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 : 2008-2009

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

MARS 2010

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 2
ABREVIATIONS ET ACRONYMES 3
INTRODUCTION 6
1. COUP D'ŒIL SUR L'ETAT DE LA SITUATION : 11
1.1. La situation actuelle de l'épidémie : 11
1.2. La riposte au plan politique et programmatique : 11
1.2.1. La Réponse au plan politique : 11
1.2.1.1. Engagement des plus hautes autorités : 11
1.2.1.2. Engagement financier de l'état : 12
1.2.2. Au plan programmatique : 12
1.3. Aperçu des indicateurs UNGASS (Tableau II) 13
2. APERÇU DE L'EPIDEMIE DU VIH AU SENEGAL 19
3. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA 21
3.1. Prévention 21
3.1.1. Prévention de la transmission sexuelle 21
3.1.1.1. Promotion des comportements sexuels à moindre risque 21
3.1.1.2. La promotion à l'utilisation du préservatif 23
3.1.1.3. La prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) 24
3.1.1.4. Prise en charge de populations clés les plus exposées : TS et MSM 24
3.1.2. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant 27
3.1.3. Prévention de la transmission sanguine 30
3.1.3.1. Sécurité transfusionnelle 30
3.2. La prise en charge des PVVIH 37
3.2.1. Prise en charge médicale : 37
3.2.2. Prise en charge de la co-infection TB/VIH 40
3.2.3. Prise en charge communautaire des PVVIH et OEV 43
3.2.4. La prise en charge des OEV : 44
4. MEILLEURES PRATIQUES 46
4.1. Direction politique 46
4.2. Environnement politique favorable 46
4.4. Intensification des programmes de soins, de traitement et de soutien 49
4.5. Suivi – Evaluation : 49
4.6. Développement d'infrastructures 50
5. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES 51
5.3. Contraintes dans les programmes de prévention 51
5.4. Contraintes Dans les programmes de soins, de traitement et de soutien 54
5.5. Dans le domaine du Suivi – Evaluation 55
6. SOUTIEN DES PARTENAIRES 55
7. SUIVI ET EVALUATION 55
7.1. Système actuel de Suivi Evaluation 55
7.2. Besoins en assistance 57
ANNEXE 1 : PROCESSUS DE CONSULTATION ET DE PREPARATION DU RAPPORT NATIONAL 58
8. BIBLIOGRAPHIE : 60

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AES	Accident d'exposition au sang
AF	Agence Fiduciaire
ANCS	Alliance National de Lutte contre le sida
APP	Approche participative de prévention
ARV	Antirétroviraux
BE	Bulletin Epidémiologique
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
CHR	Centre Hospitalier Régional
CILS	Comités Internes de Lutte contre le sida
CLLS	Comité local de lutte contre le sida
CNLS	Conseil National de Lutte contre le sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRISC	Cadre de Référence des Interventions de la Société Civile
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le sida
CT	*Chlamydia trachomatis*
CTR	Comité Technique Restreint
DLSI	Division de Lutte contre le Sida et les IST
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS IV	Quatrième Enquête Démographique et de Santé du Sénégal – 2005
EPP	Estimation Projection
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
FHI	Family Health International
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	*Neisseria gonorrhoeae*
OCB	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelins et Enfants rendus vulnérables par le VIH/sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PDEF	Plan de Développement pour l'Education et la Formation
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PSLS	Plan Stratégique de Lutte contre le sida
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNMLS	Plan National Multisectoriel de Lutte contre le sida 2002-2006
PRDI	Plan Régional de Développement Intégré
Projet SIDA 3	Projet d'appui à la lutte contre les IST/VIH/sida en Afrique de l'Ouest/coopération canadienne
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
REDES	Estimation nationale des ressources et des dépenses de lutte contre le sida
REQAS	Regional External Quality Assessement Services
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 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, au nom de leurs gouvernements, des organisations de la société civile et du secteur privé, se sont engagés à respecter et à appliquer un programme complet d'actions aux niveaux national et international en vue de lutter contre la pandémie du Sida.

L'adhésion à cette Déclaration d'engagement traduit également la volonté de chacun des états signataires et de la communauté internationale (en créant une alliance mondiale) d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement qui est de «stopper et de commencer à inverser le cours de l'épidémie à VIH et de sida d'ici 2015».

Conformément aux dispositions de la Déclaration d'engagement, les progrès de la riposte au sida sont évalués par la réalisation d'objectifs concrets dans des délais prescrits. 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.

A l'instar des autres pays signataires, le Sénégal s'est également engagé à produire un rapport national biennal de suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. A cet effet, le présent rapport donne une évaluation des progrès réalisés pendant la période comprise entre janvier 2006 et décembre 2007 dans le domaine de la lutte contre le Sida à partir d'une série d'indicateurs de base définis et qui sont regroupés en trois catégories : (1) les indicateurs des actions et des engagements nationaux ; (2) les indicateurs des connaissances et des comportements nationaux ; et (3) les indicateurs de l'impact national.

L'option prise par le CNLS est l'utilisation de cet exercice de reportage UNGASS comme outil pertinent devant fournir de facto un rapport biannuel sur l'épidémie et la riposte au niveau national.

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.

Ce troisième rapport qui présente la situation 2008 – 2009 prend en compte les résultats du dernier rapport 2006 – 2007. Suite à l'atelier d'orientation sur le processus d'élaboration de ce rapport tenu le 25 Février 2010, 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.

PRESENTATION DU SENEGAL

Milieu Physique

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.

Sur le plan démographique

En 2008, la population du Sénégal est estimée à 11 600 000 habitants, soit une densité moyenne de 58 habitants au km2; cette moyenne cache une répartition extrêmement inégale avec une opposition entre le sous peuplement de l'Est et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre.

La région de Dakar abrite 22,4% de la population totale avec une densité de population de 4 251 habitants au km2 en 2004 alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. Les régions les moins peuplées sont celles de l'ancienne région de Tambacounda (Tambacounda et Kédougou) et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au Km2. Elles sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 30,4% et 14,8% de territoire national. 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 sénégalaise se caractérise par sa jeunesse. En 2005, les moins de 20 ans représentaient 54%, les moins de 25 ans près de 64% et les plus de 65 ans 4%. Les femmes représentent 52% de la population globale.

La population urbaine (résidant dans les communes) représente 41,5% de la population globale (DPS 2005), plaçant le Sénégal 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. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est estimé à 5,3 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme). L'EDS IV donne pour la période allant de janvier 2002 à janvier 2005 un nombre moyen d'enfants vivants de 5,3, un taux brut de natalité de 39,1 pour mille, une mortalité infantile de 61 décès pour mille naissances vivantes et une mortalité juvénile de 64 décès pour mille enfants âgés de un an. Le taux de mortalité maternelle est passé de 510 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS II, 1992-1993) à 434 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS IV, 2005)

La population s'accroît au rythme de 2,7% par an doublant son effectif tous les 25 ans environ. Cette expansion démographique est principalement due à l'accroissement naturel de la population (2,3% en 2006) qui résulte à la fois du recul de la mortalité (9,4 pour 1000 en 2006) et d'une forte natalité (32,8 pour 1 000 en 2006).

Les principaux groupes ethniques sont : les Wolofs (43%), les Poulars (24%), les Sérères (15%), les Diolas (5%) et les Mandingues (4%). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%). On y trouve 4% de chrétiens et les autres religions représentent 2%.

Selon le DSRP II, seuls 37,8% des adultes (15 ans et plus) ont la capacité de lire et écrire dans une langue quelconque. La population rurale sénégalaise reste à majorité analphabète, en effet moins d'une personne résidant en milieu rural sur quatre est alphabétisée. En outre, l'analphabétisme est beaucoup plus marqué chez les femmes (28,2% d'alphabétisées) que chez les hommes (49,1% d'alphabétisés). Le Taux Brut de Scolarisation dans l'enseignement élémentaire 82,6 % et de 31,9 % dans l'enseignement Moyen Secondaire général en 2005.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55,7 ans (HDR UNDP 2005) et un PIB en valeur nominale de 3 874 milliards de FCFA en 2004 (prix constants de 1999).

Sur le plan économique, la croissance s'est maintenue sur une pente positive avec une moyenne annuelle d'environ 5% dans un contexte d'amélioration de la gestion des finances publiques, de maîtrise de l'inflation (moins de 2% par an) et de consolidation des agrégats macroéconomiques fondamentaux. 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. 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.

Sur le plan administratif, (Graphique 1), le Sénégal est subdivisé en quatorze (14) régions, 45 départements, 121 Arrondissements. Il compte 113 Communes, 46 communes d'arrondissement, 370 communautés rurales soit un total de 180 circonscriptions administratives. Il comporte en tout 543 collectivités locales.
Avec l'adoption de la loi 96-2006 du 22 Mars 1996 portant Code des Collectivités locales, le Sénégal compte trois ordres de collectivités locales (les régions, communes et les communautés rurales).



Graphique 1 : Carte administrative du Sénégal

Sur le plan 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.

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux : l'échelon périphérique (district), l'échelon régional (région médicale) et l'échelon central.

- l'échelon périphérique correspond au district sanitaire ; Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de département. Chaque district ou zone opérationnelle est gérée par un médecin-chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers ; ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales). Le Sénégal compte 69 districts sanitaires polarisant 64 Centres de Santé, 971 postes de santé, 2000 cases de santé et 476 maternités rurales.
- l'échelon régional qui correspond à la région médicale comprend 14 régions médicales. C'est la structure de coordination du niveau régional ou intermédiaire et elle correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale. Au niveau de chaque région, la référence régionale est représentée par un hôpital ou établissement public de santé (EPS) de niveau 2. Le Ministère de la Santé a initié la signature de «contrats de performance» avec les médecins-chefs de région dans lesquels les indicateurs liés au VIH/sida, le paludisme et la tuberculose occupent une place prépondérante.
- l'échelon central ou national : il comprend en outre le cabinet du ministre, 7 directions et services rattachés, 7 Hôpitaux nationaux ou établissements publics de santé de niveau 3. En dehors du Programme Elargi de vaccination (PEV) qui est logé à la Direction de la Prévention Médicale, la Direction de la Santé comprend la Division sida/IST, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), érigée en Etablissement Public de Santé (EPS), est chargée de l'achat des médicaments et produits sur le marché international, de la gestion et de la distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA).

Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Ce secteur privé dispose : d'un hôpital, de 24 cliniques, de 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises, 700 officines de pharmacie, une vingtaine de laboratoires d'analyses médicales (**Tableau I**).

Le Sénégal a mis en place un système de référence et de contre référence basé sur le système pyramidal pour l'orientation des malades et le transfert d'informations sanitaires entre le niveau périphérique (PS et CS) et les structures hospitalières.

L'hôpital régional offre des soins tertiaires et constitue la référence pour les districts. Il dispose de services de médecine, de gynéco obstétrique et de pédiatrie pouvant prendre en charge les cas de maladie liée au sida. Au niveau régional, la prise en charge des patients se fait au niveau de l'hôpital Régional. Toutes les régions (hôpital de régions) sont opérationnelles pour la prise en charge des PVVIH par les ARV.

Tableau 1 : Structures médicales et paramédicales publiques et privées

SECTEUR PRIVE	SECTEUR PUBLIC
1 Hôpital	22 hôpitaux
24 Cliniques privées	72 centres de santé
414 cabinets médicaux et services médicaux d'entreprises	971 postes médicaux Publics
700 officines de pharmacie	2 000 cases de santé
20 laboratoires d'analyses médicales	476 maternités rurales

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) coordonne les activités liées aux médicaments et réactifs au niveau des structures sanitaires. Elle approvisionne et supervise les pharmacies régionales (PRA) qui jouent le même rôle avec les districts. Les AR, les médicaments pour la prise en charge des Infections Opportunistes (IO) et les réactifs de dépistage et suivi sont gratuits et intégrés dans le circuit des médicaments essentiels. La PNA s'occupe de l'approvisionnement des médicaments et leur distribution aux PRA.
La Division de lutte contre le sida et les IST a en charge le volet sida au Ministère de la Santé. Elle a été crée au sein de la Direction de la Santé par décret n°2004-1404 du 14 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Elle a pour mission de coordonner la mise en œuvre du programme sectoriel santé sur le sida.

Tableau 2 : Répartition des Hôpitaux, Centres de santé et Postes de Santé selon les Régions
(A transférer en annexes)

	REGIONS	DISTRICTS	HOPITAUX	CS	PS publics	PS PRIVES	TOTAL PS
1	DAKAR	8	8	19	109	12	121
2	DIOURBEL	4	2	5	72	4	76
3	FATICK	6	0	5	76	11	87
4	KAFFRINE	4	0	2	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	5	1	5	68	1	69
9	MATAM	3	1	2	66	0	66
10	SAINT LOUIS	5	2	4	95	2	97
11	SEDHIOU	3	0	1	40	1	41
12	TAMBACOUNDA	7	1	5	60	4	64
13	THIES	9	2	9	126	17	143
14	ZIGUINCHOR	5	1	5	95	14	109
	TOTAL	69	20	70	971	77	1048

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

1.1. La situation actuelle de l'épidémie :

Les résultats de l'EDS IV montrent au niveau national une faible prévalence dans la population générale globale (0,7%) et une épidémie de type concentré avec des prévalences élevées chez les professionnelles du sexe à 19,8% (variations de 11 à 30% selon le Bulletin Epidémiologique N°12) et chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (21,8%/2007 (Wade et Al.). Le résultat de Surveillance sentinelle en 2009 donne une médiane globale de 0,8% chez les femmes enceinte.

Au Sénégal, on retrouve les deux types du virus du sida, à savoir le VIH-1 et le VIH-2.

Les résultats de la surveillance sentinelle (BE N°13/données de 2006) montrent une prévalence estimée à 1, 3% chez les femmes enceintes. Le Sénégal ne dispose pas de données nationales sur les usagers de drogues mais un protocole est en cours pour une étude au Sénégal. La situation épidémiologique chez Les personnes privées de liberté (PPL) sera prise en compte dans l'enquête combinée prévue en 2010.

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 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 (6 Ministères clés ont des lignes budgétaires : Santé, Education, Famille, Jeunesse, Travail, Tourisme)

De plus, l'engagement de l'Etat est matérialisé par la gratuité du dépistage, du traitement ARV et du comptage des CD4 depuis Décembre 2003.

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 UNGASS (Tableau II)

Indicateur 1 : **Dépenses consacrées au VIH**

Les dépenses du VIH au Sénégal sont passées de 12 159 626 539 FCFA en 2007 à 13 093 573 890 FCFA en 2008.
Pour 2008 :

- Les investissements en termes d'amélioration des infrastructures de manière générale et des équipements et matériel de laboratoire en particulier s'élèvent à 631 542 407 F CFA.
- Les fonds dépensés par les agences bi et multilatérales en suivi évaluation sont très dérisoires ce qui fait que le système national de suivi évaluation repose essentiellement sur l'appui du SE/CNLS. Le renforcement de la décentralisation par le recrutement de 11 chargés de programmes régionaux pour permettre une meilleure mise en œuvre et coordination au niveau le plus reculé possible a ressurgi en 2008.
- L'essentiel des fonds dépensé par les agences multilatérales va dans l'environnement favorable dans le cadre du plaidoyer et surtout dans la planification, la gestion et la coordination.
- La part des fonds publics dépensés pour le suivi biologique spécifique au VIH (183 136 865 FCFA en 2008) environ de 1% des dépenses annuelles. Il y a également la prise en charge des IO qui reste un parent pauvre de la prise en charge dans le cadre des dépenses effectuées

Indicateur 3 : Sécurité transfusionnelle

Durant cette période, 97 243 poches de sang (dont 47 344 en 2008 et 49 899 en 2009) ont été collectées et testées au VIH, Hépatite B et C ainsi que pour la syphilis. Conformément aux exigences de qualité de l'OMS, toute banque de sang doit participer à un programme de contrôle externe de la qualité. Le centre national de transfusion sanguine qui est la structure de référence du Sénégal participe à des programmes externes de contrôle de qualité et elle est chargée de superviser les autres banques de sang et d'assurer la qualité des prestations.
Durant cette période seuls 80% en 2008 et 86% en 2009 des dons de sang répondent aux critères de qualité contre un taux de 78,8% en 2007

Indicateur 4 : Traitement du VIH :
En 2008, 2 058 nouvelles personnes ont été mises sous ARV ce qui porte à 9 252 le nombre de total depuis le début de la PEC. Le pourcentage d'adultes et d'enfants avec une infection avancée bénéficiant d'une trithérapie antirétrovirale est de 64% avec 74,4% chez les adultes et seulement 20,9% chez les enfants. Les femmes deux fois plus infectées ne sont traitées qu'à 30%.

En 2009, un grand effort a été réalisé dans la mise sous ARV des PVVIH. En effet, 2 899 nouvelles personnes ont été mises sous ARV ce qui porte à 12 249 le nombre de total depuis le début de la PEC. Le pourcentage d'adultes et d'enfants avec une infection avancée bénéficiant d'une trithérapie antirétrovirale est de 75,6% avec 86,8% chez les adultes et seulement 26,5% chez les enfants. Les femmes deux fois plus infectées ne sont traitées qu'à 48,3%.

Indicateur 5 : Prévention de la transmission mère - enfant

Le dénominateur a été estimé à partir de Spectrum3. Le pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant est de 22% en 2009.

Cependant par rapport aux femmes dépistées positives durant l'année 2009, 51% ont été mises sous prophylaxie.

Si on tient compte du nombre de femmes enceintes séropositives à travers le dépistage PTME, la mise sous ARV (prophylaxie ou trithérapie des femmes enceintes séropositives) est passée de 63% en 2007, 59% en 2008 et 78% en 2009.

Le % d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV est passé de 70 % en 2007, 65% en 2008 et 49% en 2009.

Le décalage entre la mise sous prophylaxie des femmes enceintes séropositives et les enfants nés de mères séropositives peut être liée au problème du suivi post natal des nouveaux nés

Indicateur 6 : Prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH

Les données collectées dans le cadre de la coinfection suivent les données de la tuberculose. Et les informations sont collectées trimestriellement au niveau des districts et des certains hôpitaux qui participent à la notification de la tuberculose.

Le dénominateur est estimé à partir du nombre de cas TB, Population totale (Spectrum) x 488/100 000 habitants = 59 292. D'après les données du programme tuberculose, la du VIH chez les tuberculeux est de 7% soit 4 150 personnes coinfectées TB/VIH. Durant l'année 2009, 264 patients ont été co-traités aux anti-TB et ARV soit 6,4%.

Indicateur 7 : Dépistage du VIH parmi la population générale

Selon les résultats de l'EDS IV 2005, 1,1% de la population enquêtée avait effectué le test de dépistage du VIH et avait reçu les résultats au cours des 12 derniers mois (5% pour les hommes contre 3% 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 avec : 0,7% pour les 15-19 ans, 0,8% pour les 20-24 ans et 1,4% pour les 25-49 ans (EDS IV, 2005).

Ce chiffre de 1% donné par l'EDS en 2005 ne reflète pas les importants progrès réalisés ces trois dernières années dans le dépistage de la population générale. En effet, le nombre de personnes dépistées est passé de 127 911 en 2007 à 149 931 en 2000 et à 211 863 en 2009. Si l'on considère que la population de 15-49 ans pour l'année 2009 est estimée à 5 493 420 et si l'on tient compte des 211 863 dépistage dans le CDV et les 166 830 dépistage dans la PTME (total = 378 693) on peut considérer que 7% des personnes âgées de 15 à 24 ans ont bénéficié

d'un test VIH sans compter les données de la sécurité sanguine et des données de quelques hôpitaux et du secteur privé où le système de collecte nationale a quelques gaps .

Indicateur 8 : Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque

Au Sénégal, la prostitution est légalisée et toute TS doit être enregistrée au fichier sanitaire de la prostitution et doit régulièrement faire un bilan de suivi de façon volontaire. Globalement, 69,8% (427/612 /ENSC) des TS sont dépistées et connaissent les résultats (36,2% pour les TS qui ont moins de 25 ans à 74% pour celles qui ont plus de 25 ans).

Selon les résultats de l'étude spéciale combinée (ELIHoS) chez les MSM, plus de 34% 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 9 : Populations les plus à risque : Programmes de prévention

Les données ne sont pas disponibles chez les PS. Ces questions n'ont pas été posées aux PS enquêtées en 2006. Toutefois cette enquête a montré que 70% des PS ont déjà effectué un test et connaissent les résultats. Au Sénégal, la prostitution est légalisée et toutes PS inscrites au fichier sanitaire doit faire au moins fois par ans son test de dépistage. L'échantillon de l'enquête est composé de 85% de PS officielles et le taux d'utilisation du préservatif est de 98,8%.

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

Aucune étude n'a encore été réalisée chez les UDI.

Indicateur 10 : Soutien aux enfants affectés par le VIH et le sida

Les résultats présentés concernent la question 3 : les foyers qui ont bénéficié de soutien ou conseil émotionnel au cours des 30 derniers jours. Ils sont 43,8% à recevoir cet appui. Par contre 35,9% des foyers ont bénéficié d'une aide alimentaire pour les enfants, 9,5% ont bénéficié de dont de vêtements, 24,3% ont bénéficié d'une aide financière des soins médicaux et 10,7% ont bénéficié d'une aide financière pour les enfants. Toutes ces réponses concernent la période des 30 derniers jours (Analyse Situationnelles sur les OEV, 2007).

Indicateur 11 : Enseignement des compétences psychosociales à l'école

Données non disponibles : l'étude prévue cette année n'a pu être réalisée.

Indicateur 12 : Scolarisation actuelle des orphelins âgés de 10 à 14

L'enquête situationnelle sur les OEV a été menée en 2007. Toutefois, les tranches d'âge spécifiées ne correspondent pas à celles souhaitées par ce présent reporting. En effet, dans l'analyse situationnelle les tanches d'âge sont : 3 à 6 ans, 6 à 12 ans et 12 à 18 ans. Dans l'étude, les tranches d'âge considérées ne permettent d'avoir les 10 -14 ans. Ainsi, les données saisies concernent les 6 - 12 ans (Analyse Situationnelles sur les OEV, 2007).

Indicateur 13 : Connaissances sur la prévention du VIH chez les jeunes

L'abstinence, 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 données de l'EDSIV montrent que :

- 88% 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 71,1% pouvait réduire les risques de contracter le VIH/sida

- 57,2% des jeunes ont répondus correctement à la question qu'une personne qui parait en bonne santé puisse être infectée mais, il y a toujours une persistance de fausses croyances (seuls 38,2% des jeunes rejettent que la piqûre de moustique pouvait transmettre le virus). Ceci est notable plus chez les jeunes hommes (41,7%) que chez les jeunes femmes (37,4%) mais aussi ce constat est fait plus chez les plus âgés 20-24 ans (39,1%) que chez les plus jeunes de 15-24 ans (37,4%).

À la question de savoir si on peut contacter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels, 64,6% des jeunes sont biens informées. Les jeunes de 20-24 ans semblent être plus informés avec 68,2% de bonne réponse par rapport aux plus jeunes de 15-19 ans avec 61,7% (EDS IV, 2005).

Indicateur 14 : Connaissances sur la prévention du VIH chez les populations les plus à risque

Les Professionnelles du Sexe ont un taux de connaissance correct de 41% chez le âgées de plus de 25 ans contre 20,3% chez les moins de 25 ans (ENSC, 2006).

Lors de l'étude ELIHoS, les questions posées n'ont pas permis de renseigner cet indicateur. Cependant, seules des questions spontanées sur comment attrape - t'on le VIH et comment on s'en protège ont été posées

Indicateur 15 : 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. 10% des jeunes ont eu des rapports sexuels à 15 ans. Chez les jeunes femmes, 9,4 % avaient déjà eu des rapports sexuels à 15 ans ; chez les hommes de même âge, la proportion correspondante est plus élevée (12,4 %). Cette proportion varie peu selon l'âge : de 9,9 % des jeunes filles et garçons âgés de 15-19 ans, elle passe à 10,1% pour dans le groupe 20-24 ans (EDS IV, 2005).

Indicateurs 16 : 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 avec 7,7%. C'est cette tranche de population qui court plus de risque de se contaminer et de contaminer les autres. Les hommes sont de loin les plus concernés par le multipartenariat. 24,8% des hommes enquêtés ont eu plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois alors que seules 3,8% des femmes ont eu plus d'un partenaire pour la même période. Les jeunes de 20-24 ans pratiquent plus le multipartenariat et sont à

11% par rapport aux plus jeunes de 15-19 ans avec 7,3% et aux adultes de plus de 24 ans qui sont à 6,8% (EDS IV, 2005).

Indicateurs 17 : Utilisation du préservatif au cours de rapports sexuels à haut risque

7,7% des répondants ont déclaré avoir des rapports sexuels avec plus d'un partenaire. Parmi eux, 52,2% ont utilisé un préservatif avec leur partenaire. En d'autres termes, prés de 48% ont eux des rapports à haut risque non protégés. Le taux d'utilisation de préservatif avec lors des rapports à haut risque augmente avec l'âge et est de 39% chez les 15-19 ans, 51,2% chez les 20-24 ans et 59% pour les 25-49 ans. Ceci montre que le risque est beaucoup plus accru chez les jeunes (EDS IV, 2005).

Indicateurs 18 : Utilisation du préservatif chez les Professionnelles du sexe

Deux questions 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? Les résultats reportés concernent la première question avec le dernier ancien client et le taux d'utilisation de préservatif avec cet ancien client est de 96,5%. Pour la deuxième question avec le dernier nouveau client : sur 591 travailleuses du sexe interrogées, 584 (soit 98,8%) avaient utilisé un préservatif. Les moins de 25 ans étaient à 95,5% d'utilisation du préservatif contre 99,2% chez les TS supérieures à 25 ans qui étaient au nombre de 524 répondant à cette question (ENSC, 2006).

Indicateurs 19 : Utilisation du préservatif chez les MSM

L'étude ELIHoS est la deuxième étude combinée menée en direction des MSM. Plus de 76% des MSM participant à l'étude ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Ceci montre une augmentation de l'utilisation du préservatif par les MSM. En effet, lors de la première enquête seuls 55,3% d'entre eux en utilisaient. Les MSM qui ont plus de 25 ans ont tendance à utiliser plus le préservatif avec 82,4% contre seulement 71,6% pour les MSM qui ont moins de 25 ans.

Indicateurs 20 : Réduction de la prévalence

En 2008, le protocole de surveillance sentinelle a été révisé et le nombre de sites de surveillance augmentés intégrant pour chaque région des sites urbains et des sites ruraux. Les résultats ont montré une prévalence de 0,9% chez les femmes de 15-24 ans. Celles âgées de 20-24 ans avec 0,93% sont plus infectées que celles âgées de 15-19 ans.

Indicateurs 23 : Réduction de la prévalence du VIH chez les populations les plus à risque

Chez les TS, sur les 618 travailleuses du sexe qui ont participé à l'enquête comportementale, 605 ont accepté la partie biologie parmi lesquelles, 4 ont refusé le prélèvement sanguin. Les résultats sont reportés pour les 601 TS qui ont participé au volet biologique. Ils montrent une prévalence globale de 19,8% avec une prévalence plus prononcée chez les TS de plus de 25 ans (21%) qui sont deux fois plus touchées que les jeunes TS qui sont infectées à 9,5%.

Chez les MSM, La prévalence du VIH est de 21,8%. Ceci montre une relative stabilité de la prévence 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.

Indicateurs 24 : Traitement contre le VIH : Personnes encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale

Données recueillies à partir des 22 sites sur les indicateurs d'alerte précoces dans 12 régions (sur 14). Le pourcentage d'adultes et d'enfants encore en vie sous traitement ARV est de 84,6%.

Tableau II : Indicateurs de base de l'UNGASS retenus au Sénégal

N°	Indicateur	Statut	Valeur
Politique gouvernementale concernant la lutte contre le VIH et le sida			
1	Dépenses consacrées au sida	Finalisé	13 093 573 890
Indicateurs programmatiques nationaux			
3	Sécurité transfusionnelle	Finalisé	86,4%
4	Traitement du VIH : Thérapie antirétrovirale – 2008	Finalisé	64%
4	Traitement du VIH : Thérapie antirétrovirale – 2009	Finalisé	76,5%
5	Prévention de la transmission mère-enfant – 2008	Finalisé	13,2%
5	Prévention de la transmission mère-enfant - 2009	Finalisé	22%
6	Prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH	Finalisé	6,4%
7	Dépistage du VIH parmi la population générale	Finalisé	1,1%
8	Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque - Professionnelles du sexe	Finalisé	69,8%
8	Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Finalisé	34,1%
8	Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque - Consommateurs de drogues injectables	Finalisé	Non disponible
9	Populations les plus à risque : Programmes de prévention - Professionnel(le)s du sexe	Finalisé	Non disponible
9	Populations les plus à risque : Programmes de prévention - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Finalisé	84,6%
9	Populations les plus à risque : Programmes de prévention - CDI	Finalisé	Non disponible
10	Soutien aux enfants affectés par le VIH et le sida	Finalisé	43,50%
11	Enseignement des compétences psychosociales à l'école	Finalisé	Non disponible
Indicateurs des connaissances et des comportements			
12	Scolarisation actuelle des orphelins âgés de 10 à 14 - Partie A	Finalisé	Non disponible
12	Scolarisation actuelle des orphelins âgés de 10 à 14 - Partie B	Finalisé	Non disponible
13	Jeunes : Connaissances sur la prévention du VIH	Finalisé	22,7%
14	Populations les plus à risque : Connaissances au sujet de la prévention du VIH - Professionnel(le)s du sexe	Finalisé	41,0%
14	Populations les plus à risque : Connaissances au sujet de la prévention du VIH - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Finalisé	Non disponible
14	Populations les plus à risque : Connaissances au sujet de la prévention du VIH - Consommateurs de drogues injectables	Finalisé	Non disponible
15	Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Finalisé	10,0%
16	Rapports sexuels à haut risque	Finalisé	7,7%
17	Utilisation du préservatif au cours de rapports sexuels à haut risque	Finalisé	52,2%
18	Professionnel(le)s du sexe : Utilisation du préservatif	Finalisé	98,8%

19	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Utilisation du préservatif	Finalisé	76,2%
20	Consommateurs de drogues injectables : Utilisation du préservatif	Finalisé	Non disponible
21	Consommateurs de drogues injectables : Pratiques d'injection sans risque	Finalisé	Non disponible
	Indicateurs d'impact		
22	Réduction de la prévalence du VIH	Finalisé	0,9%
23	Populations les plus à risque : Réduction de la prévalence du VIH - Professionnel(le)s du sexe	Finalisé	19,8%
23	Populations les plus à risque : Réduction de la prévalence du VIH - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Finalisé	21,8%
23	Populations les plus à risque : Réduction de la prévalence du VIH - CDI	Finalisé	Non disponible
24	Traitement contre le VIH : Personnes encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale	Finalisé	84,6%

2. APERÇU DE L'EPIDEMIE DU VIH AU SENEGAL

La prévalence est faible au niveau de la population générale, et élevée chez certains groupes comme les professionnelles du sexe et les MSM. Durant les années 2008 et 2009, aucune enquête sur le VIH/sida n'a été réalisée. L'enquête démographique de santé (EDV5) est prévue pour l'année 2010.

Ainsi, les données de l'EDS4 réalisée en 2005 seront toujours utilisées pour décrire la situation en y adjoignant au besoin des données de routine pour certains aspects en plus des résultats de la surveillance sentinelle de 2008 et 2009. De même, l'enquête combinée auprès des professionnelles du sexe est en cours. Seules les MSM ont fait l'objet d'une enquête plus récente en 2007.

Prévalence du VIH au niveau de la population générale :

La prévalence globale de l'infection à VIH (tous sexes confondus) est de 0,7% (EDS4, 2005). Chez les femmes enceintes, cette prévalence a évolué de 1,3% (SS/BE N°13/ 2006) à 0,8% (SS/2009). Les résultats annuels du dépistage des femmes enceintes dans la PTME ont montré des taux de séropositivité de 0,71% en 2008 et 0,73% en 2009. Ces résultats, collectés à partir des sites de consultation prénatale de presque tout le pays conforte la prévalence faible et stable dans la population générale, faiblesse qui cache quelques disparités régionales qui sont confirmées dans les nouvelles données provisoires de la surveillance sentinelle de 2009.

<u>Féminisation de l'épidémie</u> :

Au début de l'épidémie, on notait un ratio de deux hommes infectés pour une femme et l'EDSIV/2005 a donné un ratio Femme /Homme de 2,25 [EDS IV, 2005] avec une prévalence de 0,9% chez les femmes contre 0,4% chez les hommes, ce qui témoigne d'une féminisation de l'épidémie

Ceci est expliqué par une vulnérabilité particulière des femmes qui 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.

Variations selon l'âge :

Dans la tranche d'âge de 15-19 ans le taux d'infection est plus élevé chez les femmes (0,2%) que chez les hommes (0,1%). Les écarts de prévalence sont plus prononcés à 20-29 ans. La prévalence la plus élevée est observée à 25-29 ans chez les femmes (1,5%) et plus tard à 35-39 ans pour les hommes (0,7%) [EDS IV, 2005].

Chez les jeunes et sur le plan comportemental, les résultats de l'EDS 4 de 2005 montre que 10% des jeunes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et 19% des jeunes filles ont commencé leur vie féconde entre 15 et 19 ans. Seul 22,7% des jeunes entre 15 et 24 ans ont des connaissances correctes sur la prévention du VIH .Entre 7% (15-19 ans) et 11% (20-24 ans) pratiquent le multi partenariat sexuel et seulement 52% ont déclaré avoir utilisé le préservatif au cours du rapport sexuel à haut risque.

Variations régionales

En ce qui concerne la séroprévalence par milieu de résidence, il n'y a pas de différence significative entre le milieu urbain (0,7%) et le milieu rural (0,7%). Cependant cette faiblesse de la prévalence cache quelques disparités régionales. Ainsi, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, des prévalences plus fortes sont observées dans les régions du sud : à Ziguinchor (3,4% pour les femmes et 0,8% pour les hommes) et à Kolda (2,7% pour les femmes et 1,1% pour les hommes). A l'inverse, on observe des taux plus faibles au niveau des régions du centre : Diourbel (0,1% pour les femmes et 0,0% pour les hommes) et Thiès (0,4% pour les femmes et 0,3% pour les hommes) [EDS IV, 2005].

Prévalence du VIH au niveau des populations clés les plus exposées

Chez les travailleuses du sexe :

Plusieurs études ont été réalisées sur les TS au Sénégal. En effet, depuis le début de l'épidémie, les TS ont constitué une cible particulière et qui a été suivie régulièrement.

La prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe est de 19,8% (ENCS, 2006). La méthodologie de cette étude n'a pas permis une répartition de la prévalence par région. Toutefois, la surveillance sentinelle montre que la prévalence du VIH chez les Travailleuses du Sexe varie en fonction des régions. Elle est de 19,4% à Dakar, 11,9% à Thiès et 29% à Ziguinchor.

Cette prévalence augmenterait avec l'âge, ainsi l'enquête de Surveillance de Seconde Génération (SSG) chez les Travailleuses du Sexe et leurs partenaires sexuels masculins réalisée par le Projet SIDA 3 (CCISD/sida 3, 2005) fait état d'une prévalence de 10,1% dans la tranche d'âge des moins de 30 ans contre 31,3 % entre 30 et 39 ans et 37,7 % chez les 40 ans et plus.

Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes :

Après une première étude chez les MSM en 2004, une seconde enquête a été menée en 2007 pour évaluer l'impact des actions de sensibilisation sur la prise de risque par rapport au VIH et mesurer les évolutions des prévalences du VIH et des IST mais aussi des comportements.

La prévalence du VIH parmi les MSM est demeurée stable depuis 2004 : 21,5% en 2004 et 21,8% en 2007. Cette prévalence est toujours plus importante chez les MSM qui ont plus de 25 ans avec 34,4% que chez les moins de 25 ans avec 12,7% (ELIHoS, 2007).

Les comportements à risque ont significativement diminué : 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 ($p<0.01$), la proportion d'hommes qui ont

eu au moins un rapport réceptif non protégé est passée de 20% en 2004 à 10% en 2007 (p<0.01), et la proportion d'hommes qui ont eu au moins un rapport non protégé avec une femme est passée de 18% à 12% (p<0.01). Chez les plus jeunes, le multipartenariat a fortement diminué : 19,5% des moins de 20 ans avaient déclaré en 2004 avoir eu plus de 20 partenaires sexuels au cours de leur vie, contre 4,1% dans cette classe d'âge en 2007.
Cette étude a montré que les interventions de prévention menées auprès des MSM ont permis une réduction des prises de risque dans cette population et devraient impacter sur la prévalence du VIH et des IST.

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) La promotion à l'utilisation du préservatif. iii) La prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). iv) Prise en charge de populations clés les plus exposées : TS et MSM.

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 dans la population générale et chez groupes clés les plus exposés que représentent les TS et les MSM fait partie des priorités du plan stratégique national de lutte contre le sida 2007-2011.

Cette prévention s'est manifestée par la mise en œuvre d'une politique d'Information, Education et Communication (IEC), de promotion et de distribution des préservatifs (masculins et féminins et enfin par le dépistage et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) en direction des populations et plus spécifiquement dans les groupes à haut risque (TS et MSM).
Les interventions et stratégies mises en œuvre au cours des dernières années concernent les aspects suivants :

- Organisation annuelle des temps forts de la lutte contre le VIH/sida (Semaines Jeunes SIDA, Semaines Femmes sida, campagne nationale, la Journée mondiale de lutte contre le sida, etc.) ;
- Partenariat développé avec les autres secteurs en dehors de celui de la santé, les
- ONG et associations dans l'exécution de leurs plans d'action ou projets ;
- Marketing social et distribution communautaire des préservatifs ;
- Elaboration d'un plan de communication pour un changement de comportement ;
- Activités de média avec la contractualisation des organes de presse (d'envergure nationale et communautaire)

- La prévention positive des PVVIH
- L'adoption de l'approche syndromique qui utilise des algorithmes nationaux standardisés
- Le suivi médical régulier des travailleuses de sexe (officielles et clandestines)
- La prise en charge des IST chez les groupes clés les plus exposés (TS et MSM)
- La mise en œuvre de l'Approche Participative de Prévention (APP) avec le souci de corriger le déphasage qui existe au Sénégal entre l'élévation du niveau de connaissance des populations sur le VIH/sida et la faiblesse notée dans le changement de comportement.
- Durant les années 2008 – 2009, il y a eu une accélération de l'implication du secteur privé dans la réponse. Ainsi 441 entreprises privées ont signé la Charte de Lutte contre le VIH/sida en Milieu Professionnel. Suite à une convention ignée avec le SE CNLS, 99 entreprises ont effectivement mis en œuvre un plan d'action de lutte contre le VIH en milieu du travail.
- En plus, le Sénégal s'est doté d'unités mobiles de communication et de dépistage qui sont disponibles dans la majorité des régions du pays et doivent plus tard couvrir tout le pays.

Les données comportementales **:**

Les résultats de l'EDS4 avaient montré une bonne connaissance des moyens de prévention et une persistance de fausses croyances.

- Globalement seul, 22,7% des jeunes ont une connaissance correcte sur le VIH [EDS IV, 2005].
- 43% de connaissance correcte chez les TS (ENSC, 2006).
- 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%.
- 10% des jeunes de 15-24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.

Résultats :

Dans le domaine de l'IEC/CCC, les efforts déployés par les 9 secteurs publics ministériels, 46 Organisations du secteur privé, 16 ONG, 274 OCB et 35 radios communautaires ont permis de mieux faire passer le message. (**Rapport CNLS, 2008**).

Ces activités d'IEC/CCC déclinées en sessions de formation de pairs (es) éducateurs (trices), de mobilisation sociale, de causeries…

Tableau 4 : Résultats des activités d'IEC/CCC en 2008

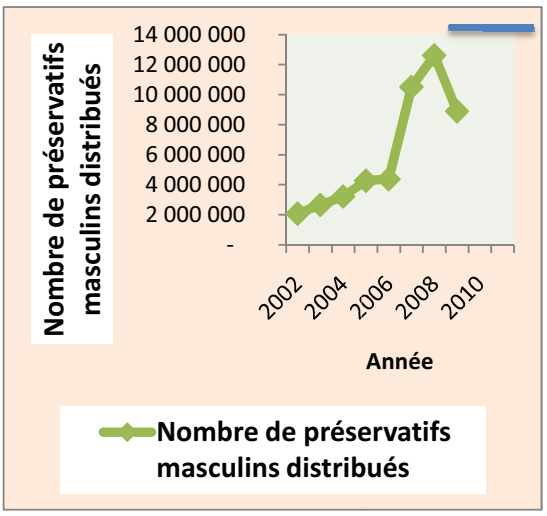
Type d'activités	Nombre de personnes touchées
Formation des Paires éducateurs	1881 (dont 405 TS et 49 MSM)
Causerie	491 405 (dont 10 550 TS et 1185 MSM)

Sources : Rapports 2008, CNLS, Enda/Santé, Awa

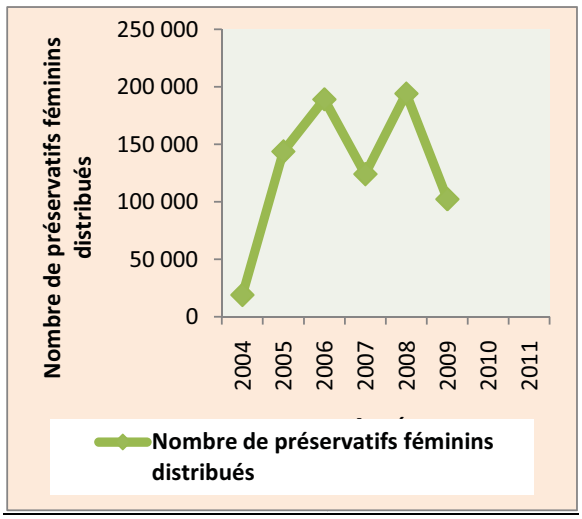
3.1.1.2. La promotion à l'utilisation du préservatif

Depuis 2002, la quantité de préservatifs distribués a connu une croissance progressive pour passer de 2 081 695 en 2002 à 12 424 324 préservatifs masculins en 2008 (**Graphique 2**). Même si la distribution du préservatif féminin demeure encore relativement faible comparativement à celle du préservatif masculin, elle a aussi noté la même évolution et est passée de 19 000 en 2004 à 194 000 en 2008 (**Graphique 3**).

Cependant, pour l'année 2009 les deux produits ont connu une baisse dans la distribution avec 8 897 409 préservatifs masculins dont 43% gratuitement et 86 000 préservatifs féminins. La principale cause pour le préservatif masculin est le manque de moyens logistique pour assurer la mise à disposition au niveau décentralisé ; pour le préservatif féminin, on constate un manque de marketing social.



Graphique 2 : Nombre de préservatifs masculins distribués au niveau national de 2002 à 2009 (la barre horizontale bleue matérialise le Target de l'indicateur « Nombre de préservatifs à distribuer à l'horizon 2011)



Graphique 3 : Nombre de préservatifs féminins distribués au niveau national de 2004 à 2009

En 2009, des activités de plaidoyers étaient organisées en directions des autorités administratives, politiques et religieuses, des jeunes et parents sur la féminisation et la juvénilisation du VIH au Sénégal. L'objectif était de renforcer le niveau d'information et les capacités des de ces derniers sur la vulnérabilité des femmes et des jeunes face au VIH,

d'impulser l'adhésion et l'appui des autorités administratives et politiques, des leaders religieux et communautaires, des parents et des communicateurs aux objectifs et activités du promotion des comportements à moindre risque et à l'utilisation du préservatif (Rapport ADEMAS, 2009).

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 de 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 (TS et MSM).

En perspective à une meilleure qualité de la prise en charge des IST et 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 5000 planches murales présentannt les algorythmes 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**). A compléter avec les données de 2009.

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.

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

Prise en charge des Professionnelles du Sexe :

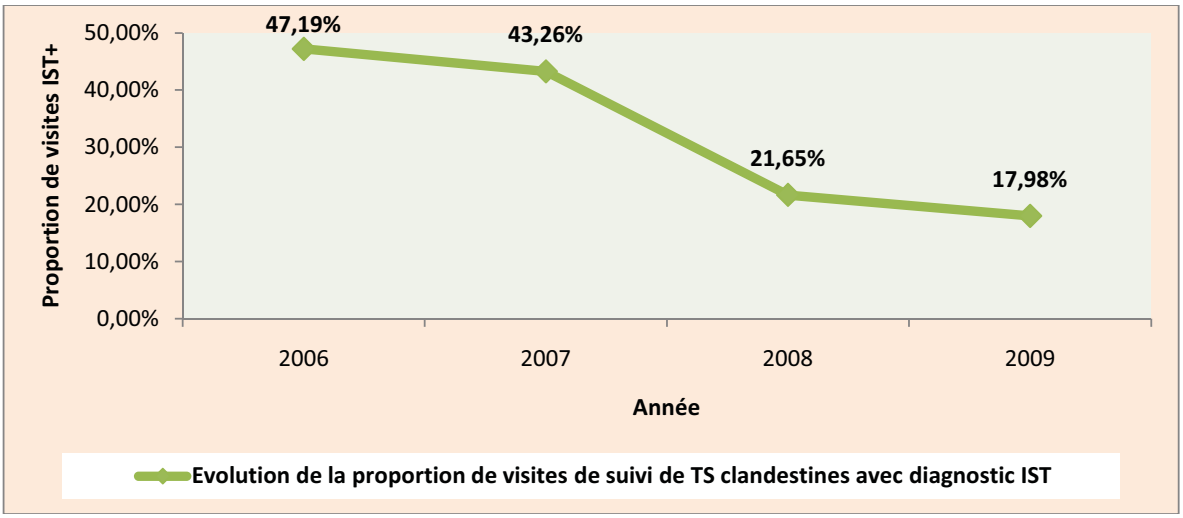
Le suivi médical et la prise en charge des IST chez les travailleuses du sexe sont mises en œuvre à travers trois stratégies menées par les districts et les ONGs/associations notamment Enda Santé et AWA ; **(i)** la prise en charge fixe au niveau des 36 centres IST et autres centres secondaires, **(ii)**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

Tableau 5 : Résultats du suivi médical des TS en 2008

Stratégie de suivi	Nombre de TS suivies selon la catégorie	
	TS officielles	TS clandestines
Centres IST et secondaire	3 078	770
Cliniques mobiles de Enda/Santé	0	2 988
TOTAL	**3 078**	**3 758**

Sources : Rapports 2008, DLSI, Enda/Santé, Awa

L'analyse des données issues du suivi médical des TS clandestines à travers les cliniques mobiles de Enda/Santé de 2006 à 2009 montre une régression progressive de la proportion de visites de suivi avec diagnostic IST (**graphique 4**)



Graphique 4 : Evolution de la proportion de visites de suivi avec IST (Enda/Santé, 2010)

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).

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

Politique et les 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 l'année 2008, des résultats encourageants ont été notés dans l'accès aux services de soins et de prise en charge des MSM :

- 1151 MSM ont été touchés par les activités de prévention,
- 844 MSM sont suivis au niveau des sites de prise en charge
- 175 MSM vivant avec le VIH sont suivis dont 25 au niveau du site de l'IHS/ DLSI

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.

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

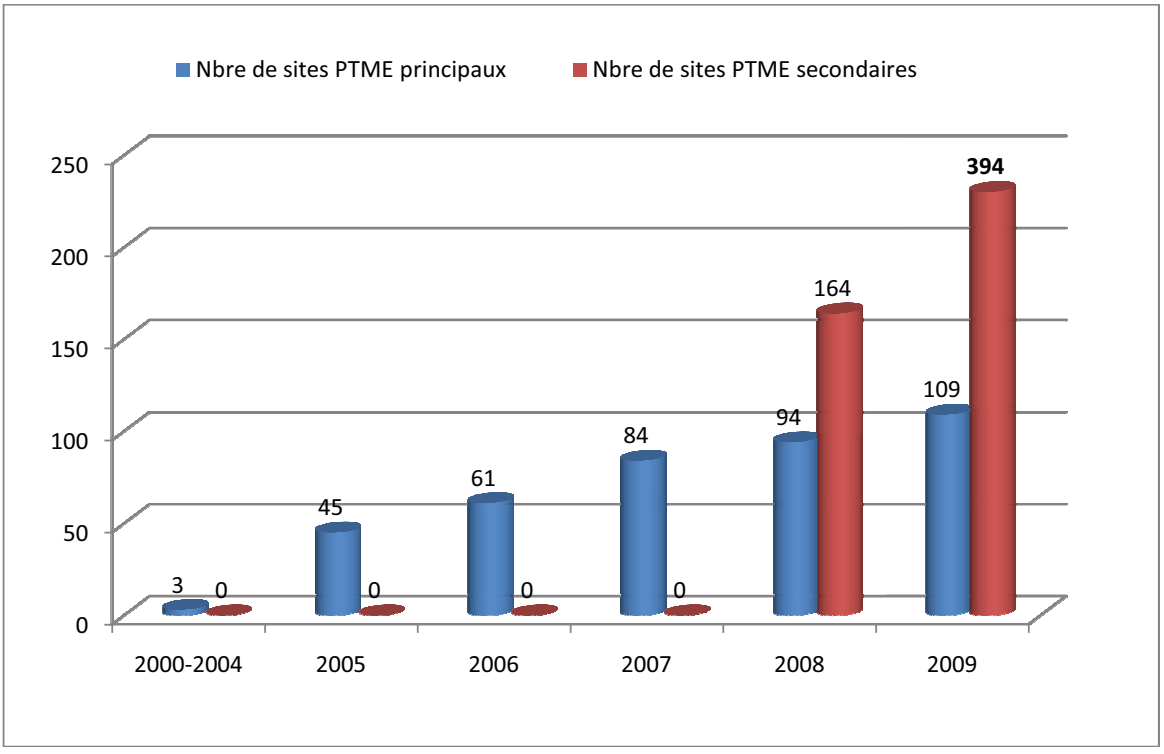
3.1.2. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

La révision des directives nationales sur la PTME était des recommandations de la revue de 2007. En Mars 2008, le Sénégal est passé à la trithérapie dans le cadre de la prophylaxie chez les femmes enceintes avec l'AZT+3TC+NVP et à l'allaitement maternel protégé pour celles qui auront fait ce choix.

Tableau 6 : Rappel des objectifs nationaux annualisés du PSLS pour le dépistage PTME

OBJECTIFS	2007	2008	2009	2010	2011
Objectifs originaux	85 775	94 350	103 785	114 163	125 579
Objectifs revus à la hausse à partir de 2008	85 775	104 628	106 629	174344	267 128

Durant cette période 2008-2009, le nombre de sites de PTME a fortement augmenté avec comme nouveauté la définition de sites principal (tout le paquet) et secondaire (une partie du paquet) selon le paquet d'activités fournies. Ainsi, 26 nouveaux sites primaires ont été ouverts et 394 sites secondaires (**Graphique 5**). Le nombre de sites PTME est ainsi passé de 84 en 2007 à 258 en 2008 et 503 en 2009.



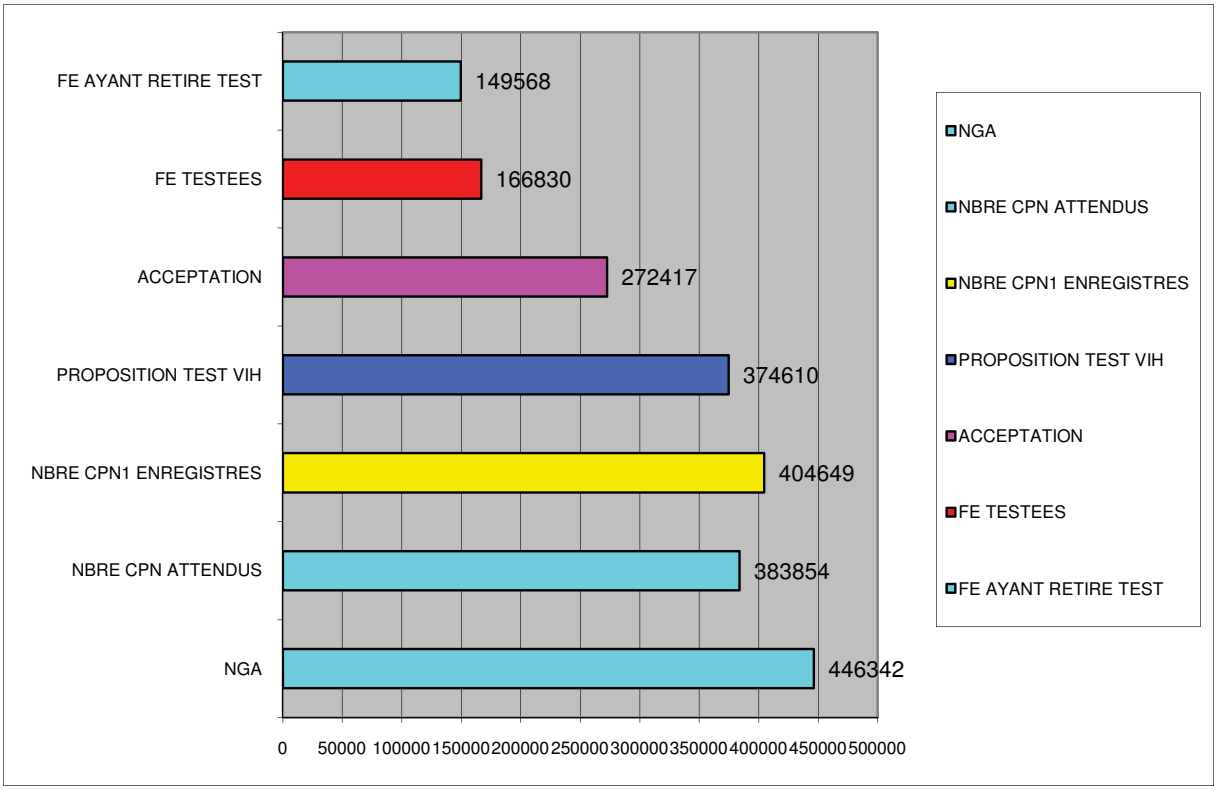
Graphique 5 : Evolution des sites de PTME de 2004 à 2009

Le Nombre de Femmes enceintes fréquentant les CPN et dépistées annuellement est passé de 44 618 en 2007, 111 210 en 2008 et 166 830 en 2009 (Tableau 7).

Tableau 7 : Evolution des chiffres de femmes enceintes dépistées de 2002 à 2008

ANNEES	RESULTATS ANNUELS	Cumul	Objectif national	Performance par rapport à l'objectif national
2002	3 484			
2003	2 901	6 385		
2004	2 271	8 656		
2005	8 051	16 707		
2006	22 598	39 305		
2007	44 618	83 923	85 773	44%
2008	111 210	195 133	103 332	108 %
2009	166830	361963	106629	156 %

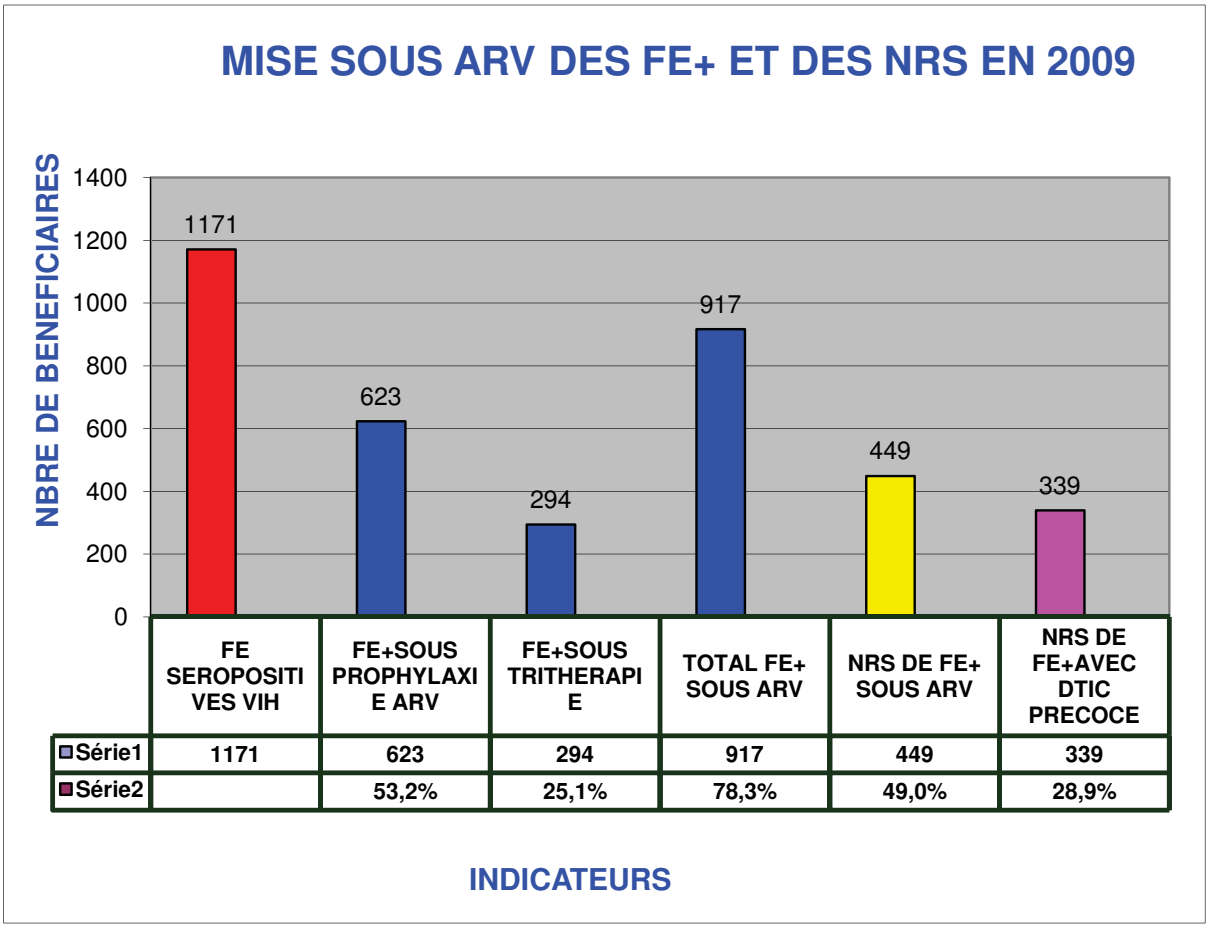
En dépit de l'évolution très significative du nombre de femmes enceintes dépistées qui dépasse les objectifs du Programme National (111 210 contre 103332 = 108 % et en 2009 166830 contre 106629 soit 156 %); Les déperditions très importantes dans la courbe de Piott entre le contact CPN, la proposition et la réalisation effective du test (objectif de 80% d'acceptation, de 80% de réalisation du test) avec respectivement.



Graphique 6 : Courbe de Piott pour le dépistage VIH chez les femmes enceintes

Si l'on compare les résultats obtenus pour le dépistage des femmes enceintes au nombre de Grossesses attendues dans l'année nous aurons par rapport à l'accès universel, nous sommes à 37% de couverture et si l'on fait la comparaison avec les 86% de femmes attendues à la CPN, on aura un taux de couverture nationale de 43,5 % (pour un objectif de 80%).

La décentralisation du test de dépistage au niveau des Postes de santé a contribué à l'atteinte des objectifs.



Graphique 7 : Mise sous ARV des femmes enceintes séropositives et des Nourrissons nés de mères séropositives en 2009

Le pourcentage de femmes enceintes séropositives mises ARV pur la PTME (sous prophylaxie ARV ou trithérapie) est passée de 69% en 2007 à 59% en 2008 et 78% en 2009 (**Tableau 8**).Le pourcentage d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV est passé de 70% en 2007, 65% en 2008 et 49 % en 2009. Le décalage entre la mise sous prophylaxie des femmes enceintes séropositives et les enfants nés de mères séropositives peut être lié au problème du suivi post natal des nouveaux nés.

Tableau 8 : Evolution de la mise sous ARV des femmes enceintes séropositives et des Nourrissons nés de mères séropositives entre 2007 et 2009

ANNEE	FE VIH+	FE Sous ARV		Enfants sous Prophylaxie	
		Nombre	%/FE VIH+	Nombre	%/FEsous ARV
2007	445	307	69 %	233	83,5 %
2008	806	473	59 %	299	63 %
2009	1 171	917	78,3 %	449	49 %

Le diagnostic précoce a été lancé en 2007 et le nombre de site effectuant les prélèvements pour le diagnostic précoce est passé de 13 en 2007, 28 en 2008 et 47 en 2009 et le nombre d'enfants ayant bénéficié de ce diagnostic précoce est passé de en 2007,409 en 2008 et 339 en 2009.

Le taux de couverture pour le Diagnostic précoce est estimé à 29% (PCR 339/1171 FE séropositives au VIH). L'utilisation du papier buvard pour le diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositive est passée à l'échelle en 2009 avec 500 DBS (PCR1 =339, PCR2=150 et PCR3=11) acheminés vers le laboratoire de référence LBV. Il reste cependant une faiblesse majeure dans l'acheminement et la rendue des résultats entre le centre de référence LBV et les sites de PTME

3.1.3. Prévention de la transmission sanguine

3.1.3.1. Sécurité transfusionnelle

Politique national en matière de stratégie de dépistage

Depuis 1986, le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est systématique dans toutes les banques de sang du Sénégal et le programme a atteint son objectif de dépister 100% des dons de sang pour VIH, des virus de l'hépatite B et C afin de sécuriser la transfusion.

Les interventions prioritaires pour sécuriser le sang concernent surtout la sélection des donneurs de sang par leur fidélisation, le renforcement des capacités des prestataires sur l'utilisation rationnelle du sang, le dépistage systématique des dons et le contrôle qualité

Par rapport à la qualité des services, le Sénégal dispose depuis 2003, d'un document de stratégies de dépistage du VIH harmonisées en fonction de l'objectif de dépistage et qui définit l'algorithme à utiliser aussi bien au niveau des laboratoires de dépistage qu'au niveau des centres de transfusion. Les procédures de dépistage sont ainsi harmonisées au niveau du pays depuis fin 2004. Ainsi, tous les centres de transfusion sanguine (17) effectuent le dépistage des dons de sang selon les procédures nationales normalisées

L'approvisionnement en réactifs est assuré par le CNTS avec les financements de l'Etat et ses partenaires. Au niveau régional, des Centres Régionaux de Transfusion Sanguine sont mis en place dans la nouvelle politique de transfusion sanguine.

La coordination

Au Sénégal, la sécurité transfusionnelle est sous la coordination du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Qui assure la supervision, le contrôle de qualité ainsi que la gestion de l'approvisionnement en réactifs et en produits sanguins des banques de sang des structures hospitalières publiques et privées.

Le financement

L'état sénégalais a pérennisé ce volet de la sécurité sanguine à travers son budget national en prenant en charge l'appui jadis octroyé par la coopération française qui était au début de la lutte le partenaire clé. Ainsi, le CNTS est appuyé actuellement dans cette mission par l'Etat à travers le ministère de la santé et le CNLS qui assurent la disponibilité des tests de laboratoires et le financement des supervisions des banques de sang périphériques.

Résultats

Durant cette période, 97 243 poches de sang (dont 47 344 en 2008 et 49 899 en 2009) ont été collectées et testées au VIH, Hépatite B et C ainsi que pour la syphilis. Conformément aux exigences de qualité de l'OMS, toute banque de sang doit participer à un programme de contrôle externe de la qualité sous la supervision du CNTS.

Durant cette période seules 80% en 2008 et 86% en 2009 des dons répondent aux critères de qualité. Une progression a été notée par rapport à 2007 où ce taux était de 78,8%.

Il faut noter l'irrégularité des supervisions pour le contrôle qualité au niveau décentralisé en plus du besoin de régler le vide juridique qui existe en matière d'autorité du CNTS sur les BDS incluses dans les Etablissements Publics de Santé hospitaliers de niveau 2 et 3.

A travers 17 banques de sang existant dans le pays, les Dons de sang (DDS) testés sont passés de 43 705 en 2007, 47 344 en 2008 et 49 899 en 2009, ce qui traduit une progression quantitative du nombre de dons de sang sécurisés.

En 2008, 100% des poches de sang prélevées sont testées pour la syphilis, le VIH, VHB et VHC, la séroprévalence du VIH est de 0,9% sur l'ensemble des dons de sang et la prévalence de l'Ag Hbs est de 11,21 %

Au cours de l'année 2009, 49 899 poches de sang ont été testées sur toute l'étendue du territoire.

Cependant, respectant la définition opérationnelle de l'OMS pour la sécurité transfusionnelle, seuls 86% des dons satisfont à ces exigences (**Tableau 9**) contre 78,8% en 2007.

Toutefois des mesures supplémentaires doivent être prises pour assurer une régularité des supervisions du centre de référence et une effectivité des contrôles externes de la qualité.

Tableau 9 : Statistiques des Banques de sang en 2008

Centres de transfusion	Modes opératoires normalisés	Système d'assurance qualité	Dons de sang	Dons analysés	Dons testés selon la procédure d'assurance	% dons testés selon la procédure d'assurance

					qualité	qualité
1. CNTS	Oui	Oui	24 639	24 639	24 639	100%
2. H. Principal	Oui	Oui	4 802	4 802	4 802	100%
3. H. Le Dantec	Oui	Non	Arrêt	Arrêt	Arrêt	-
4. Diourbel	Oui	Non	1 423	1423	0	0%
5. Touba	Oui	Oui	3 471	3 471	3 471	100%
6. Thiès (Régional)	Oui	Oui	3 163	3 163	3 163	100%
7. St Jean (Thiès)	Oui	Oui	739	739	739	100%
8. Kaolack	Oui	Non	2 841	2 841	0	0%
9. Ourossogui	Oui	Oui	967	967	967	100%
10. Ndioum	Oui	Non	560	560	0	0%
11. Tamba	Oui	Non	940	940	0	0%
12. Kolda	Oui	Oui	686	686	686	100%
13. Mbour	Oui	Oui	988	988	988	100%
14. Ziguinchor	Oui	Non	1 040	1 040	0	0%
15. St Louis	Oui	Oui	2 560	2 560	2 560	100%
16. Sédhiou	Oui	Oui	321	321	321	100%
17. Louga	Oui	Oui	759	759	759	100%
TOTAL			**49 899**	**49 899**	**43095**	**86%**

La Politique

L'objectif fixé par le programme en 2002 de décentralisation des services de Conseils et Dépistage Volontaire (CDV) était de rendre disponibles et accessibles au moins un centre de dépistage anonyme dans chaque région d'ici 2006. Dans la mise en œuvre, du fait de la faiblesse de l'utilisation des centres de conseils dépistage anonymes mis en place par les ONG (CDVA de SIDA SERVICE ou ASBEF), il a été retenu d'intégrer des services de conseils et dépistage volontaire dans les structures sanitaires qui sont déjà connus et fréquentés par les populations mais aussi dans des services de conseils et dépistage de secteurs autres que la santé (services médicaux de l'armée, services médicaux scolaires, centre conseils pour adolescent du Ministère de la Jeunesse) ce qui s'est poursuivi jusqu'en fin 2007.

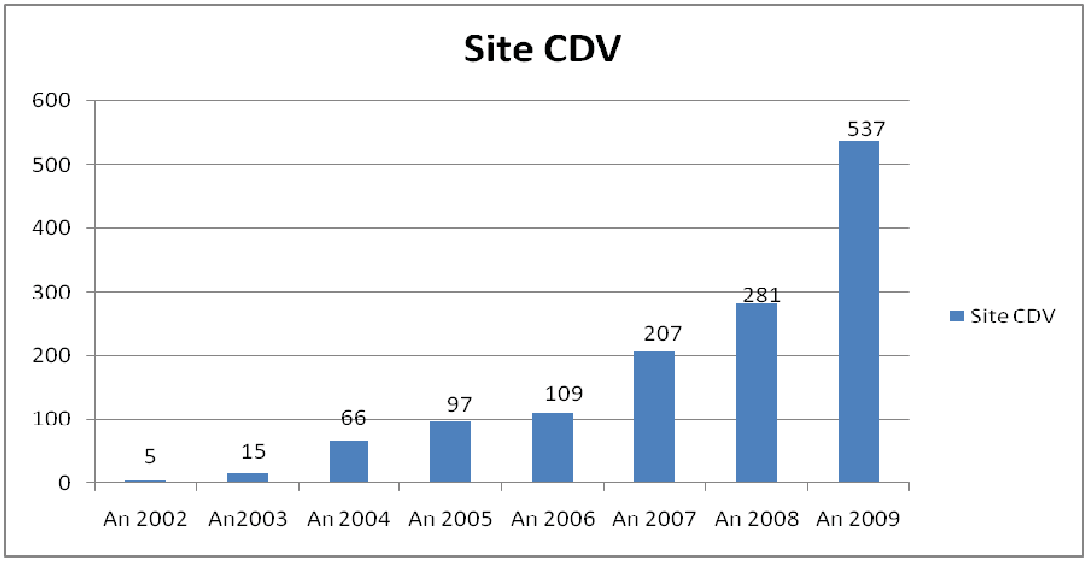
Entre 2008 – 2009, l'accent a été mis dans la décentralisation des services du CDV dans les postes de santé pour assurer la disponibilité du service de dépistage aux populations rurales, ce qui explique l'augmentation très considérable du nombre de site durant cette période et une révision des objectifs nationaux (**Tableau 10**).

Tableau 10 : Rappel des objectifs nationaux annualisés du PSLS pour le CDV

OBJECTIFS	**2007**	**2008**	**2009**	**2009**	**2011**
Objectifs originaux	96 000	115 000	138 000	165 000	198 720
Objectifs revus à la hausse à partir de 2009	96 000	115 000	184 192	221 030	265 236

Evolution du nombre de sites de dépistage

Le nombre de sites CDV s'élève à 537 en 2009 contre 281 sites en 2008. Nous avons une évolution nette des sites entre 2002 et 2009. Pour l'année 2009 nous avons 256 nouveaux contre 74 en 2008, soit une progression de 91,1% par rapport à l'année 2008 alors que dans le plan stratégique 2007 – 2011 l'objectif fixé est d'atteindre un pourcentage de 10% par an pour l'ouverture de nouveaux sites. (**Graphique 8**).



Graphique 8 : Evolution du nombre de sites de conseil dépistage de 2002 à 2009

De 281 sites en 2008, nous sommes passés à 537 en 2009, avec une accélération très nette de la décentralisation vers les postes de 143 en 2008 à 394 en 2009

A. Répartition des sites fonctionnels de conseil dépistage volontaires selon le type de structure

Sites de Conseil dépistage VIH fonctionnels en 2009 : 537 dont 251 nouveaux sites.
Il existe deux types de site de conseil dépistage VIH :

- SDVA (Service de Dépistage Volontaire Anonyme) : C'est quand le service est intégré dans les laboratoires des structures sanitaires.
- CDVA (Centre de Dépistage Volontaire Anonyme) : c'est une structure de conseil de dépistage volontaire autonome

On note un nombre important de sites à Dakar et à Thiès par le simple fait que ces deux régions sont plus populaires au Sénégal.
Kédougou est moins pourvus en sites car nouvellement érigés en régions, suivi de Matam avec 5 sites malgré l'enclavement et l'éloignement des postes de santé
La décentralisation des services de conseil dépistage au niveau des postes de santé et les stratégies avancées et mobiles ont permis de dépister 211 863 personnes en 2009, soit une augmentation de plus de 41,8% par rapport à 2008.

RESULTATS DU CDV

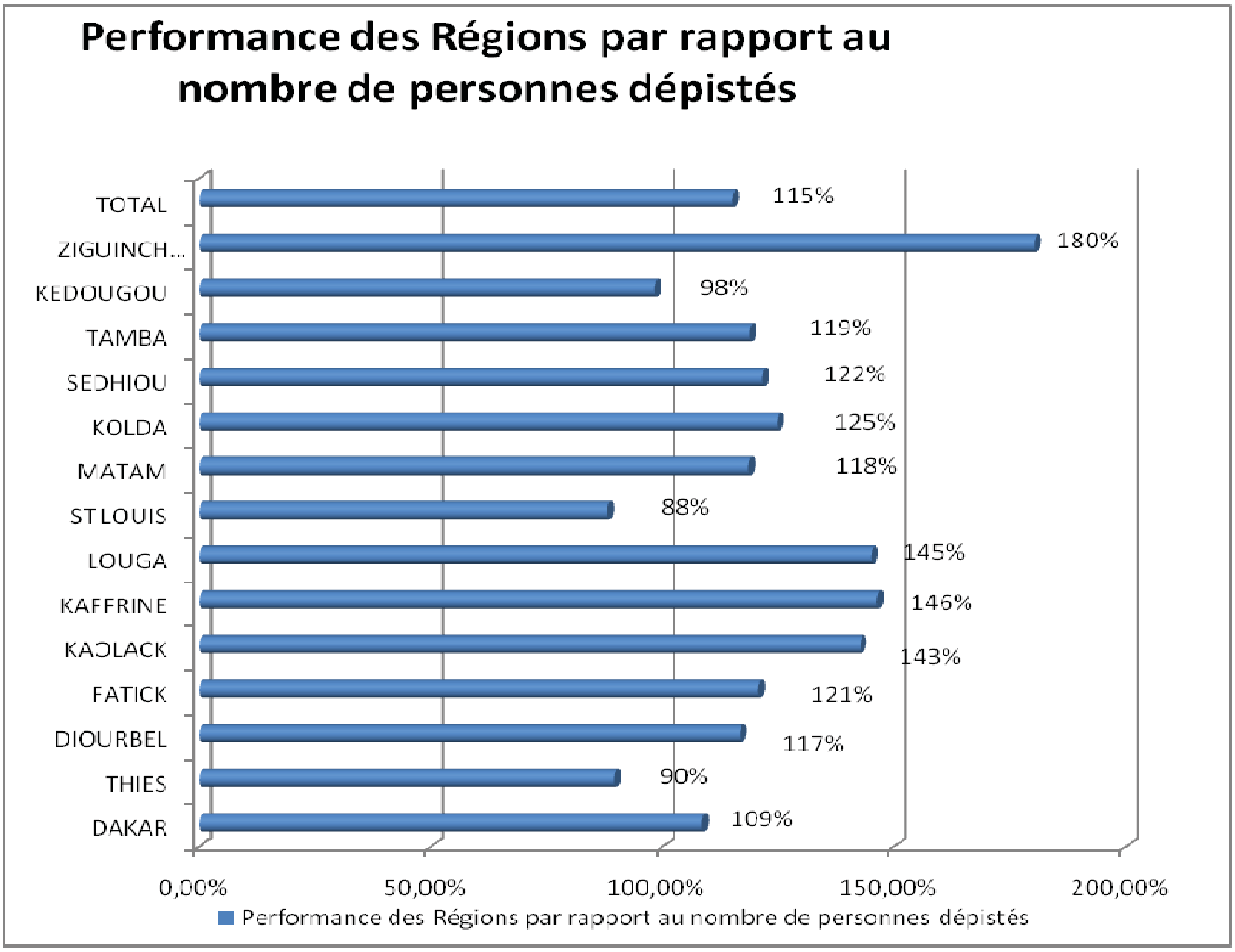
Niveau d'atteinte des objectifs du plan stratégique national

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. Et l'analyse des résultats annuels obtenus va permettre de mesurer les performances par rapport aux objectifs nationaux mais aussi l'accès aux services de dépistage de la population.
Pour la période 2008- 2009, les performances par rapport aux objectifs annualisés du Plan stratégique 2007-2011 sont respectivement 130% en 2008 et 153,5% en 2009. Par rapport à l'objectif 2009 révisé pour tendre vers l'accès universel, une performance de 115% est notée au niveau national (**Tableau 11**).

Tableau 11 : Niveau d'atteinte des objectifs par rapport aux objectifs du plan stratégique

Années	Dépistage population générale				
	Résultats atteints	**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%**

Presque toutes les régions ont atteint voire même dépassé leurs objectifs. Le graphique 9 montre le niveau d'atteinte des objectifs des différentes régions



Graphique 13 : Performance régional du nombre de personnes dépistées en 2009

Dans le domaine du renforcement de capacités il faut noter durant la période

- 500 prestataires en technique de dépistage
- 1 003 prestataires Formés en counselling

Il faut souligner aussi l'implication de tous les secteurs dans la réalisation des stratégies avancées et mobiles en partenariat avec le secteur santé au cours des campagnes nationales.

Nous constatons une disparité dans l'atteinte des objectifs fixés aussi bien pour l'année 2008 que pour l'année 2009.

Pour 2009, les régions de Dakar, Diourbel, Fatick, Kaolack, Kaffrine, Louga, Matam, Kolda, Sédhiou, Tamba, Ziguinchor ont atteint et parfois dépassé largement les objectifs qui leur ont été fixés. Seules les régions de Thiès (90%), Saint Louis (88%) et Kédougou (98%) n'ont pas atteint leur objectif annuel 2009.

En 2008 année à laquelle, les régions suivantes n'ont pas atteint leur objectif : Diourbel, Matam et Kaolack avec un taux de performance successif de 81,3%, 80, 30% et 36,73%. Ces

derrières ont fait un grand effort en 2009 pour atteindre largement leur objectif respectivement à 117%, 118% et à 143%.

Cependant en 2009, certaines comme Thiès, St Louis qui avaient des objectifs atteints, ont connus des contre performances pouvant s'expliquer par une insuffisance de financement (nombre insuffisant de stratégies avancées par rapport au poids démographique) mais aussi un défaut de préparation des stratégies avancées (choix de la cible, périodicité de l'activité, site et la qualité de la sensibilisation à la veille et le jour de l'activité). Par contre pour la région de Kédougou, c'est surtout dû au manque de ressources humaines pour la mise en œuvre des activités (zone difficiles), l'insuffisance des sites de dépistage, manque de moyens logistiques ;

3.2. La prise en charge des PVVIH

3.2.1. Prise en charge médicale

La Prise en Charge des PVVIH par les ARV débutée en 1998 au niveau de 2 hôpitaux nationaux (phase pilote 1998). Elle a progressivement touché les hôpitaux régionaux, quelques structures privées puis quelques centres de santé de référence des districts. Afin d'améliorer la qualité de cette PEC médicale au niveau décentralisé, la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Adolescent et de l'Adulte (PCIMAA) pour les soins et le traitement du VIH, a été optée au Sénégal depuis 2005 avec l'appui de l'OMS.

La PCIMAA a été développée et mise en œuvre depuis 2005 selon le processus suivant : formations de formateurs du niveau national, formations décentralisées PCIMAA au niveau des 7 districts pilotes, puis dans 5 régions, la révision des protocoles à partir des recommandations de l'OMS (2007), les formations de formateurs et décentralisées sur la gestion des données de patients VIH.

A partir de 2006, il a été mis en place un système d'accréditation des sites de PEC et de codification unique national des PVVIH sur toute l'étendue du territoire national, une mise à jour des Schémas thérapeutiques ARV de 1ère et 2ème ligne, une intégration de la PEC de la co-infection TB-VIH, des IO, de la PEC nutritionnelles et psychosociales.

En 2009, un grand effort a été réalisé dans la mise sous ARV des PVVIH. En effet, 2 899 nouvelles personnes ont été mises sous ARV. Cela a permis de mettre 12 249 patients (11 455 adultes et 794 enfants) sous ARV au Sénégal, soit 75,6% des besoins de traitement dont 30% (4 857) à Dakar la capitale. Le pourcentage d'adultes et d'enfants avec une infection avancée bénéficiant d'une trithérapie antirétrovirale est de 75,6% avec 86,8% chez les adultes et seulement 26,5% chez les enfants. Les femmes deux fois plus infectées ne sont traitées qu'à 48,3%.

Evolution des sites de PEC

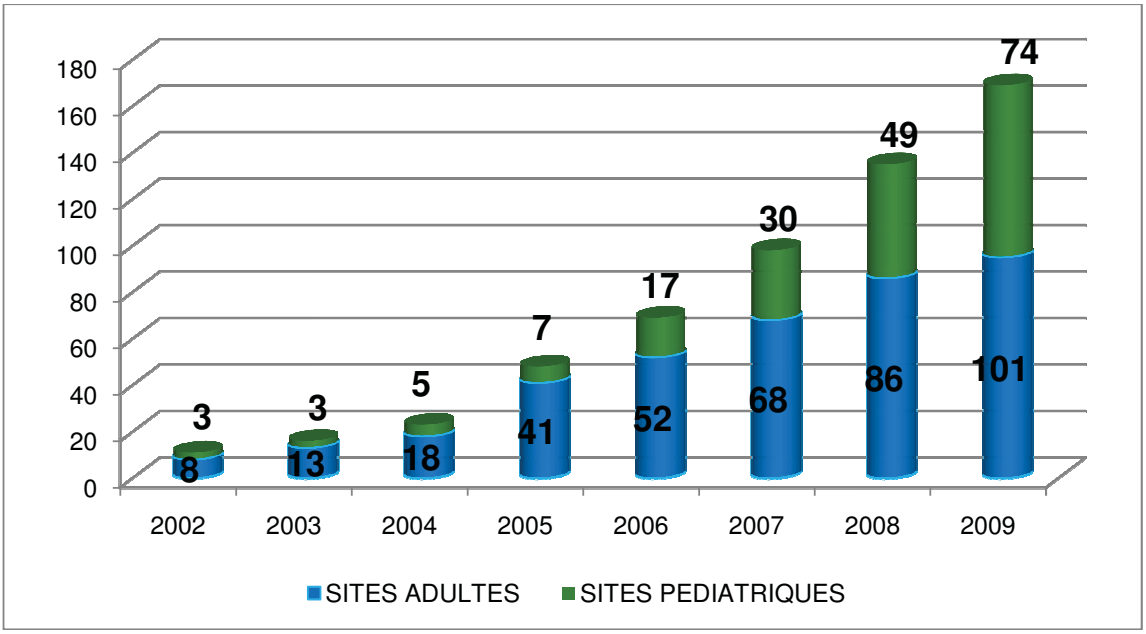
Les résultats montrent que le nombre de centres de prise en charge médicale est passé de 86 à 101 sites de 2008 à 2009 soit une augmentation de 17% (Graphique 3). Ces patients répartis dans 101 sites de prescription d'ARV (19 Hôpitaux (7 Dakar + 12 Régions), 7 structures privées et 67 centres de santé) dans 64 districts sanitaires (sur 69 existants), sont pris en charge par 122 médecins prescripteurs d'ARV (52 à Dakar). Grace au système de suivi du

patient intégrant le parrainage, la qualité de la PEC est renforcée avec 81% des patients qui sont sous 1ère ligne et 14,6% sous 2ème ligne, un taux de perdus de vue de 5,8% et un taux de décès de 3,4%. Le counseling et la PEC des IO a déjà commencé au niveau des postes de santé avec plus de 300 infirmiers, sages-femmes et travailleurs sociaux capacité.

Noter un cadre institutionnel et politique favorable avec la gratuité du dépistage du VIH, avec des tests rapides, des ARV et du bilan immuno-virologique, l'appui en médicaments contre les infections opportunistes et pour le bilan hémato-biochimiques de suivi, la disponibilité de la charge virale à Dakar et dans les axes nord et Sud du pays et du génotypage dans le laboratoire de référence national à Dakar

Cette augmentation est plus importante pour les sites de PEC des enfants, soit 51% passant de 49 à 74, témoin d'un renforcement dans ce domaine des enfants jusque là très peu couvert.

La politique du Sénégal est la décentralisation de la prise en charge avec le rapprochement des services de prises en charge qui est effectif dans au moins 90% des hôpitaux et 81% des Districts. Cependant, elle est faible dans les structures privés (2 sur 617 services) et au niveau des structures sanitaires de l'armée (3 sur 18 Centres Médicaux de Garnison et 1 hôpital de référence répertoriés). Il existe néanmoins une bonne évolution du nombre de sites accrédités selon les normes comme le montre la figure suivante :



Graphique 9 : Evolution du nombre de sites de PEC des adultes et des enfants

Il est cependant à noter que tous les districts ne sont pas couverts pour la prise en charge thérapeutique des malades car il y'a récemment de nouveaux districts qui sont crées (**Tableau 12**).

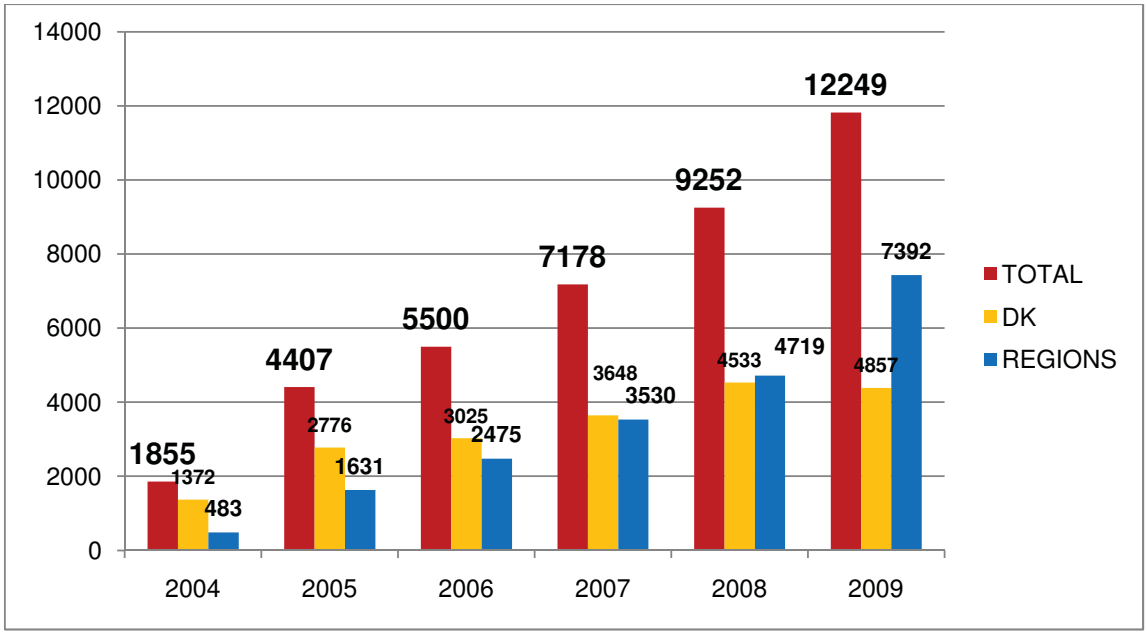
Tableau 12 : Evolution de l'intégration de la PEC des enfants

ANNEES	Nombre de sites de PEC des adultes	Nombre de sites de PEC des Enfants intégrés	% d'intégration
2002	8	3	37,50
2003	13	3	23 %
2004	19	5	26 %
2005	41	7	17 %
2006	52	17	32,7 %
2007	68	30	44 %
2008	86	49	57%
2009	101	74	73%

Ce tableau montre les efforts consentis en 2006 et 2009 sur le plan de l'intégration de la prise en charge des enfants dans les sites de PEC des adultes.

Résultats de la décentralisation de la PEC

On note aussi une bonne décentralisation au niveau des régions. En effet on est passé de 51,0% des patients traités par les ARV provenant des régions en 2008 à 60,3% en 2009 (**Graphique 10**).



- **Graphique 10 :** Evolution du niveau de décentralisation de la PEC en 2008 et 2009

Il est à noter aussi l'apport positif des stratégies de Conseil et Dépistage volontaire dans le cadre de la PEC avec un renforcement de la référence des personnes positives dépistées vers les sites de PEC. En effet le graphique ci-dessous montre que 89% des personnes séropositives orientées sont effectivement PEC au niveau de leur région avec une couverture totale au niveau de Dakar, Saint-Louis, Matam, Kédougou et Ziguinchor.

Les perspectives

Elles peuvent se résumer en :

- Renforcement du plateau technique avec le Round 9 : RSS et VIH
- Mise en œuvre d'une recherche opérationnelle.
- Suivi des indicateurs d'alerte précoce de résistance.
- Projet d'amélioration de la qualité de la PEC
- Disponibilité des ARV
- Elargissement de la gamme de protocoles de première et seconde ligne
- Existence de réseau communautaire sur lequel s'appuient les structures sanitaires
- Renforcement de la PEC nutritionnelle au niveau des sites
-

Les changements et avancées apportés à l'engagement national et à la mise en œuvre du programme au cours de la période de janvier 2008 à décembre 2009

- Révision du guide de PEC
- Supervisions formatives ciblées sur site de PEC
- Stages pratiques des prestataires au niveau des structures de référence.

3.2.2. Prise en charge de la co-infection TB/VIH

La Politique **:**

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.

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.

Un atelier de consensus a adopté la mise sous prophylaxie à l'isoniazide des patients VIH présentant une infection latente. 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 cette année dans le cadre d'un atelier national au cours duquel il a été retenu de commencer par quelques sites pilote et de procéder à une extension sur la base des leçons apprises.

Stratégies développées :

- Instance de coordination de la gestion de la TB/VIH
- Réduction de la charge TB chez les PVVIH
- Prendre en charge les patients TB dépistés VIH+
- Élaborer le guide de PEC de la co-infection TB/VIH
- L'amélioration de la détection du VIH chez les personnes TB au niveau des centres anti-TB par le dépistage systématique des personnes TB
- Réunions trimestrielles du comité de suivi TB/VIH
- Des directives pour la mise sous chimioprophylaxie systématique de tout patient TB dépisté VIH positif
- Le renforcement de capacités du personnel des centres anti-TB pour une meilleure prise en charge de la coïnfection par la formation de 90 points focaux TB à la prise en charge du VIH .

Les changements et avancées apportés à l'engagement national et à la mise en œuvre du programme au cours de la période de janvier à décembre 2009

- Comité national TB-VIH foncitonnel
- 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

Niveau d'atteinte des objectifs ;

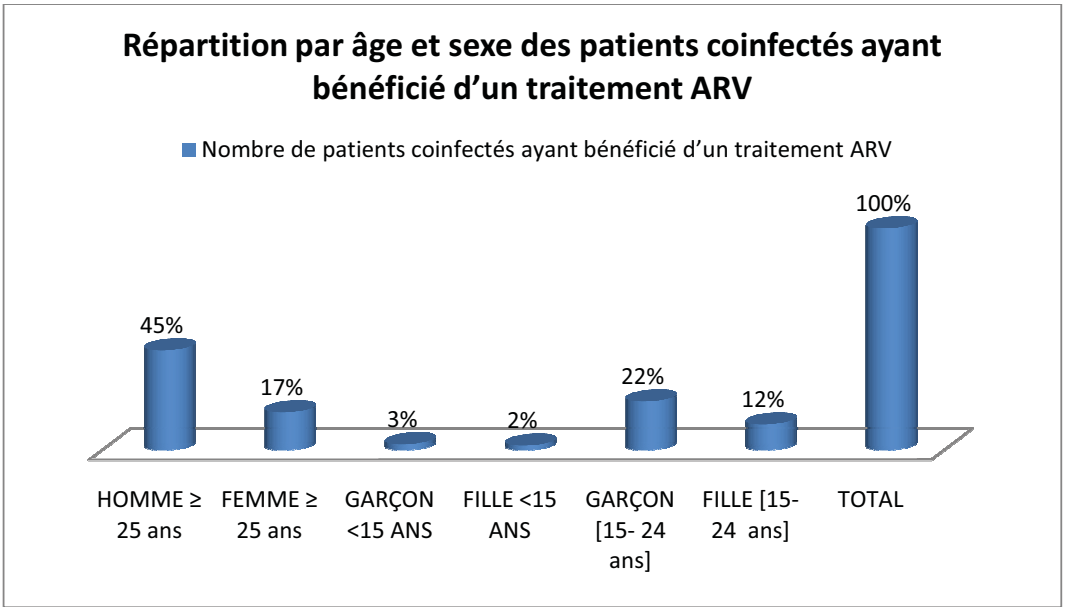
En 2009, les résultats du Programme National contre la Tuberculose par rapport à la gestion de la coïnfection TB/VIH sont mentionnés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 12 : Niveau d'atteintes des objectifs de la coïnfection TB-VIH

INDICATEUERS	NOMBRE	%
Nombre de patients TB dépistés au VIH dans l'année	6906	
Nombre de patients TB déclarés positifs au VIH dans l'année	455	7%
Nombre de patients VIH présentant une suspicion de TB dans l'année		
Nombre de patients VIH ayant eu un diagnostic de TB dans l'année	349	
Nombre de patients co-infectés ayant bénéficié d'une prophylaxie au Cotrimoxazole	286+386= 672	672/804=84%
Nombre de patients coinfectés ayant bénéficié d'un traitement ARV	264	32% (37%)
Nombre de patients co-infectés décédés dans l'année	82	11%
Coinfectés	804	6,9%

Alors que l'épidémie du VIH s'est féminisée, on note une masculinisation de la PEC des patients tuberculeux avec parmi ces patients TB mis sous ARV seulement 30,5% qui sont de sexe féminin.

Les enfants représentant 4,6% des patients co-traités (**Graphique 10**).



Graphique 10 : Répartition par âge et sexe des patients coinfectés ayant bénéficié d'un TTT ARV

Prévalence VIH chez cas TB testés en 2009 = 7 %

- Le résultat du dépistage VIH chez les patients tuberculeux révèle un nombre de 455 coïnfectés TB-VIH (soit une prévalence de 7%).
- La porte d'entrée VIH a déclaré 175 cas de TB-VIH.
- 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 coïnfection TB/VIH tant au niveau central qu'au niveau décentralisé.

- **Les perspectives**

- Round 9 VIH / RSS : Renforcement du Comité de suivi TB-VIH
- 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. ONUSIDA

3.2.3. Prise en charge communautaire des PVVIH et OEV

Durant cette période, plusieurs projets/programmes ont été financés pour la prise en charge des PVVIH et des OEV à travers des associations d'appui et surtout des associations de PVVIH qui se sont organisées dans toutes les régions avec des démembrements au niveau départemental.
Des outils de référence pour la PEC des personnes affectées ont été élaborés (Guide PISEN, Guide de PEC nutritionnelle des OEV, Counseling, PEC communautaire des PVVIH, des

OEV, Guide de prise en charge psychosociale des OEV, Guide d'interventions sur la prévention Positive, Manuel de Mise en œuvre du Projet de scolarisation des OEV etc.)
Pour renforcer le principe GIPA, une participation accrue des PVVIH a été notée avec l'introduction de médiateurs PVVIH au niveau des structures de santé pour appuyer le continuum des soins et services de PEC des PVVIH et des OEV et servir de lien entre les structures de soins et les associations d'accompagnement.
Les activités de prise en charge développées par les associations proposent un paquet de services qui visent la satisfaction des besoins essentiels des PVVIH et de leurs familles dans leur ensemble. Il s'agit de :

- l'appui nutritionnel (distribution de kits alimentaires, les repas communautaires et l'éducation nutritionnelle associée parfois à des démonstrations culinaires), l'appui psychosocial (Visites à domicile, visites intra hospitalières, groupes de parole, counseling, club d'observance, médiation, achat de vêtements, Groupes de discussions sur la prévention Positive),

- l'appui médical (éducation thérapeutique, achat d'ordonnance, paiement bilans biologiques, frais d'hospitalisation, appui au transport, etc.), l'appui à la scolarité et à la formation (frais d'inscription, de scolarité, d'achat de blouse, de fournitures scolaires, du transport et répétiteur, compétences à la vie, etc.) et

- l'appui économique/réinsertion (formations professionnelles, AGR, micro finance, micro crédit, etc.),

- l'Appui juridique (médiation pour la médiation juridique, Prise En Charge avocat, causerie participative sur VIH et droit, etc.), appui spirituel (conseil spirituel pour l'acceptation du statut sérologique, accompagnement spirituel en fin de vie, etc.).

Les PVVIH, par le biais de leurs associations, ont bénéficié de formation et de capacitation sur différents thèmes comme l'accompagnement/soutien, la prise en charge nutritionnelle, la prévention positive, Management Associatif, Développement Organisationnel, Gipa, etc.

Résultats :
Selon les dernières estimations de l'ONUSIDA, il existe environ 50 000 PVVIH et 14 000 OEV. En 2009, le nombre de PVVIH bénéficiant de soins et d'appui psychosocial est de 17 519 soit environ 35%.

3.2.4. La prise en charge des OEV :

Pour les OEV, un effort considérable depuis quelques années avec deux projets majeurs : Fonds Mondial et IDA-BM(MAP). Avec ce dernier, un important appui a été fait pour l'appui à la scolarisation et à la formation professionnelle des OEV. C'est un processus transparent de sélection des OEV impliquant les associations de PVVIH, les acteurs de la société civile, les partenaires qui a été défini et, qui a permis la mise à disposition des bourses scolaires. Un manuel de mise en œuvre du projet a été élaboré. Durant l'année scolaire 2008 – 2009, 3 290 ont effectivement bénéficié d'une bourse scolaire. Pour l'année scolaire 2009 – 2010, sur 5 286 0EV enregistrés, 5 218 OEV ont effectivement bénéficié d'une bourse de

scolarisation et de formation professionnelle soit 104,3% de l'objectif de 5 000 (**Tableau 13**). L'évaluation de la première phase a montré un impact positif du projet.

Avec le Programme Fonds Mondial, notamment dans la mise en œuvre de la phase I du Round VI, un ensemble de 4 167 enfants affectés/infectés ont bénéficié d'un paquet minimum de services (nutritionnel, médical, psychosocial, scolaire). Quelques 1 850 autres ont reçu au moins d'une prestation. Ce qui fait au total de 6017. Ces OEV sont répartis entre les 14 régions du pays.

Tableau 13 : Nombre d'OEV bénéficiaires de Bourses scolaires dans le Projet IDA BM entre 2008 et 2009 et 2010

REGIONS	ANNEE SCOLAIRE 2008-2009			ANNEE SCOLAIRE 2009-2010		
	TOTAL IDENTIFIES	BENEFICIARES DE BOURSES	% Bénéficiaires	RECONDUITS 2008	NOUVEAUX	TOTAL ENREGISTRES
DAKAR	1 480	1211	82%	1 180	600	1 780
DIOURBEL	110	107	97%	101	71	172
FATICK	254	228	90%	187	117	304
KAOLACK KAFFRINE	313	246	79%	254	204	458
KOLDA/ SEDHIOU	582	331	57%	325	137	462
LOUGA	171	166	97%	164	121	285
MATAM	246	197	80%	181	101	282
SAINT LOUIS	214	199	93%	186	133	320
TAMBACOUNDA /KEDOUGOU	224	189	84%	175	139	314
THIES	300	219	73%	201	300	501
ZIGUINCHOR	210	197	94%	194	214	408
TOTAL	4 104	3 290	80%	3 149	2 137	5 286

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 3ième et la 4ième 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 de district » et par une approche de planification régionale intégrée multisectorielle qui part de plans opérationnels autour du district

4.2. Environnement politique favorable

1. Le Projet de Loi sur le VIH a été élaboré par les membres du Senat et de l'Assemblée plus des juristes et les techniciens en charge de la lutte contre le Sida puis adopté par le conseil des ministres et soumis actuellement au vote de l'assemblée nationale et du sénat . Après ce vote, il restera à élaborer les Décrets d'application et la vulgarisation des textes d'application

2. **La mise en place un comité de Veille restreint** considéré également comme un comité de sages (religieux, leaders d'opinion, communicateurs….) qui sera l'interface entre les acteurs et les populations par rapport aux interventions ciblant les Groupes vulnérables notamment les MSM et les PS ;

3. **La Redynamisation du RNP+ (réseau National de PVVIH)** et émergence de nouvelles associations dans toutes les régions et même au niveau des départements

4. La redynamisation de **l'alliance des religieux** et l'élaboration d'un guide des religieux dans la réponse au VIH/sida est en cours de validation et **du réseau de tradipraticiens.**

5. Mise en place d'un comité pour booster les activités de prévention et de PEC du VIH/sida chez les UDIs et les Personnes privées de Liberté (PPL).

6. **Redynamisation de l'implication des collectivités locales** pour une meilleure prise en compte du VIH dans l'élaboration de leurs budgets .Ceci a été promu par une convention signée entre le CNLS et Programme National de Développement local (PNDL) avec la tenue d'ateliers de Plaidoyer avec les autorités de collectivités locales au niveau des régions du pays

7. **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 prive 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.

8. 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 (7 Ministères clés ont des lignes budgétaires : Santé, , Education, Famille, Jeunesse, Travail, Tourisme)

7. 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. Intensification des programmes de prévention

4.3.1 Prise en charge des Professionnelles du Sexe et des MSM

* Revues semestrielles nationales des activités de suivi des groupes TS et MSM : En collaboration avec le SE/CNLS, les partenaires, la société civile, deux ateliers nationaux de revue/ partage des activités de suivi des groupes TS et des MSM sont organisés chaque année. Ces revues permettent : de faire le point sur le suivi/recommandation des revues précédentes, de partager les résultats du suivi des activités, de partager les points forts, les contraintes et les recommandations, de préparer la revue nationale semestrielle IST/VIH.

***** Appui aux activités d'IEC de proximité autour des centres IST : Afin de renforcer les activités de stratégies avancées auprès des TS notamment clandestines, les districts sont appuyés pour l'organisation d'activités de proximité. Le but est d'améliorer la fréquentation des centres par la cible pour une utilisation optimale des services offerts. Ainsi, vingt cinq centres, répartis au niveau de 12 régions, ont reçu cet appui en 2008 et 2009.

* Intervention des médiateurs au niveau des structures de santé : En 2008 et 2009, les mandats des médiateurs identifiés ont été élargis ainsi que leur zone d'intervention. En effet,

les activités des médiateurs santé ont intégré la recherche de perdus de vue et l'observance thérapeutique des PVVIH. Par ailleurs, Le suivi / accompagnement auprès des MSM a offert l'opportunité d'initier des interventions en milieu carcéral. De plus, ils sont impliqués dans la formation des prestataires nouvellement identifiés et appuient au démarrage de la prise en charge des nouveaux sites.

* Formation sur l'Estime de soi : Des sessions de formation sur l'estime de soi ont été organisées au profit des MSM : Avec l'appui des partenaires. L'objectif de renforcer le développement personnel des MSM dans un contexte d'environnement peu favorable et d'épidémie concentrée. En outre ces sessions offrent l'opportunité d'un accompagnement spirituel certain.

4.3.2. Dans le domaine de la promotion du dépistage (CDV)

On peu noter :

- l'accélération de décentralisation du conseil dépistage dans les poste de santé avec l'utilisation d'un kit de dépistage (test ; solvant, vaccinostyle, tampon sparadrap),

- l'organisation de campagnes nationales par le CNLS mais aussi en routine dans les secteurs de la jeunesse, de l'éducation, de la famille, du travail, du transport ont permis de mieux toucher le milieu rural et de booster très rapidement cette stratégie.
- le renforcement de la collaboration entre les secteurs dans la planification et la réalisation des stratégies avancées, l'initiation de grandes campagnes de mobilisation sociale couplées de dépistage (3 mois de la campagne nationale, Caravane de dépistage à Thiès et à Joal) et événement spéciaux habituels (Festival de jazz, Kébésanté…).

- Implication et engagement des leaders du secteur privé (chefs d'entreprise /chartes signée) dans la promotion du CDV
- Elle a été marquée également par le renforcement des stratégies de promotion du dépistage dans les média,

- la promotion du conseil dépistage à l'initiative du prestataire

- le démarrage du projet d'amélioration de la qualité du CDV dans 5 districts de Dakar

4.3.3 Dans le domaine de la PTME

Il ya :

- Une forte décentralisation de l'offre de services PTME au niveau des postes de santé surtout urbains qui disposent de sage femmes, mesure qui a fortement booster les résultats dans la capitale Dakar par exemple
- L'intégration du dépistage et conseil du VIH initié par les prestataires (DCIP) et des tests rapides dans les services de CPN, les maternités et les services de soins postnatals
- L'évaluation clinique et immunologique des femmes enceintes dans le contexte de la PTME, notamment dans les centres de CPN, pour déterminer si la femme est éligible pour un TAR ou une simple prophylaxie ARV
- La prophylaxie au cotrimoxazole pour les femmes enceintes infectées par le VIH et tous les enfants exposés au VIH (c'est-à-dire tous les enfants nés de mères VIH-positives)

- Le diagnostic précoce de l'infection a VIH chez le nourrisson (mise a échelle des techniques de PCR et DBS) et accès précoce aux traitements ARV
- Enquête nationale sur l'utilisation du papier buvard dans le diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositive
- L'offre de services de planification familiale aux femmes vivant avec le VIH dans le cadre de la PTME
- Implications des cliniques privées dans la prise en charge des femmes enceintes séropositives

4.4. Intensification des programmes de soins, de traitement et de soutien

Cette décentralisation des médicaments au niveau des PRA a facilité la décentralisation de la Prise en Charge thérapeutique des PVVIH. La PEC qui se faisait à prés de 80% au niveau central jusqu'en 2005 est effectuée en 2009 à 60% au niveau des régions.

4.4.1 Dans le domaine de la Prise en Charge Médicale des PVVIH nous pouvons noter comme meilleures pratiques :

- L'intégration de médiateurs au niveau des centres de TARV.
- L'élaboration d'affiches pour la recherche active des enfants infectés.
- La mise en place d'un mécanisme de référence et de contre référence entre les tradipraticiens et les structures de PEC.
- Les stages pratiques des prestataires au niveau des structures de référence
- Implication des PVVIH dans les activités du centre de recherche.
- L'élaboration d'algorithmes pour le démarrage du traitement et le suivi clinico-biologique
- La mise en place des pavillons de traitement ambulatoire au niveau des hôpitaux régionaux

4.4.2 Dans le domaine de la Prise en Charge communautaire des PVVIH,
Beaucoup de stratégies novatrices ont été développées pour une meilleure prise en charge des PVVHI et des OEV :

- Expérimentation de mutualisation dans la couverture médicale des PVVIH
- Définition d'un paquet minimum de services (PMS) dans la PEC des PVVIH et des OEV
- Implication des institutions de micro finance dans le renforcement de capacité économique des PVVIH bénéficiaires de projet ou de crédit
- Partage d'expériences entre anciennes et nouvelles associations de PVVIH et entre associations nationales et sous régionales
- Intégration d'activités de soutien juridique et spirituel dans la PEC des PVVIH

4.4.3 Dans le domaine de la Prise en Charge des OEV,

Prise en Charge de la scolarisation des OEV par transfert Direct à travers la poste des bourses dans le cadre du Projet IDA-BM

4.5. Suivi – Evaluation :

4.5.1 Mise en place de Gestionnaires de données au niveau des districts, hôpitaux et au niveau régional

4.5.2 Harmonisation des Outils de collecte primaire par les acteurs nationaux puis harmonisation des modèles et maquettes de rapports des régions

4.5. 3 Renforcement de capacités gestionnaires de données et des membres des CTR régionaux en Suivi évaluation **et l**a formation des secrétaires des UAR sur le logiciel CRIS

4.5.4 Progrès dans l'audit et la validation des données au niveau décentralisé au niveau district dans le Pool Sida, au niveau départementale « CDLS » puis au niveau régional « CRLS »

4.5.5 Conceptualisation du « Pool Sida » et Mise en place des Pools de districts et renforcement de l'appui aux UAR et aux CRLS au niveau de toutes les régions du Sénégal et support apporté à leur fonctionnalité

4 .5.6 Dans les domaines de l'évaluation

- Evaluation des Dépenses REDES
- Evaluation des 12 composantes avec une consultation de l'ONUSIDA
- Etude sur la féminisation de l'épidémie
- Deuxième étude Comportementale et biologique sur les MSM réalisée en 2007
- Evaluation de la surveillance sentinelle et révision du protocole
- Réalisation d'une enquête IP6-IP7
- Il faut noter que la 2ème ENSC et l'EDSV sont prévues en 2010 au Sénégal
- l'élaboration d'un protocole pour une enquête au niveau des usagers de drogues et la prise en compte des détenus et des orpailleurs dans l'enquête combinée en cours de préparation.

4.6. Développement d'infrastructures

- Construction de 2 nouvelles banques de sang dans des zones très reculées (Kédougou, Bakel) pour la sécurité transfusionnelle,
- Réhabilitation/construction de la Clinique des Maladies Infectieuses, du Centre de Traitement Ambulatoire de l'hôpital FANN,
- Réhabilitation du laboratoire biologie moléculaire du service de bactériologie-virologie de l'hôpital Aristide Le Dantec et de Thiès

5. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

Malgré les succès enregistrés dans plusieurs domaines, il persiste des contraintes et difficultés majeures auxquelles il faut trouver des solutions.

5.1 Dans le cadre de la Direction politique

- non régularité du fonctionnement du comité des partenaires qui a été mis en place
- l'insuffisance de l'appropriation de la lutte dans certains Ministères (Travail, l'Intérieur, la justice)

Il a été décidé de redynamiser le comité des partenaires à partir du processus de la revue à mi parcours (Mars à Mai 2010) et des séances de travail seront tenues régulièrement avec les Ministres pour renforcer l'appropriation de la lutte et l'inscription de lignes budgétaires.

5.2 Obstacles dans l'environnement favorable

- Stigmatisation des MSM qui les pousse à fuir les services offrant des services
- ***Non fonctionnalité du cadre de concertation des différents réseaux de la société civile et celui des Organisations du secteur privé***
- l'implication encore timide des collectivités locales dans le financement de la Réponse
- La participation encore très faible du secteur privé au cofinancement de la réponse et la difficulté de mobiliser les chefs d'entreprises

Par rapport à ces obstacles, les mesures suivantes ont été prises :

- la mise en place d'un comité de veille
- la redynamisation des cadres de concertation de la société civile et du secteur privé
- la signature d'une convention entre le CNLS et le PNDL (Programme National de Développement local avec l'organisation d'ateliers de Plaidoyer dans les 14 régions du pays)

5.3. Contraintes dans les programmes de prévention

5.3.1 Dans le domaine de la sécurité sanguine :

- l'irrégularité des supervisions pour le contrôle qualité des banques de sang du niveau périphérique par la coordination au niveau nationale malgré les efforts de financement à travers le Projet IDA-BM. Durant l'année 2008, une seule des 3 supervisions qui permettaient de dérouler cette activité de contrôle de qualité n'a pu se tenir par manque de moyens

- Il reste nécessaire de régler le vide juridique qui existe en matière d'autorité du CNTS sur les BDS incluses dans les Etablissements Publics de Santé hospitaliers de niveau 2 et 3.

Les solutions à trouver sont la révision du statut du CNTS pour lui donner une autorité sur les Banques de sang et régler définitivement l'irrégularité du contrôle externe de qualité des banques de sang du niveau décentralisé.

5.3.2 Dans le Ciblage des zones et des groupes clés les plus exposés

Contraintes dans la PEC des MSM:

- La stigmatisation des MSM par les prestataires de soins est souvent relevée
- La prise en charge des MSM se fait uniquement par un réseau limité de prestataires et n'est pas présente dans toutes les régions
- Il a été noté une faible documentation de la symptomatologie des IST chez les MSM ainsi que l'absence de recommandation nationale pour leur meilleure Prise en Charge
- Le nombre de plus en plus important de MSM très jeunes, la plupart des lycéens, d'où la nécessité d'intégrer ce fait épidémiologique dans les messages envers les jeunes

Un comité chargé de développer des stratégies d'accompagnement et de gérer la communication a été mis en place avec les partenaires (ANCS, Enda Santé, DLSI, CNLS) et l'appui d'autres partenaires (PNUD, ONUSIDA, AFRICASSO, Ambassades de France, de la République Tchèques, des USA, Union Européenne, etc.). Ce comité a permis au cours de l'arrestation de 09 membres de l'association Aides de Dakar de mettre en place un dispositif d'accompagnement des MSM en prison et durant la phase post libération.

5.3.3 Dans le domaine de la Prise en charge syndromique des IST

- Insuffisance dans la formation du Personnel de santé sur les nouveaux algorithmes de prise en charge syndromique des IST

- Non disponibilité ou rupture fréquence au niveau décentralisé de certains médicaments comme l'Azithromycine dans le circuit PNA-PRA

- Problème de l'accessibilité géographique et financière des femmes enceintes au test pour la syphilis

Dans le Projet Round 9 FM, il a été inclus l'approvisionnement en tests pour la syphilis pour une gratuité chez les femmes enceintes, disponibilité qui pourra servir de motivateur pour booster le dépistage VIH dans le cadre de la PTME.

5.3.4 Contraintes dans le domaine de la promotion du dépistage (CDV)

Parmi les contraintes notées dans la mise en œuvre du CDV on peut citer :

- Beaucoup de perdus de vue parmi les personnes dépistées séropositives lors des stratégies avancées

- l'Insuffisance d'atteinte des groupes vulnérables les plus exposés et la non capitalisation des données du dépistage chez les Professionnelles du sexe et les MSM

- Persistance de populations du milieu rural insuffisamment touché par rapport au dépistage comparativement au milieu urbain ainsi que le secteur informel et la population des écoles coraniques
- l'Insuffisance d'unités mobiles pour toucher les zones rurales de certaines régions (exemple des régions Matam, Kédougou…)

- le Problème de gestion des déchets biologiques dans les laboratoires

- le problème du respect par tous les acteurs du format des outils de collecte harmonisés

- 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.

5.3.5 Contraintes Dans le domaine de la PTME,

- Persistance de femmes séropositives perdues de vue, phénomène pouvant être accentué par la décentralisation du dépistage au niveau des postes de santé, la mise sous prophylaxie se faisant au niveau des sites principaux (souvent centres de santé éloignés des postes = problème de transport)

- Prise en charge des enfants nés de mère séropositive encore insuffisant
- Insuffisance dans la couverture en diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives et Faiblesse majeure dans l'acheminement et la rendue des résultats entre le centre de référence LBV et les sites de PTME

- Rupture du niveau national en substituts de lait
- La totalité des prestataires qui assurent la mise en ouvre de la PTME n'a pas encore été formée sur les nouvelles directives PTME

5.4. Contraintes Dans les programmes de soins, de traitement et de soutien

5.4.1 Contraintes dans la PEC médicale des PVVIH

- Insuffisance des ressources humaines qualifiées et la Mobilité du personnel
- Disponibilité de la charge virale uniquement dans 2 régions (Dakar et Ziguinchor).
- les difficultés liées aux estimations des besoins logistiques (ARV et réactifs de suivi immuno-virologique) par les équipes régionales dans le contexte de la décentralisation à travers la PNA et les PRA
- Persistance de la difficulté pour les PVVIH à l'accès de certains examens biologiques et biochimiques au niveau des hôpitaux pour la gratuité totale du bilan de suivi
- Les problèmes liés à la disponibilité des médicaments contre les infections opportunistes pour les PVVIH
- Insuffisance dans la compréhension des indicateurs et de la collecte des données au niveau opérationnel
- Insuffisance dans la PEC au niveau du secteur privé et de la collecte des informations à ce niveau et des services de santé des armées
- Le recours tardif aux soins des PVVIH,
- la nécessité d'un renforcement du système de santé, d'un renforcement en personnel qualifié et en équipement pour les laboratoires.

Contraintes dans gestion de la coïnfection TB-VIH

- Insuffisance persistante dans la coordination des programmes TB et VIH et la faible intégration des stratégies TB/VIH
- L'ineffectivité de la chimio prophylaxie à l'isoniazide chez les PVVIH

5.4.2 Contraintes dans la PEC Communautaire des PVVIH et des OEV

Un certain nombre de contraintes ont été relevé :

- Insuffisance de l'harmonisation des interventions avec la multiplicité des acteurs sur les mêmes cibles
- Les interventions en matière de PEC des PVVIH et des OEV sont conçues plus comme des réponses à des problèmes de survie
- Interventions des différents partenaires n'intègrent pas suffisamment les plans intégrés régionaux
- Insuffisance des ressources financières pour la PEC des OEV et des PVVIH
- Insuffisance de la couverture dans la PEC (déséquilibre entre milieu urbain et milieu rural)

- Auto stigmatisation et auto discrimination des PVVIH
- Insuffisance de la capitalisation des interventions en direction des PVVIH et des OEV

5.5. Dans le domaine du Suivi – Evaluation

Il faut noter dans le domaine du suivi évaluation les faiblesses suivantes :

- Persistance d'acteurs ne respectant le circuit unique de collecte et de remontée des données à partir du niveau district et régional
- L'insuffisance dans la formation des acteurs dans la compréhension des Outils harmonisés
- Difficulté d'informatisation du système

5.6 DIFFICULTES LIEES A L'ELABORATION DU RAPPORT

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

- Le retard de l'atelier d'Orientation du processus d'élaboration
- L'inexistence de moyens financiers et l'enquête dans le milieu de l'Education pour l'indicateur N°11 tout comme pour le dernier exercice.
- 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.

6. SOUTIEN DES PARTENAIRES

Le soutien obtenu des partenaires au développement a été très moyen au cours du processus.

Le Sénégal s'est approprié le processus et l'unité de suivi-évaluation du SE/CNLS coordonne l'activité de Reporting UNGASS avec l'ensemble des partenaires nationaux et de la coopération bilatérale et Multilatérale

7. SUIVI ET EVALUATION

7.1. Système actuel de Suivi Evaluation

Le Sénégal dispose d'un manuel national de suivi et d'évaluation (S/E) qui est partie intégrant du plan Stratégique de lutte contre le Sida 2007-2011. Ce manuel, suivant un processus participatif est élaboré avec l'ensemble des acteurs de la lutte (secteur public, secteur privé, société civile, réseau des PVVIH, organisation des femmes, etc.). Ce manuel a beaucoup était amélioré à la suite de l'autoévaluation de système national de Suivi Evaluation avec les experts du Fonds Mondial selon un processus participatif. Il a été partagé avec l'ensemble des partenaires qui ont pour la plupart harmonisé leurs critères en matière de SE.

Il comprend les principales composantes suivantes :

- Le Système d'Information Globale
- Suivi de programme et le suivi de la mise en œuvre des Projets
- La surveillance et les enquêtes complémentaires
- Les audits (technique et financier), Revues et évaluations de Programme
- La Recherche

- Le renforcement des capacités des acteurs en Suivi Evaluation
- La Documentation des Bonnes Pratiques
- l'informatisation dans le cadre de la collecte, de la remontée et de l'analyse des données du système de Suivi évaluation
- Le Plan de communication et de Diffusion

Le CNLS a crée un Comité Consultatif en Suivi – Evaluation (CCSE) qui comprend les Partenaires de la lutte contre le SIDA, les Points Focaux Ministériels, les responsables Suivi évaluation des organisations de la Société Civile et du Secteur Privé et des spécialistes de la surveillance et de la recherche.

Ce CCSE souffre d'une irrégularité de ses réunions trimestrielles mais sa branche Task Force se réunit régulièrement pour les questions de suivi évaluation (Elaboration FM Round 9, Revues des données nationales, Suivi du dossier des enquêtes nationales, élaboration des rapports nationaux etc.) et a beaucoup aidé à l'amélioration du système de SE. Sa redynamisation et sa meilleure formalisation sont en cours.

Le système de SE ne parvient pas aussi à capitaliser toutes les données sur le suivi du programme car beaucoup d'acteurs continuent à ne pas respecter le circuit unique de collecte et de remontée des données du niveau district au niveau central.

L'USER du SE/CNLS est composée de trois membres permanents (un chargé du SE, un assistant et un gestionnaire de la base de données) et le système souffre d'un manque de personnel par rapport à la charge de travail importante.

Le CNLS dispose d'Unités d'Appui Régionale (UAR) qui disposent d'un chargé régional technique, d'un comptable, d'une secrétaire pour la gestion de la base de données et du classement des rapports et qui aident au suivi technique et financier du niveau décentralisé
De plus, un des aspects forts du renforcement du système, est la nomination de gestionnaires de données au niveau régional, au niveau des districts sanitaires et au niveau des hôpitaux. Ces gestionnaires de données, sous la responsabilité du Médecin Chef, du président du CRLS/CDLS, et du coordonnateur du CTR, sont chargés d'appuyer les points focaux régionaux de tous les secteurs (secteur public, société civile, secteur privé) dans la gestion des données pour le suivi de leurs activités et le niveau d'atteinte des indicateurs du programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA.
L'USER gère une base de données informatique (Hi Project) qui permet un suivi technique et financier des activités.

Aussi, au cours de l'année 2009, a commencé la formation sur le CRIS avec une option de son extension au niveau des régions et des districts après la mise en place d'outils informatiques au niveau décentralisé.
Les données collectées sont des données de routine, de surveillance et d'études ou d'enquêtes etc.) . Les rapports des surveillances et études font l'objet d'une publication à travers des ateliers de restitutions, conférences de presse, à travers l'Internet, sous forme de bulletin ou rapport, etc.

Ces données de SE (en fonction des cibles, de l'âge, de la zone géographique) sont utilisées pour les planifications nationales, les planifications régionales, planification au niveau district, pour orienter les politiques, etc.

7.2. Besoins en assistance

1. L'évaluation de la taille (Size Estimation) des groupes clés les plus exposés (PS, MSM, UDI etc.).

2. Appui à l'équipement et à l'informatisation par l'extension du CRIS au niveau des gestionnaires de données régionaux, de district et des hôpitaux pour un reportage régulier des données IST/VIH/sida à partir de tous les districts et hôpitaux du Sénégal.

3. La facilitation de l'élaboration des Rapports UNGASS et Accès Universel pour mieux mobiliser tous les partenaires.

8. ANNEXES

ANNEXE 1 : PROCESSUS DE CONSULTATION ET DE PREPARATION DU RAPPORT NATIONAL

Participation des parties prenantes au processus : Composition équipe ayant participé à la collecte des données :

Après l'atelier d'orientation sur le processus d'élaboration du rapport UNGASS 2008 tenue les 12 et 13 Novembre 2007, une équipe restreinte, multisectorielle et réunissant un échantillon représentatif des acteurs et partenaires de la Réponse Nationale est mise en place pour accompagner le processus d'élaboration du rapport. C'est un cadre de coordination et de suivi qui a facilité l'opérationnalisation du processus. Cette équipe était composée :

- du chargé de Suivi – Evaluation du CNLS et son assistant qui a participé à l'atelier de formation à Dakar sur les Estimations et Projections avec les logiciels EPP et SPECTRUM de l'ONUSIDA
- de trois membres de la société civile dont l'un n'a pas continué avec le groupe
- du chargé de SE de la division de lutte contre le SIDA et les IST représentant le ministère de la santé,
- du chargé de SE du ministère de l'Education
- du représentant des Réseaux de PVVIH

Atelier d'orientation des parties prenantes et des directives de l'ONUSIDA

L'atelier d'Orientation s'est tenu tardivement le 25 février à cause de calendrier très chargé (Passage à la phase 2 de Round 6 Fonds Mondial, consolidation Round 6 et Round 9).
A la suite de cet atelier un groupe restreint a été identifié pour élaborer le rapport.
Ce groupe s'est réuni le 25 février pour s'entendre sur une feuille de route et un e responsabilisation des membres.

Réunions du comité chargé de la collecte des données

L'équipe chargée de collecter les données s'était accordée sur un planning d'activités avec la responsabilisation des membres autour des différents indicateurs. Et pour un indicateur donné, deux personnes étaient identifiées pour la recherche d'informations. Des réunions se sont tenues pour faire l'état d'avancement de la collecte et des solutions étaient proposées pour surmonter les difficultés. Des groupes de rédaction furent également constituer

Atelier de remplissage de la Partie B par la société civile

Après désignation de l'ANCS comme point focal de cette partie, une liste des organisations de la société civile incluant les associations de PVVIH, de femmes, de jeunes, de MSM, etc. a été élaborée et le questionnaire par mail. Une trentaine d'associations a reçu et répondu au questionnaire.
Un atelier regroupant les membres d'une vingtaine d'association ont synthétisé les différentes réponses.

Atelier de validation du rapport

Le rapport a été validé le 31 mars 2010 avec la participation des acteurs clés de la lutte y compris les représentants de la société civile, des personnes vivant avec le HIV, des

organisations des femmes et des jeunes, des partenaires multilatéraux, des secteurs publics et privé, etc.

Après la présentation du processus et des résultats obtenus suivie de discussions, trois groupes de travail ont été constitués pour travailler sur :

- l'indice composite : Partie A et Partie B.
- les indicateurs
- le rapport narratif

Les recommandations et suggestions de l'atelier ont permis d'améliorer ce rapport.

8. BIBLIOGRAPHIE :

Alliance internationale contre le VIH/SIDA - 2006. Rapport annuel 2006

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

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

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

Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) – 2005. *Enquête Démographique et de Santé 2005 – Sénégal (EDS IV)* : 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. *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, Mini**stèr**e 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 – 2008 *Rapport Annuel*, Octobre 2007 – Septembre 2008, Accord de subvention n°685-A-00-06-00059-00

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie – 2002. *Bulletin séro-épidémiologique nº 9 de surveillance du VIH* – Mars 2002. Dakar, MSPM-FHI-CDC.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie – 2004. *Bulletin séro-épidémiologique nº 11 de surveillance du VIH* – Septembre 2004. Dakar, MSPM-FHI-CDC.

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie – 2006. *Données Epidémiologiques du VIH/sida nº 11* – 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.

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

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

Ngagne MBAYE, Transformer les handicapes en opportunité

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

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

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

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 (?).