIV chez TB	Total patients TB testés positifs	Total patients TB co-infectés VIH sous Cotrim	Total patients TB sous ARV	Nb patients PVVIH co-infectés TB	Nb patients PVVIH co-infectés TB sous Cotrim oxazole	Nb patients PVVIH co-infectés TB sous ARV	Nb patients dont la sérologie est connue avant ou au cours du traitement TB	Nb total coinfec tés TB VIH	Nb total coinfec té sous cotrimoxazol	Nb total coinfec té sous ARV
2008	11591	5774	412	284	129	189	140	77	5963	601	424	206
		50%	7%	69%	31%	0%	74%	41%	51%	10,10 %	71%	34%
2009	11732	6906	455	386	123	349	286	136	7255	804	672	259
		59%	7%	85%	27%	0%	82%	39%	63%	11,10 %	84%	32%
2010	11590	7181	350	286	117	361	308	151	7542	711	594	268
		66%	5%	82%	33%	0%	85%	42%	66%	9,40%	84%	38%
2011	11408	8050	394	346	174	424	367	228	8474	818	713	402
		71%	5%	88%	44%	0	87%	54%	74%	10%	87%	49%

Un atelier de consensus a adopté la mise sous prophylaxie à l'isoniazide des patients VIH présentant une infection latente. La phase pilote a été entamée au mois de Décembre 2011. Elle couvre les zones de Thiès, Mbour, Guédiawaye, Pikine et Rufisque. A la Fin 2011, 171 patients PVVIH avaient été mis sous traitement chimioprophylaxie

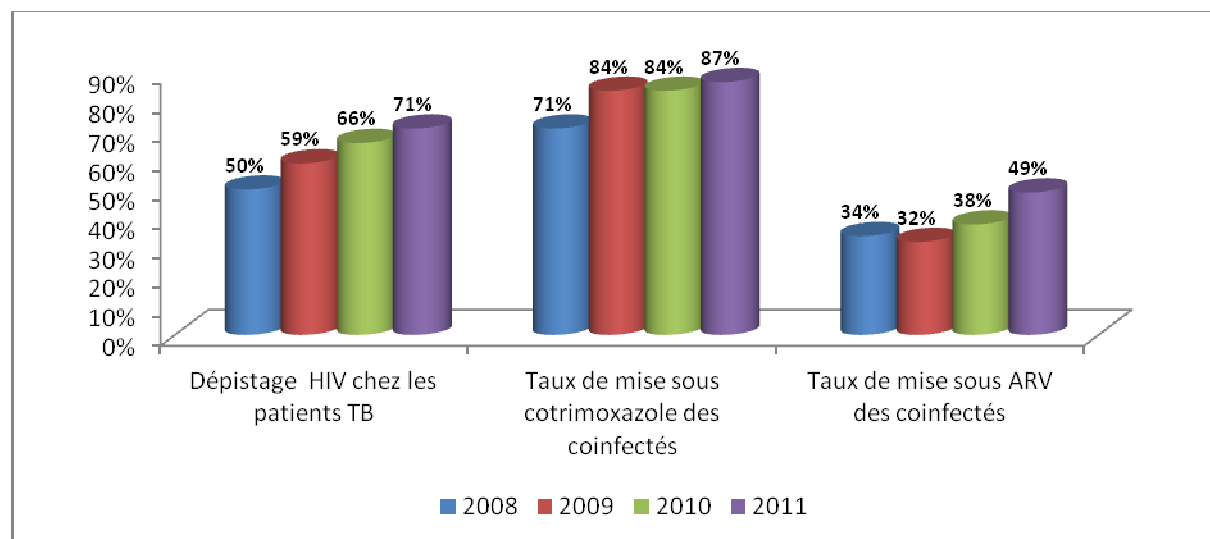
Cependant, des mesures pour la maîtriser de l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs restent à être développées.

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

Le programme TB recommande la mise systématique sous traitement préventif au cotrimoxazole de tous les patients TB dépistés positifs au VIH ainsi que leur référence systématique vers les structures de prise en charge. Cependant la mise en œuvre de cette recommandation aura été discutée et des directives claires avec un objectif de mise sous ARV restent à être définies.

Entre 2008 et 2011 le taux de dépistage VIH chez les patients tuberculeux a connu une augmentation de 20%.

La prophylaxie au Cotrimoxazole est a été appliqué chez 87% chez les patients co-infectés mais rencontre une contrainte dans la mise en œuvre lié à l'approvisionnement (cf. Graphique 18)



Graphique 18 : Evolution de la PEC de la coïnfection TB/VIH

Le taux de mise sous ARV reste toujours inférieur à 50% malgré un bon de 12 points cette année. L'objectif du plan stratégique est de prendre en charge 85% d'ici 2011 des patients TB dépistés VIH positif selon les normes.

Il faut noter le manque de concordance dans les objectifs des deux programmes dû à l'insuffisance de coordination pour la PEC de la co-infection TB/VIH tant au niveau central qu'au niveau décentralisé.

Les changements et avancées apportés à l'engagement national et à la mise en œuvre du programme au cours de la période de janvier 2010 à décembre 2011

- Comité national TB-VIH fonctionnel
- Réunions comité: revue trimestrielle TB /VIH en intégrant les hôpitaux, les PRA et les responsables de laboratoire régionale
- Consensus du l'INH
- Affiches sur recherche active TB
- Revues conjointes

Les perspectives

- Renforcement du Comité de suivi TB-VIH (Round 9 VIH/RSS)
- Élaboration du guide de PEC de la coïnfection TB/VIH
- Clarification des directives sur la cogestion des patients co-infectés TB/VIH
- Elaboration de directives pour systématiser l'administration du Cotrimoxazole et des ARV dans le cas de la coïnfection
- Intensification du dépistage de la TB chez les PVVIH: mise à l'échelle des affiches sur la recherche active de la TB chez les PVVIH.
- Mise en place du traitement préventif à l'isoniazide (Eude de faisabilité avant mise à l'échelle)

- Mesures de lutte contre l'infection nosocomiale TB
- Accélération du renforcement de capacités des responsables des CDT sur la PCIMAA VIH/TB.

3.2.3. Prise en charge communautaire des PVVIH et OEV

Les 59.000 Personnes vivant avec le VIH/sida (PvVIH) que compte notre pays répondent, dans l'ensemble, au profil socioéconomique de la population sénégalaise dont plus de 65% vit avec moins de deux dollars par jour. Avant ou en même temps que les conséquences médicales de l'infection, les PvVIH sont donc, d'abord vulnérables à cause de conditions économiques délicates et de leur situation sociale précaire. Elles sont victimes de perte d'emploi dû à la maladie, des coûts de la prise en charge qui les entraînent inexorablement vers la pauvreté et l'indigence. Cette situation est accentuée par la stigmatisation, la discrimination et le rejet dont elles font l'objet.

Pour les Orphelins et Autres Enfants rendus Vulnérables par le VIH (OEV), le VIH/sida impact sur l'état psychologique de l'enfant infecté ou affecté. Les effets psychosociaux de l'infection peuvent avoir plusieurs sortes de manifestations chez les parents ou les tuteurs. Aujourd'hui, le VIH/sida a évolué en une maladie chronique, avec ce que cela comporte comme conséquences en termes induit-en besoin d'accompagnement, de soutien et de soins. La prise en charge psychosociale des enfants vivant avec le VIH est un élément essentiel de l'accompagnement/soutien des parents.

Une bonne prise en charge des besoins ou des problèmes psychologiques peut concourir à améliorer la qualité de vie des PvVIH et des OEV. De nombreuses familles affectées et beaucoup de donneurs de soins, pour différentes raisons, n'ont pas les capacités et les moyens pour assurer un soutien psychologique adéquat à un enfant infecté/affecté. Les enfants qui subissent les fréquences récurrentes de maladies ou la perte d'un parent, endurent des conséquences désastreuses : perte des biens matériels, dégradation sociale, perte de l'identité, du statut, du capital social, de l'héritage, etc. Les personnes qui s'occupent des OEV, des familles touchées ont des besoins psychosociaux spécifiques et ont besoin d'être aidé à s'occuper au mieux des personnes infectées.

L'élaboration des stratégies de prise en charge communautaire déroulées entre 2010 et 2011, s'inspire de trois principales sources : le Plan stratégique National 2007-2011 ; l'utilisation de l'information stratégique (données, indicateurs et résultats) provenant de d'Etudes, de Recherches, des Bulletins épidémiologiques, rapports de mission, etc. ; des Orientations et indications scientifiques ONUSIDA et OMS.

La description ci-dessus a orienté les axes stratégiques qui sont mises en œuvre au bénéfice de personnes qui, pour la plus part n'ont pas partagé leur statut sérologique et vivent leur infection de manière individuelle. Alors que la prise en charge est qualifiée et voulue comme devant être communautaire. Les stratégies de la PEC communautaire tournent autour de six axes : l'Appui Nutritionnel (distributions de kits alimentaires, repas communautaires, éducations nutritionnelles, démonstrations culinaires), la contribution aux frais médicaux (achats d'ordonnances, Bilans, analyses, consultations, frais d'hospitalisation), l'appui psychosocial (groupes de paroles, visites à domicile, counseling), la prévention positive (groupes de discussions sur la prévention positive), la formation professionnelle, l'Insertion économique (AGR, microcrédit, etc.).

B : Mise en œuvre

L'objectif fondamental des activités de prise en charge communautaire est d'améliorer la qualité de l'accompagnement soutien et de la prévention positive des PVVIH, des familles et des OEV, par le développement de programmes ciblés sur les plus vulnérables.

La mise en œuvre des activités communautaires d'accompagnement et de soutien aux PvVIH et aux OEV, repose d'abord sur une distinction entre les cibles qui sont dans les associations-à travers la contractualisation- et celles dont la porte d'entrée pour les toucher, est constituée par les structures de Prise en charge (Centre de santé, Hôpital, CTA, UTA, Centre de dépistage, etc.). Sur les deux dernières années, la mise en œuvre a été effective dans toutes les régions. La mise en œuvre des activités communautaires d'accompagnement et de soutien aux PvVIH et aux OEV, s'appuie aussi sur un ensemble d'éléments essentiels dont les principaux sont :

- ⌘ l'analyse des besoins qui sert de base à la définition des services et prestations
- ⌘ la priorité accordée à la disponibilité des analyses et des médicaments contre les IO
- ⌘ la définition d'un Paquet minimum de services pour l'accompagnement soutien des PvVIH
- ⌘ l'approche basée sur une prise en charge est globale et centrée sur la famille (pour les OEV)
- ⌘ l'implication pleine des PvVIH dans la fourniture des services de traitement, de soins et d'accompagnement comme, donneurs de soins, médiateurs, pairs éducateurs, etc.
- ⌘ la prise en compte du principe du continuum de soins et services dans la prise en charge des PvVIH et des OEV

Les principales activités mises en œuvre sont :

- Distribution de denrées alimentaires aux adultes et OEV
- Repas communautaires et conseils nutritionnels pour les adultes
- Sessions d'éducatives nutritionnelles
- Contribution aux frais médicaux (Achats d'ordonnances, les consultations, les bilans et les analyses liés au VIH)
- Les activités de thérapie de groupe et de prise en charge psychosociale (Groupes de paroles, Counseling, Visites à domicile, Visites intra hospitalières, Recherches Perdues de Vue, etc.)
- Appui scolaire et Appui à la formation (paiement scolarité, Achat de fournitures scolaires, Achat de Blouses, Appui au transport, Appui à la formation professionnelle, Placement en centre d'apprentissage)
- Renforcements de capacités économiques des familles (AGR, micro crédit, etc.)

Succès

Avec les différents programmes mis en œuvre au Sénégal sur trois dernières années, la prise en charge communautaire des PvVIH et des OEV a produit d'importants résultats, aussi bien quantitativement que qualitativement :

- 49 associations d'accompagnement et de soutien des PVVIH et des OEV appuyées financièrement et techniquement dans toutes les régions (14) ;
- 16.650 PvVIH touchées par les activités communautaires de soutien ;
- 6.850 enfants infectés et/ou affectés appuyés et soutenus ;
- 5.218 OEV ont bénéficié d'une bourse de scolarisation, dans le cadre du projet MAP
- Appui institutionnel, administratif, comptable donné à 35 associations de PVVIH et de soutien aux OEV ;
- 33 associations de PvVIH dotées en matériel de bureau et en équipement technique.
- 50 médiateurs PVVIH pairs éducateurs interviennent dans les sites de PEC dans 10 régions
- Elaboration d'un Guide prise en charge des OEV ;
- Elaboration du Guide de Prise en Charge Nutritionnelle des OEV ;
- Révision du Guide d'Accompagnement/soutien des PvVIH,
- Révision du Guide de prise en charge nutritionnelle des PvVIH (PISEN) ;
- 17 Ateliers de formation sur Nutrition et VIH ;
- 768 Sessions d'éducatrices nutritionnelles pour les parents ;
- 8 Ateliers de formation sur la prise en charge psychosociale des PvVIH ;
- 7 Ateliers de formations sur la prise en charge psychosociale des OEV ;
- 6 Ateliers de formation sur la gestion de microprojets économiques ;
- 6 Rencontres régionales sur le Continuum de soins ;
- 1 rencontre nationale sur le Continuum de soins ;
- 3 Ateliers de formation sur la Prévention Positive ;
- 2 Ateliers de renforcement sur GIPA (Participation Significative des PvVIH dans la réponse);
- 1 Atelier d'élaboration du Paquet minimum de services pour les PvVIH et les OEV ;
- 1 Rencontre nationale d'harmonisation des activités de renforcement économique ;
- 6 Ateliers de formation sur le Management associatif ;
- 5 Ateliers de formation sur le Développement Organisationnel ;
- Rencontres d'harmonisation des interventions.

Faiblesses

L'analyse des résultats obtenus dans l'accompagnement et le soutien des PvVIH et des OEV nous montre les principales difficultés qui persistent pour un accès universel aux services de prévention, de soins et de traitements de qualité. Il s'agit essentiellement des pesanteurs socioculturelles voire religieuses qui entravent les efforts de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Il s'y ajoute un gap programmatique dans le ciblage des PvVIH et des OEV les plus vulnérables (en termes de localisation et de services).

La faiblesse des capacités de mise en œuvre au niveau opérationnel se traduit par des insuffisances dans le continuum de soins et dans la prise en charge communautaire et socioéconomique des PVVIH et des OEV.

La clôture du projet MAP au Sénégal ainsi que celle de la participation de l'Etat, du secteur privé et des collectivités locales, ont entraîné un gap dans la couverture de la prise en charge communautaire et globale des PvVIH et des OEV.

La modicité de l'offre disponible pour répondre à la forte demande a une conséquence immédiate : la qualité toute relative des services et des prestations pour la prévention (positive), les soins et traitements destinés aux PvVIH et aux OEV.

Dans les activités de prise en charge psychosociale, le constat est que la plupart des programmes se focalisent encore trop sur les adultes et très peu sur les enfants affectés. Si toutefois, ils sont ciblés, les interventions sont plutôt orientées sur les aspects matériels, nutritionnels, économiques, scolaires, etc.

Pour les l'association des PvVIH, le résumé des principales faiblesses se présente comme suit :

- La prise en charge médicale (médicaments contre les IO, analyses, bilans) est encore insuffisante pour la plupart des PvVIH, surtout celles qui sont dans les régions, dans les zones rurales et semi urbaines.
- Les soins et les traitements sont inaccessibles pour la plupart des personnes infectées et affectées (ordonnances, bilan biologique, frais de transport, frais d'hospitalisation, etc.). En raison notamment de l'insuffisance des budgets disponibles.
- Une forte insuffisance du soutien nutritionnel, qui dans la plupart des cas, reste anecdotique et symbolique.
- Un faible niveau de l'insertion sociale, économique et professionnelle des PVVIH.
- Un déficit de plaidoyer fort pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes infectées et affectées, des PS et MSM.
- La faiblesse institutionnelle et organisationnelle d'une grande partie des associations de PvVIH.
- La prise en charge communautaire est encore seulement « associative ». Il n y a pas une implication des familles et des communautés.
- Des difficultés à appliquer le Paquet minimum de services dans la prise en charge des PvVIH.
- Des obstacles à l'effectivité du continuum de soins et des services dans la Prise en charge des PvVIH et des OEV

- Le coût inadapté dans la budgétisation des activités de soutien et d'accompagnement
- Pour la prise en charge des OEV, le résumé des principales difficultés se présente comme suit :
- L'insuffisance des ressources allouées à la prise médicale et nutritionnelle des OEV
- Déficit de personnes ressources de qualité capables de répondre aux besoins spécifiques de l'enfant vivant avec le VIH
- Problème de ciblage et de stratégie adaptée pour les enfants adolescents 15-18 ans (transition)
- La persistance de services non adaptés à leurs besoins individuels
- Les problèmes d'identification des enfants affectés par le VIH, en dehors des associations de PvVIH
- La faiblesse des réponses familiales dans la prise en charge de l'enfant affecté. Difficulté lié au non-partage du statut avec la famille, en cause de stigmatisation et de la discrimination.
- La timidité de l'approche dans la prise en charge des enfants.
- Le coût inadapté dans la budgétisation des activités de soutien et

Perspectives

- Renforcer les réponses familiales dans la prise en charge de l'enfant et de l'adulte affecté.
- Renforcer les activités de lutte pour la réduction de la stigmatisation
- Redéfinir le paquet minimum de service et l'adapter aux moyens disponibles
- Favoriser et développer l'implication des collectivités locales et du secteur privé dans l'accompagnement/soutien aux PvVIH et aux OEV.
- Développer la mise en place de mutuelles de santé pour la prise médicale des PvVIH et des OEV
- Renforcer la présence des médiateurs PVVIH dans toutes les structures de PEC
- Intégrer les services de SR dans les activités d'accompagnement destinés aux PvVIH
- Intégrer les services de TB dans les activités d'accompagnement destinés aux PvVIH
- Renforcer l'autonomisation des PvVIH et des associations de PvVIH

D : Principaux obstacles et mesures correctrices

- Contraintes et défis
- Difficultés dans la mise en œuvre du paquet minimum de services à cause de l'accroissement continu des nouveaux adhérents aux associations bénéficiaires dans un contexte d'insuffisance des ressources
- Stigmatisation et discrimination contre les PVVIH

- Manque de ressources humaines de qualité dans la prise en charge des besoins spécifiques des OEV
- Qualité des prestations compromise par la forte demande et l'insuffisance des ressources
- Qualité des rapports d'activités des associations

Solutions préconisées

- Augmenter de manière substantielle les ressources allouées à la PEC des PVVIH et des OEV
- Développer l'implication des collectivités locales et du secteur privé
- Poursuivre le renforcement en management associatif et en développement organisationnel des associations de PVVIH
- Améliorer le système de gestion des bénéficiaires des services
- Cibler les plus vulnérables dans la délivrance des services et prestations
- Donner à la famille toute sa place dans la PEC des PVVIH et des OEV

E : Meilleure pratiques

- Définition d'un paquet minimum de services pour la Pec des PVVIH et des OEV
- Décentralisation des activités communautaires de prise en charge
- Médiateurs PVVIH, MSM et PS dans les structures de soins et de prise en charge
- Approche Holistique (globale) de la prise en charge des PVVIH et des OEV
- Prise en charge communautaire de l'OEV centrée sur la famille
- Obligation de restitution des formations au niveau de l'association pour les PVVIH participants aux et des sessions de capacitations
- Participation des PVVIH et des parents d'OEV à la prise en charge médicale (ordonnances, bilans, analyses, consultations).

3.2.4. La Gestion logistique et le GAS

Politiques

Avec l'ISAARV, le Sénégal s'est engagé depuis 1998 à administrer les ARV aux malades du SIDA. Avec les efforts successifs de l'Etat, le traitement est dispensé gratuitement au niveau de toutes les régions. Concomitamment, le suivi biologique des malades qui accompagne le traitement a été décentralisé et le dépistage est réalisé aujourd'hui jusqu'au niveau des Postes de santé. Les Médicaments ARV, réactifs et autres intrants sont intégrés dans la liste nationale des médicaments essentiels. L'approvisionnement des médicaments et autres produits du VIH a accompagné et rendu effective cette décentralisation dans toutes les localités où se mènent

les activités de PEC au niveau du pays. L'approvisionnement des médicaments ARV et IO et des réactifs est assuré suivant le code des marchés publics communs aux pays de l'UMEOA, par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement PNA, établissement public de santé bénéficiant d'une autonomie financière place sous la tutelle technique du Ministère de la santé et de la prévention et la tutelle financière du Ministère de l'économie et des finances.

Un dossier d'appel d'offres ou une demande de renseignement de prix est élaboré selon les différents seuils d'acquisition en collaboration avec le SE/CNLS et la DLSI. Dans tous les cas, l'aval des autorités compétentes est indispensable lors des processus de passation de marchés mis en œuvre par la PNA, à savoir entres, le conseil d'administration ; le ministère des finances, l'ARMP et la DCMP afin d'assurer une gestion transparente et concurrentielle et d'obtenir le prix le plus bas possible pour des produits de qualité.

Les ARV et les réactifs coûtent chers, mais l'Etat fait des efforts importants pour rendre les produits disponibles et gratuits, avec l'appui des Partenaires au développement.

Stratégies

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

- Meilleure maîtrise de l'estimation des besoins Suivi régulier des dates de péremption et des stocks et application du FIFO
- Définition du seuil de commande
- Définition d'un stock de sécurité de 1 mois : niveau site
- Disponibilité de 6 mois de stocks dans les PRA
- Mise en œuvre par la PNA de marchés à bon de commande pour éviter le sur-stockage ou les péremptions des produits.
- Le stockage et la distribution des produits sont effectués par la PNA et les PRA grâce à un système informatisé suivant des procédures garantissant le respect des conditions physiques et climatiques prédéfinies par le fabricant.

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

Faiblesses : obstacles et mesures correctives

- Non disponibilité du Bilan de suivi dans certains sites de PEC
- Multiplicité des marques d'équipements
- Difficultés notées dans la quantification des réactifs
- Ruptures fréquentes des réactifs CD4
- Faible utilisation des MIF Absence de budget de maintenance des équipements
- Beaucoup de difficultés liées aux médicaments contre les infections opportunistes
- Manque de dans l'utilisation des médicaments contre les IO
- Profil des utilisateurs des appareils
- Retrait Fondation Clinton
- Points forts
- Mise en place de 45 ordinateurs dans les sites à cohorte très élevée :
- Bonne Disponibilité des tests de dépistage
- Disponibilité des ARV de première et deuxième ligne de Traitement
- Existence des combinaisons à dose fixe adultes et enfants
- Circuit bien défini PNA – PRA – Sites de PEC
- Intégration de tous les produits du VIH dans le circuit défini :
- Formation des dispensateurs sur la gestion des stocks
- Disponibilité et remplissage des outils de gestion au niveau de la dispensation :
- Mise en place de trois laboratoires de Biologie Moléculaire au niveau de trois axes : Thiès; Richard Toll; Kolda
- Equipement de 10 nouveaux sites en automates CD4,
- Bonne couverture des équipements pour le comptage des CD4
- Disponibilité (transaminases, Créatinémie, glycémie, MIF, Facs count)
- Bonne prophylaxie TME

Succès

- Intégration de tous les produits du VIH dans le circuit PNA- PRA- Sites de PEC
- Harmonisation des fiches de notification des 3 maladies prioritaires
- Disponibilités des médicaments à Combinaisons à dose fixe double et triple
- Diffusion et mise en place des registres de dispensation dans les sites de PEC EWI
- Intégration des notions de pharmacovigilance dans les curricula de formation des sages-femmes et infirmiers

Perspectives

- Rendre disponibles les molécules de troisième ligne Lignes : dérogation pour achat direct définir les protocoles de 3^{ème} ligne
- Formation des dispensateurs sur l'utilisation du logiciel Sen-ARV
- Rationalisation des protocoles adultes pour une meilleure quantification
- Mise en place des indicateurs GAS et de Qualité
- Renforcer le système d'information et de gestion logistique
- Assurer la formation des dispensateurs des régions non formées
- Assurer la réparation et la maintenance des équipements
- Mettre à jour les procédures de gestion des ARV
- Reproduire et diffuser le guide de gestion des stocks, dans les sites
- Formation des prestataires sur la notification des effets indésirables
- Promouvoir la notification des cas d'effets indésirables

4. MEILLEURES PRATIQUES

4.1. Direction politique

Dans le domaine de la Direction Politique, il faut noter les avancées suivantes qui renforcent de la gestion multisectorielle de la Réponse, fondement de notre politique nationale

1. **La 3^{ème} et la 4^{ème} réunion annuelle du CNLS** ont été tenues respectivement le 09 Janvier 2008, et le 31 juillet 2009 sous la présidence du Premier Ministre et du Ministre de la Santé et de la Prévention
2. **La première et la deuxième réunion du Forum des partenaires** ont été tenues respectivement le 16 janvier 2008 et 9 Mars 2009 sur une base annualisée et le comité des partenaires a été mis en place
3. **De nouveaux Ministères** ont été cooptés dans le cadre de l'élargissement de la réponse Multisectorielle (Ministère en charge du Tourisme, Ministère en charge de l'Intérieur, Ministère de la Justice à travers l'Administration Pénitentiaire pour le ciblage du Personnel des Maisons d'arrêt et des détenus, le ministère en charges des Transports)
4. **Approfondissement** du processus de décentralisation avec la mise en place de « Pools Sida autour du district » et par une approche de planification régionale intégrée multisectorielle qui part de plans opérationnels autour du district

4.2. Environnement politique favorable

La Loi VIH

La Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida, prise lors de la 21e Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida à New York en 2001, ainsi que les déclarations des Chefs d'État Africains aux Sommets d'Abuja et d'Addis Abeba, engagent les pays signataires à ...« *promulguer, renforcer ou appliquer, selon ce qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie* ». Face à cet appel, il s'est agi de trouver à travers un cadre normatif, des réponses qui concilient les droits des individus avec les impératifs de santé publique.

Six (6) ans après la loi type de Ndjamena, au Sénégal, après un long processus participatif et inclusif d'élaboration, la loi relative au VIH/sida a été votée à l'Assemblée Nationale (Février 2010), au Sénat (Mars 2010) et promulguée en Avril 2010. Cette loi comporte 41 articles allant des informations générales jusqu'aux dispositions finales qui voudraient que *des décrets déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi*.

La vulgarisation de cette loi à large échelle a été un challenge pour tous les acteurs du pays pour une meilleure compréhension et une appropriation de cette loi par tous les acteurs impliqués. Le Conseil National de lutte contre le sida (CNLS), les parlementaires et les partenaires se sont fixés pour objectif de sillonner toutes les régions du pays pour partager avec les populations. Ceci dans l'optique d'apporter aux autorités et aux populations l'information nécessaire sur la législation spécifique au VIH/sida qui existe actuellement au Sénégal en matière de prévention, de prise en charge, de protection et de promotion des droits des personnes infectées, des personnes affectées, des groupes reconnus vulnérables et de la population en général.

Actuellement 13 sur 14 régions ont été visitées et des ateliers décentralisés jusqu'au niveau départemental ont été organisés. Ces séances de vulgarisation ont suscité beaucoup d'intérêt auprès des populations. La participation active des différents acteurs durant tout le processus

d'élaboration et de d'adoption de cette loi, l'implication des parlementaires, des autorités administratives, locales, sanitaires et des populations vulnérables demeurent une bonne pratique de ce processus.

L'élaboration des textes d'application et d'un plan de communication constituent les prochaines étapes de ce processus de partage à large échelle.

Le Genre et le VIH

La Déclaration Politique sur la Lutte contre le VIH et le sida adoptée par le Sénégal lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies de Juin 2006, le Sénégal a la particularité de mettre en exergue le lien entre les droits humains et le VIH. Par cet acte, le Sénégal s'est engagé à intensifier ses efforts pour mettre fin à la discrimination, protéger les droits fondamentaux des personnes et éliminer les inégalités entre les sexes et la violence sexiste.

La création en 2010 d'un Ministère en charge du Genre et, notamment, l'implication de ce département dans le cadre du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le sida participent de la promotion d'un environnement favorable à la protection des droits humains et au respect de l'égalité des genres. L'engagement de ce nouveau ministère doit permettre de davantage replacer l'épidémie du VIH dans le contexte des inégalités qui la favorisent et d'agir sur l'équilibre des pouvoirs dans les relations de genre.

- Dans un tel contexte, certains événements majeurs sont à considérer comme des acquis du PNMLS :

Les chiffres montrent que l'épidémie VIH se féminise. Si en 1986, l'on comptait 4 hommes pour 1 femme, l'EDS (2005) révèle 2 femmes infectées pour 1 homme / soit un sexratio de 2,25. Face à une telle réalité, le Conseil National de lutte contre le Sida a voulu cerner les déterminants de la féminisation de l'épidémie et a commandité une **étude sur la féminisation du VIH** (2010) qui a souligné la nécessité de développer i) des partenariats sur le genre, sur les violences basées sur le genre, ii) la formation en genre des intervenants, iii) une approche genre inclusive des hommes et des femmes, basée sur la communication avec et au sein du couple et la mise à l'échelle des expériences probantes sur la communication parents-enfant. Il est à noter que le sexratio est à 1,6% selon les résultats de l'EDS V-MIC

Lancement en novembre 2010 du **Comité de veille et d'alerte pour un environnement favorable aux interventions en direction des populations vulnérables**, recommandation du 2^e Forum des Partenaires (2009). Ce lancement a marqué la mise en place des groupes de travail : Genre / Populations clés les plus exposées PS et MSM / UDI et PPL / PVVIH et

OEV. Marquant sa ferme volonté de juguler les déséquilibres de genre dans la mise en œuvre du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida, le Sénégal a démarré en 2011 le processus de formulation de la *Politique Nationale sur le Genre et le VIH*, sur une base inclusive et participative. Cet exercice a été mené sous la supervision d'un comité de pilotage, émanation du groupe de travail « Genre et VIH » et s'est opéré en lien avec les recommandations de *l'Agenda de l'ONUSIDA pour une action accélérée en faveur des femmes, des filles et de l'égalité de sexes dans un contexte d'épidémie VIH*. Le document de politique est en cours de finalisation et servira de cadre de référence aux partenaires et aux acteurs de la réponse pour réduire l'influence des déséquilibres de genre sur l'épidémie du VIH.

Les résultats de l'EDS 5 (2010) ont montré la stabilité de la prévalence dans la population générale (0,7%) et révélé une tendance à la baisse de la féminisation de l'épidémie VIH donnant un sexratio de 1,6 en comparaison du chiffre de 2,25 enregistré en 2005 (EDS 4). Face à cette tendance positive, il convient de renforcer la dynamique enclenchée pour davantage agir sur les déterminants de la féminisation de l'épidémie VIH.

Les défis qui interpellent le pays d'ici l'horizon 2015

Renforcement du Plaidoyer pour le respect et la promotion des droits humains

Opérationnalisation de la vision portée par le document de politique nationale sur Genre et VIH à travers l'Elaboration d'un guide de mise en œuvre incluant les supports et les outils adaptés pour une intégration opérationnelle et concertée du genre dans la lutte contre le VIH/sida

Le Plaidoyer en faveur d'une plus grande tolérance envers les MSM

Les bons résultats que le Sénégal a enregistrés ces dernières années en matière d'intervention auprès des groupes vulnérables afin de contenir la forme concentrée de l'épidémie VIH/sida dans le pays ont été menacés par une réaction violente grandissante contre l'homosexualité et les MSM (hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes). Les MSM sont devenus plus visibles dans la société sénégalaise pour s'être impliqués de plus en plus dans la réponse au VIH/sida au niveau national, encouragés en cela aussi par les organisations internationales dans l'affirmation de leur identité – particulièrement suite à la rencontre ICASA tenue à Dakar en 2008. Malheureusement, il s'en est suivi un violent déchaînement d'indignation et de débat public. Plusieurs cas de persécution, d'arrestation et de détention de

MSM, en commençant par l'arrestation de participants à un prétendu mariage homosexuel en janvier 2008, ont attiré l'attention au niveau international.

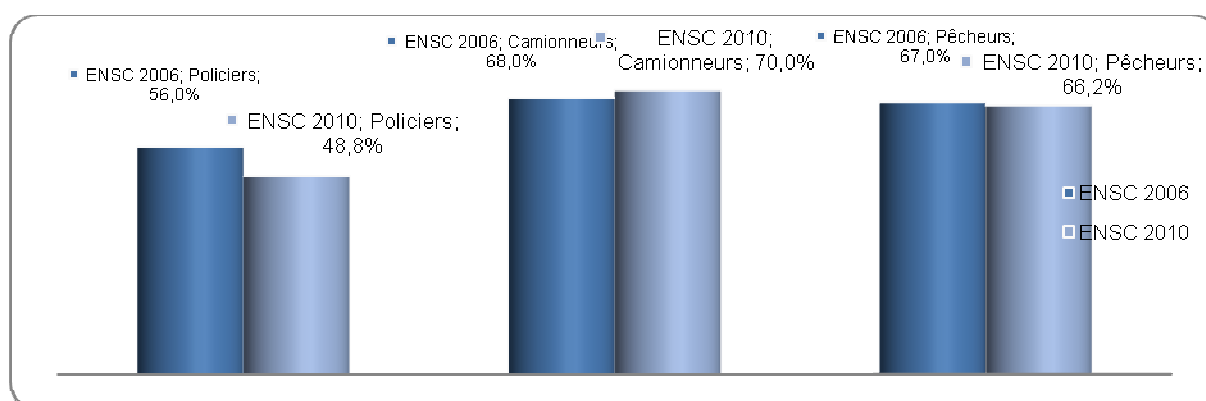
En réaction à l'arrestation qui s'en est suivie de militants MSM de la prévention du VIH, un collectif d'organisations sénégalaises et internationales de réponse au Sida, d'organisations non gouvernementales et de chercheurs a mis sur pied un comité informel de crise afin d'obtenir leur libération. Un sous-comité appelé le Groupe restreint a élaboré des stratégies permettant de répondre à la persécution des MSM au Sénégal et de promouvoir un plus grand respect pour la dignité de ces derniers. Cette entité est devenue Groupe de réflexion sur les MSM suite à la mise en place du *Comité national de veille et d'alerte*, en novembre 2010.

Le Groupe de réflexion sur les MSM a publié, avec le soutien financier de l'ONUSIDA, le document de plaidoyer pour développer la tolérance vis-à-vis des MSM au Sénégal. Le document identifie un certain nombre de messages religieux, culturels et sociaux sous-jacents qui ont caractérisé la visibilité croissante des MSM et la violente réaction à leur rencontre récemment ; il s'articule autour de trois domaines clés d'intervention, à savoir : élaboration de messages d'information, dispensation d'une formation, et création d'alliances. Les messages comprennent des informations exactes sur le VIH/sida, l'impact de l'homophobie sur la réponse du Sénégal au Sida, tout en veillant aux droits fondamentaux des MSM et en mettant en exergue les valeurs traditionnelles de promotion de la tolérance.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH

La comparaison des résultats de l'ENSC de 2006 et de 2010, montre une amélioration de l'indicateur composite de tolérance chez les policiers qui passe de 45,5% à 50,3%. Chez les pêcheurs, il y a un léger gain, puisque l'indicateur de tolérance a évolué de 31,2% à 32,2%. Par contre, au niveau des Professionnelles de sexe, il est encore plus bas (13,2%) qu'en 2006, lorsqu'il était à 21,7%. Chez les camionneurs, l'indicateur de tolérance a reculé de 33,1% en 2006 à 29,1% en 2010.

L'analyse de l'évolution des attitudes de rejet des personnes infectées montre la nécessité de développer des programmes de réduction de la stigmatisation et de la discrimination ciblant les policiers, les camionneurs et les pêcheurs (Cf. Graphique 19).



Graphique 19 : Evolution des attitudes de rejet des personnes vivant avec le VIH, selon le groupe professionnel (indicateur combiné) entre 2006 et 2010

Source : ENSC 2010

Les religieux

Le Sénégal est un pays de croyants où les leaders Religieux jouissent d'une autorité incontestable et sont très écoutés par les populations. Les pratiques et comportements des populations sont fortement influencés par les valeurs religieuses chrétiennes ou musulmanes. Ce qui fait que toute implication directe des leaders religieux sous forme d'enseignements, de recommandations et d'orientations, toute implication indirecte à travers l'action des Mouvements et d'Associations qui agissent avec leurs agréments sont déterminantes dans le choix de vie des comportements et même des différentes options des Communautés et des individus.

Car le discours religieux a apporté un caractère plus spirituel et plus responsable appelant l'individu à réagir dans toutes les dimensions qui composent l'être humain (le physique et le spirituel). Et il est indéniable que si le Sénégal est cité comme ayant réussi à stabiliser la prévalence du VIH dans la population générale à un taux tournant depuis plus de 10 ans autour de 1%, l'implication des religieux est citée comme un des facteurs de cette situation.

Consciente du rôle éminemment positif que les Religieux peuvent jouer pour contribuer à relever le défi de la stigmatisation et discrimination, l'Alliance Nationale des Religieux et Experts Médicaux du Sénégal (ANREMS) s'est engagée à assurer le plaidoyer auprès des Leaders Religieux pour la réduction de la stigmatisation des PVVIH et des populations clés hautement vulnérables tout en leur permettant de s'approprier les stratégies mises en œuvre pour un environnement favorable à l'épanouissement de ces derniers.

Car les membres de cette Alliance confessent la foi en un Dieu unique, Créateur de l'homme couronnement de toute son œuvre créatrice. Il leur est ainsi possible de dire une parole commune sur l'homme qui est le Vicaire ou l'Ambassadeur de Dieu sur Terre. Cette parole œcuménique devient urgente et nécessaire quand sur la vie de l'homme pèse des menaces réelles, redoutables comme le VIH/sida.

L'objectif majeur est non seulement de renforcer l'implication des leaders Religieux dans ce processus mais d'accompagner ces Leaders religieux dans la réalisation de leur engagement à travers la vulgarisation du message religieux et la sensibilisation des fidèles sur les conséquences dramatiques que peuvent avoir une telle pratique au sein de la communauté.

Et pour assurer la mise en œuvre des activités de Plaidoyer, l'ANREMS a procédé à une catégorisation de sa cible pour un meilleur impact. C'est ainsi qu'on entend par leaders Religieux:

Les Grands Leaders Religieux séniors composés des Khalifes Généraux Confrériques, (Khalife Général des Tidianes, des Mourides, des Layènes, des Niassènes, de Ndiassane, de Thièna) des Responsables de Mouvements Islamiques, des Evêques et des Imams Ratibs Régionaux.

Les Grands Leaders Juniors composés des Imams, des Prêtres, des Enseignants Coraniques, des Prédicateurs, des Responsables de Dahiras, des Catéchistes, des Curés, des Frères, des Sœurs, des Séminaristes, des Novices (futurs Sœurs et Prêtres) et des Responsables d'organisations chrétiennes.

Et pour assurer la mise en œuvre correcte de ses stratégies, L'ANREMS a mis en place une Alliance Régionale des Religieux dans chaque capitale régionale afin de lui permettre d'assurer le plaidoyer au niveau régional et communautaire.

L'ANREMS a également élaboré, validé et confectionné des Supports tels qu'un Dépliant et un **Guide sur « les Principes Médicaux, Coraniques et Bibliques que Tout Croyant doit lire, savoir et Appliquer »** traduits en français et en arabe.

Les principales activités mises en œuvre sont :

- La Formation Nationale des Formateurs sur le plaidoyer pour la réduction de la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des groupes hautement vulnérables

avec la présentation de la loi sur le VIH afférentes à la stigmatisation et discrimination qui pourrait porter atteinte à la dignité humaine et aux droits de l'Homme.

- Les Formations Régionales de 210 Relais (15 Relais par Région) sur le même thème
- Des Visites de Proximité effectuées auprès des Grands leaders Séniors qui ont permis de rencontrer tous les Khalifes Généraux ciblés ou parfois leur Porte-parole ou Fils Aînés, tous les Evêques établis dans les capitales diocésaines et leurs représentants (Curé) dans les autres Régions ainsi que tous les Imams Ratibs des Régions. L'ANREMS a également rencontré les Autorités Administratives (Gouverneur ou préfet) et certains MCR ou MCD.
- Organisation de Journées de Plaidoyer pour atteindre les Leaders Religieux juniors afin de leur permettre de s'engager à mener des actions pour la réduction de la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des Groupes vulnérables.
- Accompagnement des Leaders Religieux Juniors à réaliser des Engagements au sein de leurs communautés respectives en termes de causerie, VAD, Sermons, Homélie et Prêches.
- Les Résultats obtenus :
- L'ANREMS dispose de 36 Formateurs Religieux (02 dans chaque région et 10 à Dakar) formés en plaidoyer pour la réduction de la stigmatisation et discrimination des PVVIH et des GV et sur les Droits humains avec la présentation de la Loi sur le VIH/sida.
- L'ANREMS dispose de 210 Relais (15 dans chaque Région) formés sur la même problématique
- L'ANREMS a rencontré 03 Khalifes Généraux, 02 Fils aînés de Khalifes Généraux et 01 Porte-Parole du Khalife Général, 14 Imams Ratibs Régionaux, 03 Evêques et 10 Curés représentants d'Evêques des autres Régions.
- L'ANREMS a touché 1052 leaders Religieux séniors lors des Journées de Plaidoyers dans les 14 Régions et 43 Départements du Sénégal.
- L'ANREMS a accompagné 340 Leaders Religieux Séniors à Réaliser leurs Engagements dans toutes les Régions du Sénégal à travers des Causeries, des Visites à domicile dans les villes religieuses (Thiès, Tivaouane, Diourbel, Touba et Kaolack), des Sermons, des Homélie et des Prêches.

Les Contraintes et les Défis

- Insuffisance de Formation en Gestion Planification et en Suivi évaluation pour les membres des Alliances Régionales
- Insuffisance des moyens techniques et logistiques des Alliances Régionales
- Insuffisance des moyens pour le suivi des activités communautaires
- Insuffisance du paquet d'activités des Alliances Régionales

Les Meilleures Pratiques

- Mise en œuvre d'un paquet d'activité pour toucher un Religieux
- Mise en Place d'une Alliance des Religieux dans chaque région
- Implication des PVVIH dans les Activités
- Parler de la stigmatisation dans les Sermons, Homélie et manifestations religieuses (Gamou, Magal, Popenguine etc.)
- Utilisation des médias dans la vulgarisation du message religieux
- Partage de l'expérience de l'ANREMS dans le Conseil Interreligieux africain pour la gestion de paix en Afrique.

Les Tradipraticiens

L'ONG GESTU impliquée dans la lutte contre le VIH/sida au Sénégal depuis 1996 a conduit plusieurs processus de renforcement de capacités des Tradipraticiens du Sénégal, ce qui leur a permis de mieux s'impliquer dans la lutte contre le VIH/sida et d'articuler leurs interventions aux protocoles nationaux de prévention et de prise en charge du VIH/sida.

Fort des résultats positifs enregistrés au Sénégal, GESTU a jugé opportun d'étendre son intervention en Afrique de l'Ouest à la faveur de la Charte « Médecine Traditionnelle et VIH/sida en Afrique de l'Ouest », élaborée en 2010 par GESTU et ses partenaires et traduite en français et en anglais. La vulgarisation de cette Charte s'est faite au Sénégal et dans 10 autres pays, à savoir Sierra Léone, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Mauritanie, Gambie, Côte d'Ivoire, Mali, Burkina Faso, Libéria.

Au Sénégal, un effectif total 2.810 tradipraticiens a été sensibilisé et formé à la référence vers les services de dépistage volontaire et les structures de CDVA

Perspectives

Renforcement des capacités des tradipraticiens pour leur implication dans la lutte contre les fausses croyances associées au VIH/sida

Traduction en langues nationales et Vulgarisation à grande échelle de la charte au niveau des groupements de femmes, des religieux, des structures de lutte contre le sida etc.

Elaboration d'une nouvelle charte sur le Paludisme et la Tuberculose qui fera ressortir les possibilités et les limites d'intervention des Tradipraticiens par rapport à ces deux maladies.

Meilleure pratique

Regroupement des organisations des Tradipraticiens au sein d'un réseau ouest africain afin d'harmoniser leurs interventions.

Les Collectivités locales :

Le partenariat avec le Programme National de Développement Local (PNDL) s'est traduit à travers la stratégie visant à faire des collectivités locales la porte d'entrée vers les organisations communautaires de base (OCB). Sous le parrainage des collectivités locales, une première tranche de 50 OCB a été sélectionnée afin de renforcer les stratégies de prévention des nouvelles infections, par l'IEC/CCC en direction des cibles prioritaires et les zones vulnérables insuffisamment couvertes. Ce partenariat a permis un meilleur des projets des OCB dans les communautés de base ainsi qu'une implication accrue des collectivités locales dans la lutte contre le VIH et le Sida. Cela s'est traduit dans les faiPS par :

Budgétisation de lignes de financement pour des activités de sensibilisation par les organisations communautaires de base

Budgétisation de lignes de financement pour la gestion et la coordination du programme au niveau décentralisé

Appui à la scolarisation des orphelins et enfants rendus vulnérables (OEV), par l'octroi d'aides scolaires

Octroi d'un terrain pour la construction du Siège d'une association de PVVIH

Perspectives :

Plaidoyer auprès des autorités pour la révision de la nomenclature budgétaire des collectivités locales pour l'inscription d'une ligne de financement dédiée à la promotion de réponses communautaires dans la lutte contre le VIH/sida

Prise en compte de la lutte contre le VIH/sida dans les outils de planification du développement local

Le secteur privé

Un engagement plus accru du secteur privé et du monde du travail s'est manifesté ces deux dernières années et s'est traduit par :

- Le nombre d'entreprises ayant signé la Charte l'OIT sur le VIH/sida en milieu de travail est passé de 65 en 2006, 100 en 2007, 207 en 2008 et 441 en 2009.

- Le nombre de grandes et moyennes entreprises du secteur privé touchées par les interventions est passé de 7 en 2007, 46 en 2008 à 99 en 2009 à travers la signature de convention avec des coalitions d'entreprises, des chambres de métiers et des entreprises ayant des succursales dans plusieurs régions mais aussi des Groupements d'Intérêt économique.

Engagement de l'état

Le renouvellement de l'engagement du Gouvernement à poursuivre le financement de la prise en charge et du traitement antirétroviral des PVVIH. L'invitation du Ministère des Finances à tous les ministères de prévoir le volet lutte contre le VIH/sida dans leurs projets de budget pour promouvoir la pérennisation des activités de promotion de la santé sur le VIH/sida. Il y'a une véritable appropriation par certains Ministres de la République du besoin de pérennisation par l'inscription de budgets annuels pour la lutte contre les IST/VIH/sida (10 Ministères clés ont des lignes budgétaires : Santé, Education, Famille, Jeunesse, Travail, Forces armées, Tourisme, Justice, Transport, Intérieur).

Avec le nouveau changement dans les plus hautes autorités de l'état, l'actuel président fut le président du CNLS et a inscrit la lutte contre le VIH/sida dans ses priorités, cet engagement devrait se renforcer afin de permettre d'atteindre les 15% du budget national alloué à la santé.

Renforcement du partenariat international

La mise en place de partenariat de gestion transfrontalière entre le Sénégal et la Mauritanie et un autre entamé avec le Mali.

4.3. Difficultés liées à l'élaboration du rapport

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

- La rétention des données
- Le retard de l'atelier d'Orientation du processus d'élaboration
- La difficulté de mobilisation des acteurs et des partenaires bilatéraux et multilatéraux

Il faut signaler aussi que le rapport a été élaboré sans l'intervention d'un consultant.

5. SOUTIEN DES PARTENAIRES

Les partenaires au développement ont apporté au cours des deux dernières années une importante contribution à la réponse nationale par leur appui financier et technique au CNLS et à la société civile. Cet appui a couvert tous les aspects de la réponse et visait à permettre au Sénégal de renforcer la qualité de sa réponse en vue de maintenir à un niveau bas la prévalence du VIH et de créer les conditions de l'atteinte de l'objectif zéro nouvelle infection, zéro décès lié au VIH et zéro discrimination.

Le Sénégal est caractérisé par la présence sur son sol de nombreux partenaires aussi bien de la coopération multilatérale que de la coopération bilatérale.

Au niveau multilatéral, le système des Nations Unies s'est engagé dans un appui constant et soutenu tant au plan financier qu'au plan technique. L'appui du système des Nations se fait à travers l'Equipe conjointe qui réunit les agences intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH. Ce cadre veille à la rationalisation et à la cohérence de l'intervention des Nations dans le domaine du VIH au niveau du pays.

L'appui du système des Nations Unies a porté sur les axes stratégiques essentiels à savoir la prévention de la transmission sexuelle, la prise en charge des PVVIH et la promotion d'un environnement favorable. L'appui s'est intéressé au renforcement du suivi évaluation et la mise à disposition de l'information stratégique.

L'Equipe conjointe a été impliquée dans l'élaboration du Plan Stratégique 2011-2015, l'élaboration du plan de passage à l'échelle pour la PTME.

Le Fonds mondial constitue aussi un partenaire stratégique pour la riposte contre le VIH au Sénégal. Au cours des deux années passées, le Fonds a mis à la disposition du pays d'importants moyens financiers qui ont permis de procéder au passage à l'échelle de la plupart des interventions grâce notamment à la consolidation des ressources provenant du Round 7 et du Round 9. Le Fonds fournit présentement l'essentiel des moyens financiers mobilisés par le Sénégal.

La coopération bilatérale est aussi bien très présente dans la lutte contre le VIH à travers l'USAID, la coopération française, la coopération allemande et le l'Espagne.

L'USAID appuie la riposte depuis de nombreuses années et ceci de manière continue.

La coopération française a apporté à différentes occasions son appui au programme de lutte contre le VIH. Elle vient de mettre en place au niveau globale un programme d'appui technique dont le pays a déjà bénéficié.

Le Sénégal a achevé au cours des deux dernières années un projet de lutte contre le VIH qui a particulièrement cible les jeunes et dont l'objectif était de faciliter l'accès aux préservatifs à cette catégorie de la population. Cet important programme était financé grâce à la coopération allemande.

L'Espagne apporte un important appui à la région de St.-Louis où Médicos del mundo intervient pour renforcer les capacités du personnel de santé et équiper les structures des 5 districts sanitaires. Cette intervention cible également les groupes les plus vulnérables de la région.

Le partenariat est une grande opportunité pour le Sénégal qui parvient grâce à la coopération internationale à mobiliser d'importants moyens financiers et techniques mettre en œuvre sa riposte pour contenir la progression du VIH.

6. SUIVI ET EVALUATION

6.1. Système actuel de SE

Les composantes du suivi-évaluation du Programme National de Lutte contre le Sida s'inspirent des 12 composantes d'un bon système de suivi-évaluation qui ont été regroupées en cinq objectifs spécifiques :

- 1. Renforcer les capacités organisationnelles et les ressources humaines en suivi évaluation : 3 composantes prises en compte dans cet objectif spécifique :**

Composante 1 : Structures organisationnelles avec les fonctions de S&E du VIH

Composante 2 : Capacités humaines pour le S&E du VIH

Composante 3 : Partenariat pour la planification, la coordination et la gestion du système de S&E du VIH

Composante 6 : Plaidoyer, communication et culture pour le S&E du VIH

- 2. Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation :**

Composante 4 : Plan national multisectoriel de S&E du VIH

Composante 5 : Plan de travail annuel budgétisé de S&E du VIH

Composante 7. Suivi en routine des programmes de VIH

Composante 10 : Supervision formative et d'audit des données

Composante 9 : Bases de données nationales (centrale) et régionales (décentralisée) sur le VIH

- 3. Assurer la surveillance biologique et comportementale vis-à-vis du VIH et des IST :**

Composante 8 : Enquêtes et surveillance

- 4. Soutenir la recherche opérationnelle :**

Composante 11 : Agenda pour l'évaluation et la recherche dans le domaine du VIH

- 5. Appui à la documentation des bonnes pratiques et à la diffusion de l'information stratégique**

Composante 12 : Diffusion et utilisation des données

La documentation des meilleures pratiques et expériences constitue un volet essentiel du Suivi évaluation pour leur réplique ; à cet effet il a été proposé d'utiliser « le faire - faire » pour réaliser ce processus de documentation avec des structures d'expériences avérées et cette activité sera pilotée par le chargé de la communication du SE/CNLS appuyé par l'Unité de Suivi-Evaluation pour le compte du Programme National. Elle sera aussi soutenue et mise en œuvre au sein du secteur santé, des autres secteurs publics, du secteur privé et au niveau des organisations de la société civile.

Mise en œuvre

Dans le domaine des capacités organisationnelles,

- Le comité consultatif a coordonné la mise en œuvre des enquêtes dans le domaine de la surveillance épidémiologique
- les unités de suivi évaluation du SE/CNLS, de la DLSI et de certaines organisations de la société civile et du secteur public se sont renforcées durant la période,
- toutes les 14 régions ont bénéficié de renforcement de capacités dans le domaine du suivi évaluation (maîtrise des outils harmonisés du système de suivi évaluation par les membres des CTRR, formation de tous les Gestionnaires de données sur le CRIS)
- Dans le domaine du Plaidoyer, les 14 régions ont bénéficié de séances pour l'émergence de champions défenseurs du système de suivi évaluation

Dans le domaine de la planification stratégique et opérationnelle basée sur les résultats, les PRIM ont été renforcés, un proposal Round 9 a été élaboré avec une composante nouvelle RSS et le Plan Stratégique 2011-2015 a été élaboré selon un processus participatif et inclusif

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

Dans le domaine des évaluations ont été réalisées sur le plan des évaluations programmatiques la Revue finale du PSL 2007-2011 qui a servi de base pour l'élaboration du PSL 2011-2015, l'évaluation du Taux de Transmission du VIH de la mère à l'enfant et Evaluation du Diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives, une Enquête sur la Qualité de la Prise en Charge des IST. Pour ce que qui est des évaluations financières (Revue des Dépenses /RESDES ou NASA) et une évaluation de l'application des Three Ones.

Dans le domaine de la surveillance, le suivi annuel des dons de sang à travers la supervision et le contrôle qualité au niveau des Banques de sang, la surveillance sentinelle (Femmes enceintes) qui est passée d'une fréquence annuelle à tous les deux ans, l'enquête

comportementale et biologique chez les MSM a été réalisée en 2007 après celle de 2004, l'Enquête sur la Qualité de la Prise en Charge des IST (IP6-IP7 en 2009 après celle de 2000 et le suivi des Résistances aux ARV. La deuxième ENSC a été réalisée en 2010 avec une introduction de cibles nouvelles (orpailleurs de la région de Kédougou et les détenus). L'EDS5 a été réalisée en 2010 après l'EDS4 de 2005. Une enquête comportementale et biologique a été réalisée pour la première fois chez les Usagers de drogues avec une prévalence de 9,4% chez les UDI et les personnes vivant avec un handicap.

Dans le domaine de l'Informatisation du système avec des bases de données au niveau régional et central, beaucoup d'initiatives ont été prises (CRIS 3, ESOPE pour la Prise en charge ARV utilisé par le CTA en plus du logiciel de suivi des projets HI Projet utilisé par le Secrétariat Exécutif du CNLS). Il faut noter aussi les efforts consentis dans le domaine de la diffusion des informations stratégiques à travers les sites WEB améliorés (DLSI, ANCS, SE-CNLS)

Des ordinateurs ont été mis en place dans les districts et hôpitaux de 12 régions comme support de l'opérationnalisation du CRIS qui a été délocalisé au Sénégal et hébergé dans le site du système Informatique de l'Etat pour un accès facile à travers l'Internet

Faiblesses, obstacles et mesures correctrices

1° Dans le domaine des capacités organisationnelles, le turn over du Personnel formé constitue une difficulté dans le domaine du renforcement des capacités (exemple des Gestionnaires de données)

Solution : Prévision d'au moins une formation par an et par région pour les nouveaux

2° Dans le domaine de la planification stratégique et opérationnelle :

- difficulté de l'élaboration d'un plan consolidé opérationnel annuel (PSLS et suivi évaluation) du fait de la difficulté d'accès aux informations financières de tous les projets de partenaires divers de la coopération bilatérale et Multilatérale
- difficulté de l'accès toutes les informations financières pour l'évaluation des Ecarts financiers dans le cadre du Financement du PSLs

3° Dans le système d'information globale :

- l'obstacle majeur dont le système fait face est « la rétention des données sanitaires » d'origine syndicale qui prévaut depuis juillet 2010

Solution : Collecte active a été organisée depuis Juillet 2010 mais il faut reconnaître son incapacité à assurer une complétude des données facilitant une bonne analyse des informations stratégiques

- ⚡ La difficulté de recouvrement de tous les rapports des partenaires au niveau régional et au niveau central pour l'élaboration des rapports annuels des régions et du Rapport annuel du Programme National

Solution : Organisation chaque année d'une revue annuelle impliquant tous les partenaires pour la synthèse des données du Programme avec requête d'envoi préalable de tous les rapports au Secrétaire Exécutif du CNLS

4° La faiblesse majeure actuelle du système d'information globale est le sous-système d'information de la prise en charge marquée une insuffisance dans le remplissage des outils de prise en charge dans le cadre du système de santé publique, l'insuffisance dans la tenue et le suivi des outils logistiques

PERSPECTIVES :

- 1° Organisation de supervision intégrée pour améliorer les faiblesses constatées dans le système d'information de la prise en charge
- 2° Opérationnalisation du CRIS on line

7. Bibliographie :

- Agence pour le Développement du Marketing Social** : Rapport annuel 2010-2011
- Agence Nationale de la Statistique et la Démographie** – 2011. Enquête Démographique et de Santé 2005 – Sénégal (EDS IV) : Février 2011, Rapport provisoire
- Alliance internationale contre le VIH/SIDA - 2010**. Rapport annuel 2010
- APAPS - 2006** Rapport d'Enquête de Surveillance Combinée
- APAPS - 2010** Rapport d'Enquête de Surveillance Combinée
- CCISD/SIDA 3 – 2005**. *Rapport de la première enquête de Surveillance de Seconde Génération (SSG) chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires sexuels masculins au Sénégal*. Dakar, février 2005. MSPM-CNLS-ACDI- CCISD, 20 p. + annexes.
- Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) – 2005**. *Enquête Démographique et de Santé 2005 – Sénégal (EDS IV)* : Avril 2006. MSMP/CNLS/DLS-Measure DHS+-ORC Macro, Calverton, Maryland, USA.
- Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal – 2005**. *Cartographie des interventions : rapport final. Cadre de référence des interventions de la société civile dans la réponse globale au VIH/SIDA*. République du Sénégal-Primature-FHI-USAID-Banque Mondiale, novembre 2005
- Conseil National de Lutte contre le SIDA/Sénégal, avril 2005**. Rapport de l'audit technique du Plan stratégique 2002-2006 du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA.
- Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007**. *Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011*.
- Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007**. *Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2011-2015*.
- Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007**. Manuel de Mise en Œuvre du Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ngagne MBAYE, Transformer les handicaps en opportunité

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

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

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

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

Wade, A., S., Kane, C., T., Diallo, P., A., N., Diop, A., K., et al. – 2007. "HIV infection and Sexually Transmitted Infections among Men who have Sex with Men in Senegal". PNLS-LVB/HALD/CNLS/INSERM, Dakar, Senegal - 2005. 16 p. + annexes. In Aids (?).