



**XV^E SOMMET
DE la francophonie**
Du 29 au 30 novembre 2014



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
Chez nous - Un but - Une loi

PRIMATURE



Conseil National de Lutte contre le Sida

CNLS Magazine

Novembre 2014

**Développer des mécanismes
de pérennisation avec des
financements innovants.**

Leader en Francophonie, acteur pour une génération sans sida

1^{er} DECEMBRE JOURNEE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

THEME « ZERO TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH »

OBJECTIFS

Renforcer l'engagement des autorités gouvernementales, des partenaires techniques et financiers, des leaders religieux et communautaires et du secteur privé sur l'Objectif
« **ZERO TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH** » ;

Renforcer la mobilisation des acteurs et des populations à tous les niveaux autour de l'Objectif
« **ZERO TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH** »

Sous l'égide du Président de la République qui a signé la déclaration d'engagement des chefs d'ETAT de l'UA

Sous le Parrainage du Premier Ministre, Présidente du Conseil National de lutte contre le sida

Sous la présidence d'honneur du Ministre de la santé et de l'action sociale, Vice Présidente du Conseil National de lutte contre le sida

La cérémonie officielle de la journée mondiale sida aura lieu le 1^{er} Décembre à 16h au King Fahd Palace. Elle sera suivie d'une table ronde sur le thème : *ETME au Sénégal : Etat des lieux et perspectives post 2015*



NOTRE VISION

**Nouvelle Infection
décès lié au VIH
discrimination**

PAR DR Safiatou THIAM

Le nouveau challenge, optimiser les bénéfices de la riposte au VIH



CNLS
MAGAZINE

Directrice de publication :
Dr Safiatou THIAM

Rédacteur en chef :
Macoumba MBODJ

Coordination :
Seynabou MBODJ

Comité de rédaction :
Macoumba Mbodj, El Hadji
Dramé, Abdou Mazid Dione,
Colonel Seyni Ndoye, Dr Fatou
Nar Mbaye Diouf, Djibril Niang,
Patrick Aho, Fama Wane, Dr
Mbaye Khary Dieng

**Ont contribué à la
réalisation ce numéro :**
Marinette Traoré : chargée de
programme à Thiès
Ndéye Aissatou Sarr : Point
focal sida
Relecture : Gaston Stève Coly

La vision du Plan stratégique 2014-2017 de mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030, est un défi ambitieux. Cette vision, portée par le chef de l'Etat, Son Excellence Macky Sall, à l'instar de ses pairs de l'Union africaine, confirme la volonté de notre pays de combattre le sida.

Si les résultats obtenus jusque-là placent le Sénégal parmi les exemples de réussite en Afrique et dans le monde, c'est parce que les autorités politiques ont senti très tôt l'importance de soutenir le programme en faisant confiance aux experts en santé et en allouant un budget conséquent, notamment pour l'accès aux traitements contre le sida.

Mais si notre pays a su asseoir ses ambitions, nous le devons également au soutien extérieur qui a permis, en apportant une assistance technique conséquente, en mettant des financements à la disposition du Sénégal, de réduire les effets et l'impact du sida.

Il a fallu compter, cependant, sur la mobilisation multisectorielle des acteurs nationaux, avec une société civile dynamique, des hommes et des femmes engagés, conscients des enjeux. Et l'on ne peut s'empêcher de penser au docteur Ibra Ndoye dont l'œuvre accomplie à la tête de la lutte contre le sida pendant 28 ans explique une large part des succès que nous constatons dans la riposte à la pandémie au Sénégal.

Optimiser les bénéfices de la riposte au VIH est le nouveau challenge auquel nous devons faire face avec tous les acteurs, tous les secteurs, tous les partenaires de la riposte au sida. Il faudra, pour le réussir, faire face à des défis parmi lesquels une allocation plus rationnelle des ressources reposant sur le contexte et les données épidémiologiques, l'émergence de nouveaux risques, la priorisation et une mise en œuvre plus efficace des programmes.

Nous devons, dès lors, augmenter l'efficacité des programmes de prévention, de traitement, de soins et d'appui, et développer des mécanismes de pérennisation avec des approches de financements innovants.

Et c'est à cela que nous invite le nouveau Plan stratégique national. En effet, le PSN 2014-2017, adopté par le gouvernement, les acteurs et les partenaires au mois de juin dernier, mise sur une «gestion pour des résultats» et place les personnes vivant avec le VIH, les groupes à haut risque d'infection à VIH et les communautés vulnérables au centre de la

réponse.

Le renforcement de l'implication des autorités dans le suivi de la riposte au sida se traduit par la mise en place d'un comité de pilotage qui sera fonctionnel dès la fin de l'année 2014. Avec pour rôle d'appuyer la mise en œuvre effective des recommandations du CNLS, de poursuivre le plaidoyer pour la mobilisation des ressources aux plans national et international, dans le dessein d'assurer le financement continu du plan de riposte et de dresser un tableau de bord du suivi des financements.

La bonne nouvelle est que le Sénégal va bénéficier du Nouveau modèle de financement du Fonds mondial. La mobilisation de ce financement stratégique a été une occasion unique de dialogue national sous le leadership du CCM et avec la coordination technique du CNLS. C'est dire qu'un nouveau modèle de financement n'est pas seulement une exigence du Fonds mondial, il est possible et même une nécessité dans le contexte actuel.

Des niches de financement devront être explorées et la disponibilité affichée par les collectivités locales laisse augurer d'une appropriation salutaire de la riposte. Le secteur privé ne devra pas, non plus, être en reste dans cette vaste entreprise (c'est le cas de le dire). L'idée est qu'en soutenant la riposte au sida, il protège ses travailleurs ainsi que leurs communautés et, par conséquent, il protège son investissement.

La mobilisation de nos partenaires techniques et financiers, parmi lesquels l'USAID, le Fonds mondial, l'ONUSIDA et ses co-sponsors, mais aussi la FHI, etc., va se poursuivre et même s'intensifier.

Toutefois, l'atteinte de l'objectif zéro ne pourrait se concrétiser sans un autre regard qu'il faudrait avoir sur les personnes vivant avec le VIH et sur les populations-clé. La lutte contre la stigmatisation et ses conséquences, la protection des droits humains restent encore des défis à relever pour la concrétisation de notre objectif de travailler dans un environnement favorable et restent le pont à franchir pour un succès sans conteste de notre riposte.

Tous ensemble
pour éliminer la transmission
Mère Enfant du VIH
une génération sans sida, c'est possible



EDITORIAL :

Par Dr Safiatou THIAM

P.6,7



Plan stratégique 2014-2017 :

Les axes stratégiques de la lutte contre le sida : Macoumba Mbodji

P.8

Nouveau modèle de financement :

Les contours d'une nouvelle gouvernance de la lutte contre le sida : Dr Fat Naar

P.9

Comité de pilotage :

Pour un suivi effectif des recommandations de la réunion du CNLS du mois de juin 2014 : Macoumba Mbodji

P.10

Résultats programmatiques 2013:

un taux de prévalence stable, une prévention de la transmission mère enfant en plein essor, une décentralisation de la prise en charge réelle Amadou Niang Diallo

P.11



Tournée du Secrétariat du Secrétariat Exécutif ;

les acteurs de la riposte s'imprègnent du PSN 2014-2017.

P.12



Renforcement du leadership en Santé :

le secteur retrouve son rôle de locomotive de la riposte

Revue des secteurs P.13

Pour la signature à temps des conventions et la mise en place des financements de façon à permettre le démarrage des activités dès le mois de janvier Kankou Coulibaly

DOSSIER : P.-16

L'élimination de la transmission du VIH de la Mère enfant : L'exemple de la région de Thiès : Zéro transmission mère-enfant : le leitmotiv des acteurs de la riposte. Macoumba Mbodji

INTERVIEW P.17 -18

Dr, Mamadou Diallo, Directeur Régional de l'ONUSIDA :

« Le Sénégal a presque doublé la part de la contribution nationale, donc du budget de l'Etat alloué à la lutte contre le sida, en dépit de toutes les difficultés et autres urgences auxquelles il doit faire face. »

ECHOS DES ACTEURS P.19

-KEDOUGOU-Tamba : au cœur des risques de la ruée vers l'or

P.20

(CEPIAD)

Prise en charge intégrée des addictions : Un centre voit le jour à Dakar

P.21

Ebola :

L'expérience du sida pour la lutte contre la fièvre hémorragique EBOLA

P.-20 23



Actualité de la recherche :

LE PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2014-2017

Les efforts, dans la lutte contre la propagation du sida durant ces dernières décennies, ont donné des résultats encourageants à travers le monde. Les chiffres de l'ONUSIDA sont éloquentes : 35,3 millions de PVVIH, 2,3 millions de cas de nouvelles infections en 2012 contre 3,4 millions en 2001, 1,6 million de décès en 2012 contre 3,4 millions en 2005. Au Sénégal, les résultats sont encourageants, avec une baisse de 50 % des nouvelles infections entre 2001 et 2012, et une certaine stabilisation de la pandémie.

Par Macoumba Mbodji

Pourtant, et de façon paradoxale, cette prouesse risque d'avoir des conséquences inattendues dans la lutte contre la propagation de la pandémie.

La tentation est grande, en effet, chez les bailleurs qui assurent 80 % des financements de la lutte contre le sida, de revoir leur contribution à la baisse. La conséquence, pour le Sénégal, est la nécessité de mettre en place une nouvelle démarche qui devra prendre en considération la baisse des financements internationaux sans manquer de s'aligner sur les objectifs de développement nationaux et les politiques sectorielles du gouvernement : le PSN 2014-2017.

PSN 2014 : Un document consensuel et adapté au contexte socio-économique et sanitaire du Sénégal

Le Plan stratégique de lutte contre le VIH 2011-2015 revu et corrigé, a été adapté à la période 2014-2017, avec comme toile de fonds l'option pour un recentrage des interventions axées sur des dépenses efficaces et opportunes des financements avec un leitmotiv : zéro nouvelle infection, zéro décès lié au sida, zéro discrimination à travers une planification axée sur les résultats au bénéfice des PVVIH, la prise en considération de la dimension genre et de la priorisation des interventions auprès des personnes les plus atteintes.

Il s'agit, en somme, de se concentrer sur les zones et les populations qui en ont le plus besoin.

Sur cette base, il est possible de distinguer cinq régions à travers le pays qui se caractérisent par des taux de prévalence plus élevés que la moyenne nationale : Kolda, Sedhiou, Ziguinchor, Kédougou et Tambacounda.

La priorisation va s'appuyer sur l'utilisation de l'évidence et les réalités de l'épidémie du VIH au Sénégal, l'approche cadre d'investissement, l'analyse des enjeux nationaux dans le but de déterminer les changements à opérer afin de reculer la propagation du mal, mais aussi la définition de résultats et d'indicateurs.

Sur ce point précis, le PSN affiche de grandes ambitions avec un deadline fixé à l'horizon 2017. D'ici là et, au-delà de la baisse de 50 % du taux de nouvelles infections, on attend un comportement à moindre risque de 85 % des populations-clé plus exposées. Un autre des objectifs est qu'au moins 80 % des PVVIH suivies puissent bénéficier d'une meilleure

qualité de vie. Il va s'agir, dès lors, de favoriser la mise en place d'un environnement éthique, socio-économique et politique en faveur des PVVIH. Pour passer ces barrières, il est préconisé un renforcement du dispositif d'assistance psychosociale et juridique en faveur des PVVIH, une diffusion et une application de la loi VIH et de renforcer l'harmonisation des accords internationaux signés par le Sénégal avec la législation en vigueur dans notre pays, un renforcement du leadership local, une promotion des droits humains des personnes-clé ou de l'accès des femmes en milieu urbain et en milieu rural.

Mise en œuvre du PSN, suivi-évaluation et financement du PSN 2014-2017

Le Conseil national de lutte contre le sida au Sénégal (CNLS) est l'instance de décision suprême et qui s'adosse sur le Comité de pilotage qui est la structure intermédiaire du gouvernement et des PTF, et qui assure le suivi des décisions du CNLS. Mais aussi sur le Forum des partenaires qui est une instance consultative réunissant l'ensemble des acteurs nationaux, régionaux et les PTF de la réponse à l'épidémie. La mise en œuvre du PSN 2014-2017 se fera à travers des plans nationaux annuels multisectoriels, en tenant compte des priorités définies et une approche basée sur les résultats avec l'implication de toutes les parties prenantes.

Le suivi et l'évaluation vont constituer l'ossature d'un management basé sur les résultats. C'est un système qui présente plusieurs avantages : apprécier la pertinence, l'efficacité et l'efficacé des interventions de même que le niveau d'atteinte des cibles et des résultats attendus.

La lutte contre la propagation du sida dépend, à plus de 80 %, de financements extérieurs. Cette situation de dépendance rend problématique la riposte dans une situation qui est source d'instabilité. Pour ne rien arranger, il est à noter une diminution probable de ces financements extérieurs. L'explication est liée à la faiblesse de la morbidité en rapport avec le VIH.

Du coup, la tendance est grande de classer le Sénégal dans la série des pays peu prioritaires (peu affectés) dans les allocations indicatives du Fonds mondial de lutte contre le sida.

Cette situation rend nécessaire la mise en place de nouvelles stratégies pour la mobilisation de ressources avec comme objectif essentiel d'accrocher les partenaires potentiels fournisseurs de ressources. Le PSN 2014-2017 envisage l'élaboration d'une stratégie nationale et d'un plan opérationnel budgétisé. Cette stratégie va aussi s'appuyer sur les fonds nationaux (Etat, collectivités, secteur privé national et ménages) mais aussi internationaux à travers le Fonds mondial de lutte contre le sida, le PEPFAR ou l'Union européenne, les systèmes des Nations Unies et les institutions financières internationales.

Une fois ces modèles de financements mis en place, un autre défi est de leur assurer une viabilité. Pour réaliser ce projet, le PSN envisage diverses stratégies comme l'augmentation des financements domestiques, l'implication des collectivités locales, l'élaboration des plans d'action des acteurs impliqués dans la riposte, le développement d'une politique de partenariat public-privé.

Pour ratifier plus large, le PSN 2014-2017 compte aussi sur l'exploitation des opportunités offertes par le nouveau Code des impôts, en ce qui concerne la révision des taxes sur les sociétés minières. Dans ce registre de la pérennisation, on devra noter aussi l'exploration de nouvelles pistes comme des taxes sur le tabac, l'alcool, les appels téléphoniques, l'implication de la diaspora ou l'initiation d'un partenariat avec les institutions sous-régionales (UEMOA, CEDEAO) en vue d'une gestion transfrontalière de la riposte.

Le PSN 2014-2017 estime devoir rendre compte aux PVVIH. Ainsi, une grande importance est accordée à la transparence des actions et à l'intégration de questions relatives aux interventions. Les communautés seront de la sorte à même d'apprécier et de contribuer à la qualité des actions en leur direction.

De ce fait, diverses actions sont envisagées, parmi lesquelles : une étude de base, une préparation, une offre et une élaboration du cadre de redevabilité.

En tout état de cause, la mise en place d'un nouveau type de financement et surtout sa pérennisation sont au nombre des défis essentiels que devra relever le CNLS au cours des années à venir.

PRIMATURE



Conseil National de Lutte contre le Sida

Plan Stratégique
de lutte contre
le VIH et le sida

2014
—
2017



Nouveau modèle de financement : contours d'une nouvelle gouvernance de la lutte contre le sida

Le Fonds mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, un des partenaires privilégié du Sénégal dans la lutte contre le VIH a adopté un nouveau modèle de financement des subventions.

Le Sénégal a bénéficié depuis 2003, dans le cadre de la mise en œuvre de ses plans multisectoriels de lutte contre le VIH, de trois séries de subventions lancées par le Fonds Mondial qui, pour rappel, est une institution financière qui a investi des milliards dans les pays pour accroître considérablement les ressources réservées à la lutte contre ces 3 maladies que sont le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Son soutien a permis au programme de lutte contre le VIH de renforcer ses stratégies en termes de prévention, de prise en charge et de soutien et d'agir ainsi sur la baisse des nouvelles infections à VIH, la réduction des cas de décès et la promotion d'un environnement favorable, propice à la lutte contre le VIH. Ces résultats sont le fruit d'un partenariat solide qui s'est noué entre les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les communautés vivant avec la maladie. Son mode de financement était fondé sur un système de séries qui invitait les pays à soumettre des propositions de subventions. Cet appel à candidature se faisait sur une base compétitive et demandait aux pays à élaborer leur proposition en identifiant et en quantifiant leurs propres besoins en matière de prévention et de traitement sur une base de compétition. Une fois que la requête était approuvée, la gestion de la subvention était axée sur des résultats et devait être

sanctionnée obligatoire par l'atteinte de résultats ayant fait l'objet de contrat entre le pays et le partenaire selon un cadre de performance bien défini.

Toutefois, du fait de la crise financière internationale, le Fonds mondial a changé d'approche dans l'optique dit-il d'investir certes pour obtenir des résultats, mais aussi d'abandonner un rôle relativement passif en matière de définition de la demande et d'aller vers une procédure « plus prévisible, plus fiable,

conceptuelle. Il exige un alignement aux stratégies nationales et favorise des investissements stratégiques afin d'obtenir l'impact maximal. Le pays est invité à soumettre une note conceptuelle sur la base des priorités du Plan stratégique National et dans le cadre d'un dialogue pays qui est un processus national participatif, inclusif, interactif, documenté dont l'objectif principal est de rationaliser les ressources et les interventions.

La participation de l'ensemble des parties prenantes durant tout le processus est requise ainsi celle de l'Equipe Pays du Secrétariat Technique du Fonds Mondial.

Sous la houlette de l'instance de coordination des projets financés par le Fonds Mondial, le CCM, notre pays a suivi tout le processus de soumission. Le Conseil National de lutte contre le Sida qui coordonne la riposte au VIH, a révisé le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH (PSN) 2011-2015 pour une adaptation à la période de 2014-2017, un comité de rédaction est mis en place pour élaborer une note conceptuelle de qualité priorisant les interventions à haut impact et qui doit couvrir la période de juillet 2015 à Décembre 2017. La notion de dialogue pays qui a été toujours un principe fondamental adopté par le CCM pour la soumission de ses requêtes a été encore de rigueur. L'Equipe Pays du Secrétariat Technique du Fonds Mondial a accompagné le pays tout au long de l'exercice.

La note conceptuelle a été soumise le 15 Août 2014 et l'approbation du Fonds Mondial est attendue dans les prochains jours.



plus efficace mais également plus souple ». Depuis Septembre 2012, le Fonds mondial a lancé son nouveau modèle de financement (NFM) qui est basé sur l'élaboration d'une note

Dr Fatou Nar Mbaye Diouf
Chargée du Projet Fonds Mondial
Au SE/CNLS

COMITE DE PILOTAGE: POUR UN SUIVI EFFECTIF DES RECOMMANDATIONS DE LA RÉUNION DU CNLS DU MOIS DE JUIN 2014



La 7^e réunion du Conseil National de Lutte contre le Sida tenue au mois de Juin 2014 avait recommandé la mise en place d'un comité de pilotage. Cette structure devrait débiter son rôle d'interface très bientôt

La mission essentielle du Comité de pilotage est, d'une part, d'assurer le suivi des décisions et des recommandations et, d'autre part, de servir d'organe intermédiaire entre le gouvernement et les partenaires techniques et financiers (PTF).

Son rôle sera donc d'appuyer la mise en œuvre effective des recommandations du CNLS, de poursuivre le plaidoyer pour la mobilisation des ressources aux plans national et international, pour assurer le financement continu du plan de riposte et de dresser un tableau de bord du suivi des financements.

Le Comité de pilotage est présidé par le directeur de cabinet du Premier ministre, avec une vice-présidence assurée par le ministre de l'Economie, des Finances et du Plan.

Le Comité de pilotage se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président. Le secrétariat est assuré par le secrétaire exécutif du CNLS.

Les résultats enregistrés par notre pays dans la riposte contre le sida ont permis de faire figurer le Sénégal parmi les pays qui comptent l'un des taux de prévalence les plus bas en Afrique au sud du Sahara, avec une prise en charge de qualité de la maladie.

Toutefois, de nombreux défis restent à relever pour capitaliser les acquis et maintenir le cap.

En effet, l'augmentation des financements nationaux pour soutenir la riposte est devenue un impératif pour l'avenir de notre réponse nationale. Cela est d'autant plus vrai qu'au Sénégal, près de 80 % du financement du programme de lutte contre le sida proviennent de ressources extérieures qui, malheureusement, vont considérablement baisser du fait d'une conjoncture internationale défavorable.

Dans ce contexte, il s'agira certes d'innover dans les stratégies de 'fundraising' pour l'augmentation des financements domestiques dans la lutte contre le sida en adoptant des approches novatrices, mais également de développer davantage les synergies de tous les secteurs de développement, de la société civile et des communautés.

Mais il s'agira aussi d'affiner le plaidoyer à un niveau politique élevé pour maintenir la contribution technique et financière des partenaires, pour permettre un financement du Plan national de riposte contre le sida à un niveau satisfaisant, compatible avec les ambitions des plus hautes autorités du pays.

RESULTATS DE LA REPONSE EN 2013

Un taux de prévalence stabilisé, une prévention de la transmission mère enfant en plein essor

Sur le plan épidémiologique

La prévalence du VIH est restée stable à 0,7 % dans la population générale, avec une légère diminution chez les femmes (de 0,9 % à 0,8 %) et une légère augmentation chez les hommes (de 0,4 % à 0,5 %). Cette prévalence a connu également une baisse relative auprès des populations-clé : MSM (de 21,4 % en 2007 à 17,8 % en 2014), professionnelles du sexe (19,8 % en 2006 à 18,5 % en 2010).

Sur le plan programmatique

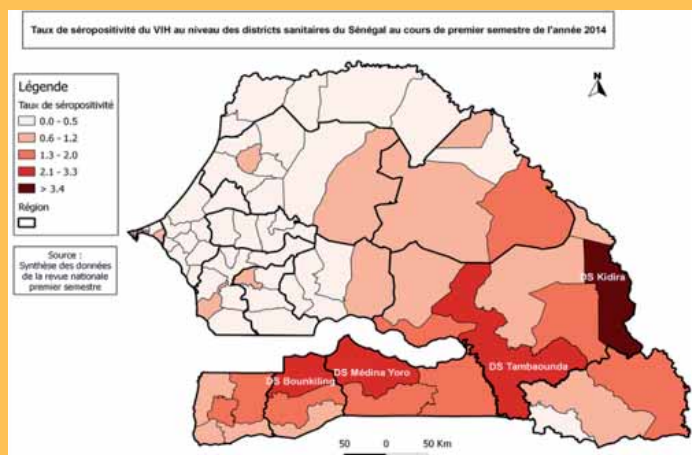
Conseil dépistage volontaire :

Le nombre de sites de dépistage a connu une augmentation significative en 2013. Actuellement, 1 223 structures offrent le dépistage du VIH : 24 hôpitaux (100 %), 86 centres de santé (100 %) et 1 057 de postes de santé (70 %).

Cette situation a permis une augmentation considérable du nombre de personnes ayant effectué un dépistage et connaissent leur statut sérologique. En effet, 762 067 personnes ont été dépistées en 2013.

Durant le premier semestre de 2014, 420 684 personnes ont déjà effectué un test de dépistage et parmi elles 98 % ont retiré leur résultat. Ces offres de dépistage ont été faites soit en stratégie fixe dans les structures sanitaires, soit dans la plupart des cas en stratégie avancée.

Ceci a permis, durant le premier trimestre de 2014, à 3 096 personnes de connaître leur séropositivité dont 89 % sont effectivement suivis dans les structures de prises en charge de traitement. Le taux de séropositivité au niveau national est 0,7 % et varie en fonction des districts et des régions. La figure ci-dessous montre la répartition du taux de séropositivité en fonction des districts.



L'analyse des données montre que les femmes ont tendance à plus se dépister. En effet, dans la tranche d'âge de 15-24 ans, les femmes représentent 64 % des personnes dépistées. Elles représentent 65 % et 58 %, respectivement dans les tranches d'âge de 25-49 ans et >49 ans.

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Comme pour le conseil dépistage volontaire, tous les centres de santé et les hôpitaux du Sénégal offrent le paquet complet pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Quarante-vingt-six pour cent des postes de santé proposent le dépistage du VIH aux femmes enceintes et assurent la référence de celles qui sont séropositives.

Le Sénégal a enregistré un grand bond dans la couverture en ARV des femmes enceintes dépistées positives. En effet, ce taux est passé de 38 % à 62 %, entre 2012 et 2013. Le Sénégal est certes loin des 90 % de mise sous ARV requis pour être en phase avec les objectifs de la PTME. Cependant, nous avons dépassé les objectifs qui nous étaient assignés dans le plan stratégique 2013-2017. En revanche, la PEC des enfants nés de mères séropositives demeure le maillon faible de cette cascade PTME. Pour l'année 2013, sur 1 371 femmes enceintes mises sous ARV, seulement 638 enfants ont bénéficié d'une prophylaxie par les ARV, soit 46,5 %. Si nous le rapportons aux enfants nés de mères séropositives attendus, le Sénégal est à 25 % de mise sous traitement prophylactique ARV des enfants dans le cadre de la PTME. Les statistiques du diagnostic précoce sont encore plus faibles. En effet, seulement 11 % des enfants nés de mères séropositives ont bénéficié de cet examen dans les délais requis pour l'année 2013.

Pour le premier semestre 2014, 197 301 femmes enceintes ont effectué leur dépistage et 584 ont été testées positives, soit un taux de séropositivité de 0,3 % inférieur au taux des années passées. Actuellement, seuls 72,4 % des femmes enceintes séropositives ont été mises sous ARV pour un objectif d'au moins 90 %.

Prise en charge des personnes vivant avec le VIH

La décentralisation de la prise en charge est une réalité au Sénégal, comparée à la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Tous les districts sanitaires disposent au moins d'un site de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Au début de l'épidémie au Sénégal, tous les patients infectés par le VIH étaient pris en charge au niveau de Dakar. En 2013, seuls 44 % des patients sont suivis à Dakar et 74 % des nouvelles inclusions sous traitement ARV sont réalisées dans les régions autres que Dakar. Ce qui prouve l'effectivité de la décentralisation.

Le taux de couverture par rapport aux patients éligibles est de 56 % chez les adultes et 26 % chez les enfants. Ceci témoigne de l'insuffisance de la couverture plus prononcée chez les enfants.

Le taux de survie à 12 mois des patients inclus en 2013, est estimé à 71,6 % avec environ 6 % de décès.

La rétention des patients pose problème. En 2013, 12,4 % des patients régulièrement suivis jusqu'à 2013, ont été perdus de vue avant la fin de l'année. Ce taux des perdus de vue est plus important au niveau décentralisé allant jusqu'à environ 25 % dans certains sites, alors qu'il n'est que de 6 % à Dakar.

A la fin du premier semestre de 2014, 65 % des patients sont suivis au niveau des régions.

Ainsi, 16 241 personnes sont régulièrement sous traitement ARV, soit une augmentation de 18,4 % par rapport à la situation de fin 2013.

DR Amadou Niang Diallo
Assistant suivi-évaluation

Le Secrétariat .Exécutif du CNLS EN TOURNEE

LES COLLECTIVITES LOCALES S'ENGAGENT

Objectif zéro en 2030.(zéro nouvelle infection, zéro discrimination ,zéro décès lié au Sida).Un objectif qui se décline au Sénégal à travers le PSN 2014-2017.Après son adoption en réunion au mois Juin 2014 , l'étape suivante devait en être sa présentation aux différents acteurs impliqués dans la lutte contre le Sida à travers toutes les régions du Sénégal.

C'est dans ce cadre qu'il faut situer la tournée du secrétariat exécutif du CNLS dans la zone centre (Kaolack,Kaffrine,Fatick,Diourbel,Thiès)du 13 au 19 Octobre 2014. Un périple qui, par delà la présentation du plan en tant que telle a permis de plaider en faveur du renforcement du secteur de la santé dans la lutte contre le sida, de tâter le pouls des associations de PVVIH, mais aussi et surtout, de discuter de potentielles nouvelles sources de financement dans un contexte de raréfactions des ressources.

Les collectivités locales : une implication salubre

Les bons résultats engrangés par le Sénégal dans le domaine de la lutte contre le sida, avec un taux de prévalence maintenu à 0,7% depuis de nombreuses années ont en partie été rendus possibles par une volonté politique des



Madame safiatou thiam s.e du CNLS s'entretenant avec les autorités administratives et municipales de fatick

autorités. Le Sénégal subventionne entièrement les ARV permettant ainsi une gratuité des soins à tous ces citoyens qui en besoin dans ce domaine. Le gros du financement relevait toutefois de l'assistance internationale.

Le constat est une tendance à la baisse des ressources extérieures destinées à la lutte contre le sida. Du coup se pose la grande question : comment conserver les acquis et même les majorer dans un tel contexte ? Compter sur soi-même d'abord comme a expliqué en substance la SE à l'étape de kaolack, en dégagant des pistes de réflexion telles l'implication du secteur privé national. Celui-ci qui a intérêt à comprendre qu'investir dans son employé est aussi investir pour son entreprise ».Une autre voie à emprunter concerne aussi celle menant aux collectivités

locales à la faveur de l'acte 3 de la décentralisation qui leur octroie bien plus de prérogatives.

Et dans un écho favorable à l'appel lancé par le SE, c'est le maire de Kaffrine qui montre l'exemple. Abdoulaye Wilane déclare ainsi à l'étape de kaffrine la totale disponibilité du conseil municipal à introduire dès le prochain budget, une ligne destinée à la lutte contre le sida soit 1 million deux cent mille francs(1.200.000)).Il prend même sur lui de faire le plaidoyer auprès de ses collègues élus de l'AMS pour initier une réunion au cours de laquelle, les parties impliquées trouveraient une plateforme de collaboration. Le maire de kaffrine qui a aussi immédiatement mis à la disposition des PVVIH de la commune, un financement de cent mille francs permettant l'affiliation de trente personnes à une mutuelle de santé, de façon à leur faciliter l'accès à la Couverture Maladie Universelle(CMU).

Le chemin était ainsi balisé pour le maire de Thiès. A l'étape de cette ville, Talla sylla, de son côté, comme pour montrer sa détermination met sept millions sur la table. Une somme destinée à l'affiliation des deux mille PVVIH de sa commune. De quoi stimuler les autres collectivités locales du pays. Il s'agit du reste d'une des préoccupations majeures des pvvvh telle que perçue dans cette tournée.

PVVIH : ENTRE STIGMATISATION ET VOLONTE DE S'ASSUMER

Une volonté affichée de s'impliquer. L'on pourrait percevoir ainsi dans le message des pvvvh à travers les régions visitées. Les associations qui les réunissent se caractérisent par un certain dynamisme. Celles-ci, quelquefois, avec des moyens fort limités, s'évertuent tout de même à initier des solutions aux nombreuses préoccupations quotidiennes à travers des plans d'action précis et autres activités de soutien et d'appui entre membres. Néanmoins le constat est que la stigmatisation semble constituer un frein à leur épanouissement. Le président de RNP+ a plutôt préféré parler d'auto-stigmatisation.MR Dia qui a estimé au cours d'une rencontre de la délégation du SE avec les pvvvh de thiès que beaucoup parmi celles-ci n'arrivent pas à s'assumer aux yeux des autres. Un obstacle qu'il va s'agir de franchir pour changer la perception du sida devenue de fait une maladie chronique.

Etape de Kaffrine le maire Abdoulaye Wilane soutient l'implication des collectivités locales dans la lutte contre le sida



SANTE : Pour une redynamisation et un renforcement du leadership

L'aspect multisectoriel de la lutte contre le sida a eu pour conséquence de reléguer la santé au même rang que les autres secteurs. une situation que les différentes rencontres entre la délégation du SE et les acteurs locaux de la santé ont eu pour mérite de rectifier en prônant une nécessaire redynamisation du secteur santé. Les CRLS ont la latitude renouvelée de jouer

leur rôle de relais du cnls au niveau régional de même que leurs démembrements dans les départements sous l'égide des gouverneurs et des préfets. Par ailleurs, cette tournée a aussi permis au secrétariat exécutif de se pencher sur la façon de renforcer la coordination technique de la riposte. En partant de ce principe, les rôles attendus sont en lien avec l'encadrement et l'appui technique aux autres secteurs. La charge revient dorénavant, au SE, qui, devra élaborer de nouvelles mesures destinées à renforcer la coordination technique des interventions par le secteur de la santé dans toutes les régions du Sénégal



Vue de la salle de réunion de la gouvernance de fatick au cours d'une rencontre entre le S.E et les autorités régionales de Kaffrine

RENFORCEMENT DU LEADERSHIP DE LA SANTE

REDYNAMISER LES CONSEILS REGIONAUX ET RENFORCER LE SECTEUR SANTE DANS LA RIPOSTE AU VIH

Le rôle prépondérant que doit jouer le secteur de la santé, dans la lutte multisectorielle contre le sida, n'est plus à démontrer. La tournée en zone Centre, du 13 au 19 octobre dernier, a permis à la secrétaire exécutive du Conseil national de lutte contre le sida d'étudier les voies et moyens de renforcer la coordination technique de la riposte par le secteur de la santé.

En effet, au-delà de la gestion des interventions spécifiques, la santé doit également jouer le rôle d'encadrement et d'appui technique aux autres secteurs. Plusieurs approches sont utilisées actuellement dans les régions. Dans certaines régions, le secteur de la santé joue son rôle de leader dans la riposte en coordonnant toutes les interventions avec le soutien des unités d'appui régional qui sont les bras techniques et financiers du SE/CNLS. Dans ce cas, certains MCR ont coopté le personnel de l'UAR dans leur équipe cadre de région et les utilisent comme levier pour rapprocher davantage la santé des autres secteurs. Ce qui facilite la coordination technique. Dans d'autres régions, ce rapprochement est

moins évident et la coordination technique se fait plus difficilement.

Cependant, dans toutes les cinq régions qui ont été visitées, la volonté d'une meilleure coordination technique de la réponse par le secteur de la santé, dans l'optique d'être plus coût-efficace, a été manifeste. Pour ce faire, plusieurs approches ont été partagées :

- l'intégration des activités de lutte contre le VIH aussi bien du secteur de la santé que des autres secteurs dans les plans de travail (PTA) des régions médicales pour assurer la synergie et la

complémentarité des interventions,

- l'intégration uniquement des activités de lutte contre le VIH du secteur de la santé dans les PTA des régions médicales, mais avec une gestion coordonnée par le secteur de la santé de l'ensemble des interventions au niveau de la région,

- l'intégration d'une partie du personnel de l'UAR comme point focal du SE/CNLS dans l'équipe médicale de la région.

Du point de vue administratif, quel que soit le type d'intégration retenu, il serait important

mise en œuvre par les districts et d'assurer la supervision de ces derniers. Ce modèle semble être plus à la portée du SE/CNLS.

Quoi qu'il en soit, la remontée des données de qualité est nécessaire, du fait d'une gestion des programmes axée sur les résultats et de l'obligation de rendre compte à temps. Malheureusement, dans ce domaine, le système de santé est encore fébrile. Un logiciel de gestion des données est en train d'être mis en place, le DHIS2. Il devrait fédérer l'ensemble des données du système de santé. Néanmoins,

la performance d'un tel outil ne devrait pas exclure que les données soient saisies avec complétude et promptitude, en même temps qu'une supervision du personnel. La crainte de la rétention des données plane aussi pour ce système qui est largement tributaire du personnel opérationnel et des programmes qui doivent rendre compte.

Du fait également de la multi-sectorialité qui constitue un acquis majeur que nous devons capitaliser et

renforcer, il sera important de discuter des modalités pratiques de l'opérationnalisation des conventions qui seront signés par les différents ministères.

Il reviendra au SE/CNLS, après avoir reçu toutes les suggestions au niveau régional, d'en faire la synthèse, de les valider et de proposer une approche qui permettra de renforcer la coordination technique des interventions par le secteur de la santé. Cette approche sera commune ou adaptée aux réalités de chaque réunion.



Légende : l'équipe du CNLS à l'étape de Kaolack

DR Fatnar Mbaye Diouf
Chargée du Fonds Mondial

REVUE SEMESTRIELLE DU SECTEUR PUBLIC

Pour la signature à temps des conventions et la mise en place des financements de façon à permettre le démarrage des activités dès le mois de janvier

Un atelier bilan tenu le 6 août 2014, a été une occasion de présenter le niveau d'exécution technique et financier et les résultats de la mise en œuvre des plans opérationnels des sous-récepteurs du niveau central, pour le compte du premier semestre 2014. Des secteurs ministériels clés ont reçu des financements avec obligation de production d'un rapport trimestriel technique et financier de la part des bénéficiaires ainsi qu'une revue bilan trimestrielle tel que spécifié par un accord entre le gouvernement du Sénégal et le Fonds mondial, allant du 1er janvier 2013 au 30 juin 2015. Les points focaux ministériels ont ainsi pu partager les difficultés et les contraintes notées. L'atelier du 6 août 2014 a permis d'apporter des éléments de réponse à certaines questions, voire des solutions à bien des préoccupations.

On retiendra ainsi la révision envisagée des documents de normes et protocoles et les textes sur le dépistage, en vue d'assurer de façon systématique le dépistage, le suivi et, si nécessaire, la prise en charge des militaires et des personnels des forces de police revenant de mission à l'étranger. Un aspect relatif à un des soucis du point focal du ministère de l'Intérieur ayant constaté la faiblesse des dépistages au sein des contingents, mais aussi la rareté des supports promotionnels au niveau des commissariats et autres cantonnements de police. Il a ainsi été retenu, par ailleurs, sur cette question, de renforcer les activités de sensibilisation en direction des personnels des forces de sécurité.

Cet atelier a aussi jugé opportune une lettre d'information de la secrétaire exécutive à la direction du MCA et d'Ageroute afin de permettre le partage des plans d'action VIH de leurs entreprises contractantes avec les UAR et les autorités locales en charge de la riposte au VIH. Une façon de résoudre un problème soulevé par le secteur transport qui a constaté la non participation dans les activités sida, des personnels des chantiers concernés, tout au moins dans la région de Saint-Louis.

Dans un autre registre, il a été aussi suggéré un plaidoyer mené par le SE/CNLS à haut niveau pour la signature à temps des conventions et la mise en place des financements de façon à permettre le démarrage des activités dès le mois de janvier.

A ce propos, il s'agit de noter que la Direction de la santé de la reproduction a ainsi pâti des difficultés de communication et d'information du point focal pour la mise à disposition des financements à temps opportun. Une situation presque similaire à celle vécue par le secteur éducation avec pour conséquence le report à 2014 d'activités retenues pour 2013.

Bien d'autres difficultés ont été soulevées, notamment la situation critique du secteur de la famille dans la région de Kédougou ou la multiplicité des documents du programme, des justificatifs non parvenus au CNLS et ayant abouti à l'arrêt de décaissements, des dispositifs de sensibilisation qui ne prennent pas en considération des aires de stationnement de la région de Saint-Louis, etc.

Dans la foulée des recommandations, il est prévu l'élaboration des documents de normes et protocoles pour les AES, de veiller sur la synergie des actions et l'intégration des services, de promouvoir la culture d'exploitation et de partage des rapports d'activité.

Une autre réunion est prévue, destinée à consolider les résultats techniques et financiers, et qui sera l'occasion pour la SE/CNLS de fixer une date de partage des résultats nationaux et les performances des différents acteurs du secteur public.

KANKOU COULIBALY

Élimination de la Transmission Mère-Enfant : L'Expérience de la Région de Thiès

La région de Thiès est située à 70 km de Dakar. D'une superficie de 6 601 km², elle compte 1 743 701 habitants représentant environ 13,3 % de la population du Sénégal. On y compte 3 départements (Mbour, Thiès et Tivaouane) pour 12 arrondissements et 51 collectivités locales. Sur le plan sanitaire, la région de Thiès compte 5 établissements publics de santé, 9 centres de santé, 164 postes de santé et 259 cases de santé. Le taux de prévalence du VIH y est de 0,3 % contre 0,7 % au niveau national. Le taux de séropositivité chez les femmes était de 0,2 %, selon une étude, et de 0,19 % chez les femmes enceintes consultées en 2013. Au cours de cette même année, on dénombrait un total de 1 859 PVVIH régulièrement suivies sous ARV pour un total de 3 074 patients enregistrés pour les soins du VIH

L'élimination de la transmission mère-enfant constitue un des piliers du PSN. Ce programme a démarré par une phase pilote en 2000. Entre-temps, et au vu des résultats pleins d'espoirs suscités, le Sénégal s'est doté d'une politique nationale de standardisation des protocoles de prophylaxie et de prise en charge du couple mère-enfant. Le but visé est d'en finir, ou presque, avec la transmission du VIH mère-enfant.

Ndèye Aïssatou Sarr, point focal VIH au niveau de la région de Thiès : « Il s'agit d'une vision. La Division de la lutte contre le sida, qui est le bras armé du ministère de la Santé dans ce domaine, met tout en œuvre pour se rapprocher de cet objectif. » Elle en veut pour preuve le dépistage d'un nombre toujours plus important de femmes enceintes qui viennent en consultation dans les structures de soins. Il faut aussi noter, selon elle, la stratégie mise en place au niveau communautaire permettant aux relais comme les « badjiénou gokh » de recruter et d'inciter à la consultation prénatale en même temps qu'un test de dépistage du VIH. Les résultats ne sont pas en reste. « Dans la région de Thiès, poursuit le point focal Mme Sarr, pour le premier semestre 2014, le pourcentage de femmes enceintes s'étant fait dépister est de 51 % par rapport aux objectifs attendus pour l'année. Ce qui veut dire que nous serons à 100,5 % en fin d'année ».

La région de Thiès est au nombre des 8 régions ayant élaboré un micro-plan régional d'élimination de la transmission mère-enfant (avec Saint-Louis, Dakar, Kolda, Sedhiou, Ziguinchor et Tambacounda). Cela n'est pas la seule explication à l'attention particulière que les différents acteurs affichent pour ce plan. Une organisation parfaite, allant de l'EPS au district et au poste de santé. Tout est fait en sorte que les structures de soins, en particulier celles dédiées à la lutte contre le sida, se rapprochent des populations. Et cela commence dès le plus bas échelon.

A Mboro 2, le poste de santé affiche un calme bien matinal en ce matin de novembre. Un bâtiment à étage abrite, au rez-de-chaussée, une salle de consultations générales et une autre qui est la maternité. Sept à huit femmes y attendent leur tour chez la sage-femme. Madame Sarr Ndèye Marème Diouf est l'infirmière chef de poste. Elle déclare d'emblée s'en tenir aux directives officielles en matière de PTME. C'est-à-dire proposer le test

de dépistage à toutes les femmes enceintes qui se présentent en première consultation : « On explique aux femmes l'importance du test, dit-elle. Je dois avouer qu'en l'état actuel des choses, nous constatons une adhésion massive des femmes. Durant toute cette année 2014, nous n'avons pas eu un cas de positivité au niveau de ce poste. Si un cas s'avère positif, on introduit tout de suite la personne dans le programme. » Madame Sarr, qui a pu être intégrée dans le programme pour la prise en charge et en harmonie avec le médecin chargé de la prise en charge, est en contact direct avec les patients qui reçoivent leurs médicaments. « C'est une façon d'alléger les charges des malades qui ne sont plus obligés d'aller jusqu'à Tivaouane et d'y passer au moins une demi-journée ».

Des postes de santé, comme celui de Mboro, on en dénombre 25 dans le département de Tivaouane. Et c'est le centre de santé du district qui les polarise. C'est ici que viennent les personnes détectées positives au premier test.

« Dès qu'on dépiste une femme positive, c'est à moi qu'on l'envoie », nous explique ainsi quelque peu son rôle dans cette chaîne Mme Sène Fatou Niang, qui est le point focal PTME du district de Tivaouane. Elle ajoute : « Elle arrive avec un accompagnant ou munie d'un pli. A notre tour, nous reprenons le test en laboratoire. Une fois la confirmation obtenue, nous en profitons pour faire le typage (VIH1, VIH2...). Tous ces préalables accomplis, un autre concalling nous permet de lui annoncer sa situation et de démarrer immédiatement la mise sous ARV, après avis du médecin chef de district et constitution d'un dossier. Son rôle dans ce district est aussi de suivre les femmes à travers des counselling réguliers. Le but est de montrer l'importance de la prise correcte des médicaments. »

« A la naissance, poursuit Mme Sène, on donne un sirop au bébé. Mais pour parer à toute éventualité et ne maîtrisant pas toujours forcément l'endroit d'accouchement, c'est au huitième mois de grossesse que nous commençons à donner le sirop à la mère. Ainsi, à Mboro, à Pire ou à Ndiassane, les femmes concernées en bénéficient ».

Le suivi est donc pour ainsi dire double, concernant le couple mère-enfant, et surtout après l'accouchement.

Le Dr Mariama Diop dégage un air jeune, même si elle a troqué le blouse pour une tenue sénégalaise, le temps de participer à un atelier

au centre de santé du district de Thiès. C'est elle qui assure le suivi des femmes sous ARV et de leur bébé. Elle ne manque pas de rappeler l'objectif principal de la prise en charge des femmes vivant avec le VIH est de protéger le bébé, d'arriver à éliminer la transition du virus de la mère à l'enfant. « Dès la naissance, le bébé est mis sous prophylaxie, c'est-à-dire sous traitement préventif, pendant quelques semaines. Nous mettons à profit ce temps pour vérifier le statut du bébé à travers des analyses. Nous continuons de les suivre même après prophylaxie, car ils sont mis sous d'autres médicaments. Nous avons un système de suivi rapproché. Nous sommes très sensibles à cette question ».

Le premier prélèvement, nous assure-t-elle, s'effectue à six semaines puis un second à douze mois. Ces précautions sont essentielles, du fait que l'enfant naît avec les anticorps de sa mère, en attendant de développer les siens propres. Un troisième prélèvement s'impose, surtout si les résultats du premier et du second test sont discordants. Le Dr Diop pourra toujours compter avec les nouvelles technologies qui, d'après elle, permettent d'obtenir la sérologie complète d'un enfant en bas âge. Elle trouve possible de relever le défi, grâce à des médicaments adéquats et un personnel à la hauteur, comme c'est le cas au district de santé. Elle n'en éprouve pas moins quelques regrets. Il s'agit de ces femmes qui ne suivent pas les règles.

« On en a », affirme Dr Diop, qui poursuit : « Il s'agit de malades qui n'acceptent pas leur statut et qui ne suivent pas le traitement de façon correcte, en dépit des discussions que nous avons avec elles sur le respect méthodique de la prise de médicaments. » C'est ainsi qu'elle explique certains cas où des bébés ont été dépistés positifs et donc porteurs de VIH. Leurs mamans ont été dépistées tardivement (accouchement) ou ne respectaient pas le traitement.

Et pourtant une éducation thérapeutique est disponible. C'est ainsi qu'on appelle la « mise en préparation psychologique » du malade qui doit accepter et comprendre la nécessité de suivre à la règle les prescriptions tout en menant une vie ordinaire.

Au district de santé de Thiès, une personne semble incontournable pour les malades qui doivent se procurer les médicaments mis à leur disposition. Et pour cause, elle est dispensatrice d'ARV. Mais son rôle va bien au-delà. L'assistante sociale Daya Diallo est aussi

la conseillère, celle qui booste ceux qui connaissent des moments de doute.

Cette éducation thérapeutique, en ce qui concerne la PTME, débute dès la confirmation des résultats positifs. L'adhésion du malade est déterminante et « cela peut prendre quelquefois trois fois des séances d'entretien de 45 minutes où il n'est question que d'ARV. Elle doit comprendre avant d'accepter ».

Les goulots : les hommes si peu complices

Le comportement global du programme a des raisons d'engendrer un certain optimisme de la part de tous les acteurs dans la riposte au VIH. La féminisation de la pandémie est une réalité avec un ratio de 8 femmes infectées pour 5 hommes, mais les résultats sont élogieux. Le but visé est d'en finir ou presque avec la transmission du VIH mère-enfant. En 2013, 75 % des femmes enceintes ont été dépistées, soit 315 934 sur 444 010 grossesses attendues et 91 % des femmes détectées positives ont été mises sous ARV, soit 1 371 sur 1 497.

Et pourtant il est possible de battre ces performances, si certains blocages relevant de plusieurs ordres étaient examinés de plus près. C'est dans cette catégorie qu'il faudra placer le rôle joué (ou non joué) par les hommes. Selon le docteur Abdoulaye Wade de la Division sida, il faut « rehausser la présence des hommes ». Il estime que si les femmes accomplissent un intéressant taux de dépistage, il n'en est pas de même des maris qui ne suivent pas. Et de rappeler qu'il y a une place pour l'homme dans la prévention de la transmission mère-enfant.

L'assistante sociale du district de santé de Tivaouane s'engouffre dans cette brèche. Madame Daya Diallo explique qu'il arrive que la femme refuse systématiquement de se faire dépister sans l'avis du mari et accepte à la deuxième visite. Les hommes, de leur côté, se réfugient derrière le statut de leur femme, oubliant que des couples séro-discordants existent, rappelle Mme Diallo.

Sur cet aspect, Mme Sarr, point focal, indexe aussi des considérations culturelles liées au non suivi des CPN : « Depuis la nuit des temps, la grossesse est quelque chose qu'on cache. Et ce n'est pas directement lié à la PTME. Vous comprenez qu'il est difficile d'arriver à bout de certaines convictions, même si nous y travaillons fortement. » Comme d'aller directement chercher ces femmes dans la communauté, selon le Dr Wade : « Pour cela, nous comptons sur un fort tissu communautaire

3. RESULTATS PEC MEDICALE 2013

INDICATEURS	SEXE	Thiès	Pout	Khomb	Tiv	Mékhé	Pop	Mbour
Nombre de nouveaux patients enregistrés dans la PEC (suivis avec ou sans ARV) 2013		22	16	20	0	22	19	72
Nombre de nouveaux patients mis sous ARV en 2013		16	9	16	0	13	11	37
>15 ANS	H	5	3	2	0	6	5	5
	F	9	6	14	0	7	6	28
5-14 ANS	G	0	0	0	0	0	0	0
	F	1	0	0	0	0	0	0
1-4 ANS	G	0	0	0	0	0	0	0
	F	1	0	0	0	0	0	0
<1 AN	G	0	0	0	0	0	0	3
	F	0	0	0	0	0	0	1
Nombre de nouveaux décès enregistrés en 2013		7	3	3	0	2	3	3
Nombre de nouveaux PDV enregistrés en 2013		0	0	0	0	0	0	0
Nombre total de patients régulièrement suivis sous première ligne		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

(« badjié nou gokh », « nidjyou gokh ») ou tous autres acteurs susceptibles de faire en sorte que toutes les femmes enceintes fassent le test du sida sans manquer de respecter les différents rendez-vous de consultation prénatale. »

Last but not least, toutes les femmes séropositives ayant donné naissance ne respectent pas toujours la prophylaxie nécessaire pour préserver leur bébé du sida. Selon lui, si 90 % des femmes infectées sont suivies pendant leur grossesse, on constate un gap de 50 % en ce qui concerne la prophylaxie. Les raisons sont liées au fait que toutes les femmes n'accouchent pas au sein des structures de santé et d'autres qui le font retournent chez elles et ne ramènent pas les enfants.

Des éléments qui, réunis, ralentissent la marche du programme, mais qu'il est possible de dépasser au fur et à mesure de la marche vers zéro.

En effet, « l'ETME est à la portée du Sénégal ». Les mots sont du docteur Safiéyou Diop, comme pour illustrer cet optimisme. La secrétaire exécutive du CNLS participait au lancement à Thiès de la Semaine femme-sida. A son avis, le

taux de transmission est très faible dans notre pays (4 %), « il s'agit de le réduire au moins de moitié d'ici 2017 et, à l'horizon 2030, éliminer le sida comme s'y sont engagés les chefs d'Etat africains ». Elle en est convaincue. La stratégie mise en place dans le cadre de la PTME peut en inspirer d'autres. « Au-delà de la femme enceinte, on peut atteindre le mari, les autres enfants de la famille, les autres épouses dans le cadre de ménages polygames. La stratégie est assez pertinente pour atteindre la famille et, du coup, la communauté ».

De l'avis du Dr Thiam, « il faut une stratégie pour les hommes et c'est la tendance empruntée par la collaboration entre le CNLS et le ministère de la Famille ».

L'élimination de la transmission mère-enfant, pour ambitieux que soit le programme, n'en présente pas moins des objectifs qu'il est possible d'atteindre, voire dépasser. Il s'agit de garder à l'esprit que c'est toute la panoplie de stratégies de lutte contre le sida qui pourrait reposer au final, en bonne partie, sur ce programme. Afin que dans un avenir pas si lointain, couper le cordon ombilical signifie aussi couper la chaîne de la transmission du VIH



Les structures de santé (ici le poste de santé de Mboro) sont équipées d'outils adéquats pour dépister et suivre les cas de VIH dès les premières semaines de grossesse jusqu'à l'accouchement



Mme Sarr Ndèye Marème Diouf, Infirmier
Chef de poste de sante de Mboro 2

MACOUMBA MBODJI

PORTRAIT : QUAND LE PROGRAMME D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE ENFANT CHANGE DES VIES

Le programme PTME a contribué, en certaines circonstances, à changer totalement la vie de personnes vivant avec le VIH. C'est le cas de cette dame trentenaire que nous appellerons T

Vêtue d'une tenue traditionnelle de couleur jaune, elle nous raconte que c'est en 2007 qu'elle a pris connaissance de son statut. Mais avant de se résoudre à faire le test, elle a enterré ses quatre premiers enfants. Des bébés que rien ne différenciait des autres, sauf qu'à 6 mois, ils tombaient malades de façon systématique. T... se souvient que cela commençait par une fièvre très élevée. L'enfant finissait par rendre l'âme une fois hospitalisé. Tous sont décédés de bronchite.

Quand elle a enterré le quatrième bébé, des questions ne cessaient de résonner dans sa tête. N'était-ce pas son lait qui était «impropre»? Pourquoi ses enfants ne dépassaient-ils jamais six mois? Un bilan de santé ne décèle rien. Et c'est là qu'elle prit sur elle de passer le test de dépistage qui s'avère positif. Armée de cette détermination qui se lit sur son visage, elle se décida à tenter de mener une existence, ou presque. Y compris en faisant des enfants, même si son compagnon refusait de passer le test malgré son insistance et même celle de l'assistante sociale. Une fois sa grossesse décelée, le traitement adéquat lui est octroyé. Ses angoisses ne l'avaient toutefois pas quittée et pourtant l'enfant fut détecté négatif à 14 mois. Il l'est resté encore aujourd'hui, plus de cinq ans après. Un petit frère est même né, il y a huit mois. Là aussi, les premiers tests sont réconfortants et laissent penser que lui aussi sera séronégatif comme son aîné.

T... en est convaincue, si elle en est arrivée là,

c'est grâce à l'acceptation de sa maladie, en suivant de façon scrupuleuse les prescriptions des médecins. Si seulement elle avait fait le test à temps... pour les autres fois...

Cependant, une ombre paraît au tableau : la situation de son mari. Ce dernier a accepté, il y a deux mois, de passer le test. Et le résultat est... positif. Elle a juste peur que ce ne soit trop tard. Ce dernier semble très affaibli par la maladie et a fortement perdu du poids. Et pourtant elle avait tellement insisté pour faire faire le dépistage à son mari qu'elle en était arrivée au bord du divorce. Et c'est à ce moment que le mari est tombé malade et dut se résigner à accepter ce qu'il avait longtemps refusé : le test.

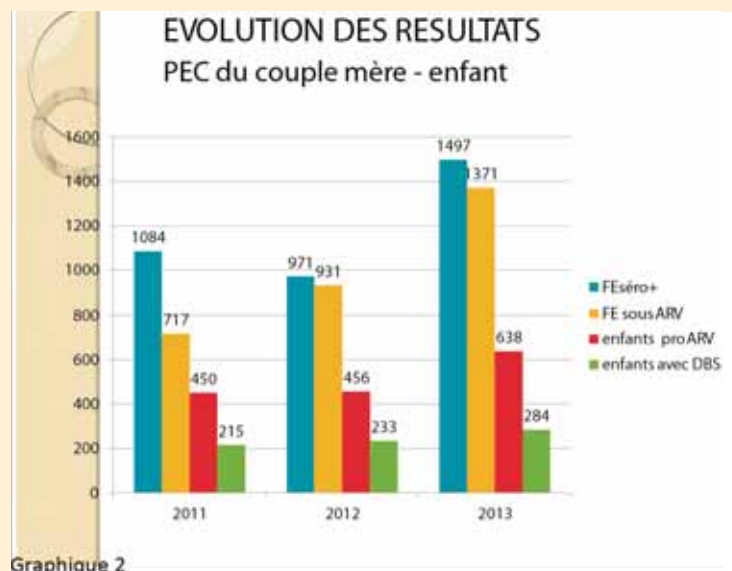
Le bonheur de choyer ses enfants constitue le stimulant qui aide T... à mener ses activités de commerce ou de trésorière d'une association de PVVIH. Et la séropositivité de son couple est un secret qu'elle garde au plus profond de sa personne.

Si T... a pu retrouver une vie plus ou moins normale, c'est en partie parce qu'elle a accepté son statut et affiché sa détermination à vivre de façon normale. Cela est loin d'être le cas de cette autre femme rencontrée au bureau de l'assistante sociale du district de Thiès. Nous taïrons son nom pour l'appeler S...

Elle était devenue comme folle, dit-elle, à l'annonce de son statut qu'elle avait cherché à savoir suite à une grossesse difficile. Par curiosité surtout, car ses enfants étaient normaux et semblaient en bonne santé. Avec un savant dosage d'autodérision, elle raconte sa fuite dans la forêt et ses habits qu'elle avait déchirés. Elle trouve le moyen d'en rire maintenant. D'autant plus incompréhensible

était cette maladie, qu'elle n'avait connu d'autre homme que son mari dans la vie. L'explication était peut-être dans les autres formes de contamination, un contact sanguin, par exemple, comme on le lui a expliqué, raconte-t-elle. Toujours est-il, qu'après l'examen de confirmation, elle resta sourde aux multiples appels de l'assistante sociale. Celle-ci lui expliqua que pour le bien de son enfant, elle devait suivre un traitement ARV et qu'il était possible de la sauver, elle et son enfant. Sans réellement recouvrer ses esprits, elle donna naissance à un bébé qu'elle ne put allaiter toutefois. Ce dernier, nous raconte-t-elle, fut décelé négatif au premier examen, mais décéda par la suite de toute autre chose : une mauvaise chute. Là elle s'entretint avec son médecin et n'a qu'un seul souhait : se faire stériliser. L'insistance du médecin la dissuade de prendre une telle option. La surprise vint de son mari décelé négatif en même temps que sa coépouse. Voilà bientôt un an qu'elle a un autre bébé. Il est âgé de 10 mois et se révèle négatif à tous les tests.

Un cas patent de discordance d'un couple (couples de statut sérologique différent) mais qui ne semble pas avoir d'incidence majeure sur la stabilité de son ménage, selon elle, grâce à l'esprit ouvert de son mari. Dorénavant, ils ne pourront entretenir que des rapports protégés. Ces deux femmes essaient tant bien que mal de mener une existence familiale ordinaire avec des bébés aux radieuses perspectives d'avenir, et s'activent dans la même association. De parfaits relais de la sensibilisation sur les mérites de la PTME par... l'exemple, si l'on ose dire.



MAMADOU DIALLO DIRECTEUR REGIONAL ONUSIDA/SENEGAL

“Le contexte de crise qui frappe l'économie mondiale n'influe pas sur les financements du Fonds mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le sida.”



On note, à travers le monde, une raréfaction des ressources. Une situation liée à un contexte économique de crise. Les ressources affectées au sida n'échappent pas à cette règle. Dans un tel contexte, comment assurer la pérennisation ?

Nous nous trouvons au Sénégal et nous ne saurions trouver meilleur endroit pour aborder cette question. Le Sénégal est, en effet, un modèle en matière de lutte contre le sida. Depuis plus d'un quart de siècle, ce pays a travaillé d'arrache-pied et a toujours réussi à maintenir le taux de prévalence en dessous de 1 %.

Pour dire vrai, on est à 0,7 % ou même en dessous. C'est un progrès remarquable qui a été réussi grâce à un investissement humain et matériel pendant 25 ans qui a donné ces résultats.

Votre question est pertinente, dans la mesure où le financement de la lutte contre le sida obéit aux mêmes règles que les financements pour le développement. Et ce que nous avons connu ces dernières années, du fait de la crise mondiale, c'est la rareté des financements.

Je vais cependant vous surprendre en vous disant que les financements du sida n'ont pas vraiment souffert de cette situation. Pour preuve, le dernier appel à la reconstitution des fonds du Fonds Mondial pour la lutte contre le sida, la malaria et la tuberculose, a récolté 13 milliards de dollars, pendant que l'avant-dernier appel

n'avait mobilisé que 9 milliards. Donc, l'engouement existe encore pour financer ce secteur. Ce qu'il est important de noter est que, au fur et à mesure que nous avançons dans le cadre de la responsabilité partagée et de la solidarité globale, les pays en développement qui concentrent la majeure partie de personnes souffrant du sida investissent aussi leurs ressources dans la lutte contre la pandémie.

Au moment où je vous parle, les dépenses totales contre le sida sont presque fifty-fifty entre la coopération internationale et les Etats concernés. Cela veut dire que cette antienne qui veut que les pays en développement ont un problème et les autres ont l'argent ne tient pas la route.

Toutefois, dans un tel contexte et au vu du nombre de personnes sous traitement qui ne cesse de croître, on a toujours besoin de ressources supplémentaires.

La question est de savoir comment utiliser l'enveloppe que nous avons, de façon à favoriser un meilleur retour sur investissement en attendant de trouver d'autres sources de financement.

N'empêche, on constate que les défis à relever sont nombreux, aussi bien dans la sous-région que dans notre pays. Quels sont ces défis ? Dans la zone de l'Afrique de l'Ouest, les défis à relever se situent à trois niveaux :

D'abord, étant donné que le niveau de prévalence n'est pas très élevé ou moyennement, nous avons une personne sur deux environ porteuse du virus et en besoin de traitement.

Toutefois, au prorata de la population générale, il faut dire que ce taux est moins élevé que dans des zones comme l'Afrique australe ou ailleurs. Cela signifie que nous avons beaucoup de nos concitoyens qui vivent avec le mal et qui sont éligibles pour le traitement, mais qui n'y ont pas accès.

Notre défi est donc de rendre accessibles les soins à toutes les personnes qui en ont besoin. Ensuite, l'autre défi à relever est d'éviter la démobilitation, d'autant que le taux de prévalence n'est pas si élevé que cela.

Je crois donc qu'il faut rester vigilant, parce que

nous avons dans la sous-région des problèmes spécifiques qui peuvent nous causer du souci, s'ils ne sont pas résolus. C'est le cas de la prise en charge des populations-clé. Vous savez que dans la plupart de nos pays, il existe des groupes d'individus qui, pour une raison ou une autre, ont un mode de vie qui les expose plus au risque d'attraper cette maladie et la disséminer.

Ainsi, il s'agit de s'occuper de ces groupes qui ont tendance à se cacher et les amener à se tester et à suivre un traitement, s'ils s'avèrent porteurs.

Le dernier défi est en relation avec l'instabilité politique. En effet, à chaque fois qu'il y a une instabilité, les premiers concernés sont les porteurs sous traitement, parce qu'ils sont soit déplacés ou ne viennent plus prendre leur traitement.

Nous avons donc ces problèmes dans la sous-région qu'il faut régler pour que nous puissions nous occuper de façon correcte de toutes les personnes sous traitement.

En ce qui concerne ces défis au niveau du Sénégal, je crois que les problèmes se recourent. Nous sommes dans un pays stable, mais ce sont les populations-clé qui causent du souci. C'est le cas des CDI ou les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe. Il s'agit de groupes qui mènent une vie qu'ils ont choisie et nous n'avons pas de commentaires particuliers à faire sur leur choix. Disons simplement qu'il faut trouver le moyen de les ramener dans le giron, afin que tout en menant leur vie, ils évitent de menacer leur santé et celle de personnes qui leur sont chères.

C'est cela le défi au Sénégal dans la lutte contre le sida.

Le Sénégal a réussi une prouesse en matière de lutte contre la propagation du sida. Il faut cependant reconnaître que si cela est possible, c'est en partie grâce aux financements extérieurs. Mais nous sommes un pays pauvre et la question qui se pose est de savoir si le pays arrivera à combler le gap, si le Fonds mondial revoit ses financements à la baisse ?

Moi, je dis que le Sénégal n'est pas pauvre, mais plutôt riche de ses hommes et de ses

femmes. La créativité et l'esprit d'initiative y permettent toujours d'aller de l'avant. Je crois que le défi auquel fait face le Sénégal est de trouver le moyen de générer des ressources internes qui vont servir à la lutte contre le sida, mais aussi aux autres maladies comme la tuberculose ou le paludisme, mais aussi faire des choix en matière d'investissement.

Cependant, j'ai le plaisir de vous dire que le Sénégal est le premier pays éligible dans le cadre des nouveaux mécanismes de financement. Le pays a déjà soumis ses différentes requêtes qui sont très bien cotées. Par conséquent, le Sénégal disposera de ressources. C'est la preuve de la confiance dont jouit ce pays auprès de ces PTF. Même si les ressources ne sont pas suffisantes dans ce contexte, il faut souligner que le Sénégal a presque doublé la part de la contribution nationale, donc du budget de l'Etat alloué à la lutte contre le sida, en dépit de toutes les difficultés et autres urgences auxquelles il doit faire face.

Il s'agit d'un cas rare qui mérite d'être salué. Mais il s'agit de faire mieux. Ce qui ne signifie pas continuer de demander de l'argent, mais de définir le choix des priorités.

Il n'y a donc pas de souci à se faire, en ce qui concerne des objectifs comme la PTME ?

La PTME, c'est comme être dans un jardin et regarder un fruit mûr d'un arbre que vous pouvez cueillir sans avoir besoin de monter. Il suffit juste de le cueillir. Plus clairement, nous avons la technologie, les connaissances, les médicaments et un personnel formé. Si on ne peut pas réussir cela, on ne peut rien réussir. Le Sénégal est un des pays les mieux positionnés pour remporter ce pari. C'est un pays qui a un système de santé bien structuré et la PTME se fait au niveau de la prise en charge de la santé de la femme et de l'enfant. Le gouvernement du Sénégal a déjà mis un système de gratuité pour ce couple (mère-enfant). C'est-à-dire que quand la femme est en état de grossesse, quand elle accouche et quand arrive le moment de vacciner les enfants, tous ces soins sont disponibles pour toutes les Sénégalaises.

Le centre de santé est pour nous l'occasion de tester ces femmes, de voir celles qui portent le mal et de les mettre tout de suite sous traitement. Dès que cela est fait, on élimine tout de suite le risque de transmission mère-enfant. Et c'est tout bonus pour la mère, l'enfant et la famille.

Le Sénégal a donc les moyens de réussir. Le Sénégal doit alors choisir quel est le meilleur poste d'investissement à partir de son enveloppe. Est-ce que cet objectif, qui est à notre portée, mérite une attention particulière afin que, dans deux ans, on puisse dire qu'on a éliminé totalement la transmission mère-enfant ? C'est possible.

Ensuite, il faudra se concentrer sur les autres

populations-clé et la population générale. Mais je vous dis qu'à l'ONUSIDA, nous sommes persuadés que c'est le Sénégal qui réussira en premier ce pari dans la région. Notre rôle est d'aider ce pays à mobiliser les partenaires en leur disant : « Si vous voulez aider dans la lutte contre le sida, investissez dans la PTME et vous aurez des résultats dans un an ou deux. »

Dans un tout autre registre, on a entendu des voix s'élever en clamant la fin du sida. Réalité ou utopie ?

C'est une ambition noble. Pourquoi est-elle noble ? Au moment où je vous parle, nous connaissons très bien tout ce qui constitue les sources qui entretiennent cette épidémie. Nous avons la technologie médicale, les médicaments, les connaissances. Pour user d'un langage militaire, je dirais que nous avons toutes les armes pour gagner notre bataille. Il nous faut rester mo-

billisés et ne pas perdre de vue notre objectif. Pourquoi a-t-on parlé de la fin du sida ? Parce que c'est la fin de ce mal en tant qu'épidémie. Ça ne veut pas dire que d'ici 2030, il n'y aura plus de cas de sida, mais il s'agira d'une simple maladie chronique comme le diabète ou la tuberculose. On peut réussir ce pari en faisant les choses suivantes :

- l'accès universel au traitement, parce que la mise sous traitement réduit la capacité de la personne traitée à transmettre le virus. Donc 0 % de chance de transmettre le mal.

- Si toutes les femmes enceintes sont testées et traitées, on élimine la transmission mère-enfant. On romprait donc la chaîne à ce niveau. Si on arrivait à tester et à mettre sous traitement toutes ces populations-clé qui se cachent, on couperait la chaîne de transmission. On arriverait ainsi à un stade où il n'y aurait plus de nouveaux cas et même à un point de non-retour : c'est quand les personnes sous traitement sont plus nombreuses que les cas de nouvelles infections. On aura donc brisé la trajectoire de l'épidémie.

Nous avons deux jalons pour atteindre cet objectif : en 2020, la communauté internationale souhaite que 90 % des personnes à risque soient testées et celles qui sont positives mises sous traitement. Et toutes ces personnes sous traitement ne devraient plus pouvoir transmettre le virus. Ce sont les trois objectifs : 90, 90, 90.

Si nous réussissons cela en 2020, on pourra se réveiller en 2030 pour dire que le sida n'est plus une épidémie, une menace à l'existence de l'humanité. Le sida est une maladie chronique dont nous avons les moyens de gérer.

Pour finir, ce nouveau modèle de financement est comme une forme de nouvelle gouvernance. Les résultats sont-ils garantis ?

Je voudrais rappeler pourquoi le Sénégal a été retenu comme l'un des premiers récipiendaires à travers ce nouveau modèle de financement.

C'est que pendant de nombreuses années, le pays a reçu le prix d'excellence pour la qualité de la gestion des fonds reçus du Fonds mondial. Moi-même, j'ai participé, avec l'actuelle ministre de la Santé et avec l'ancien secrétaire exécutif du CNLS, à une cérémonie où le Sénégal a été distingué comme l'un des pays où la gestion de ses ressources est la plus transparente.

Comme pour dire que le Sénégal a bien utilisé les ressources qui lui ont été allouées. On a initié ce nouveau modèle pour deux raisons. D'abord, il fallait diminuer toutes les procédures et toute la paperasserie liée au processus de soumission des requêtes de financement.

L'autre raison est l'introduction d'une prévisibilité des ressources. L'ancien modèle était composé de rounds. Vous les appliquiez, faisiez une autre demande et étiez financés de nouveau.

Dans le nouveau modèle, on vous donne une figure dans laquelle vous faites un plan et vous recevez votre financement pour une période triennale. Donc, des ressources assurées pendant trois ans, d'où une meilleure planification et une utilisation optimale des ressources. Il s'agit-là d'une demande fréquente des pays.

Nous avons donc une prévisibilité des ressources et pendant trois ans, les utiliser de façon optimale. Le mécanisme vient aussi avec beaucoup plus de transparence dans la gestion et de capacité de redevabilité, donc de rendre compte.

Tout cela nous fait dire que c'est un bon outil de gouvernance : à l'ONUSIDA, nous avons travaillé avec les pays, en organisant trois ateliers : l'un ici à Dakar, réunissant les pays de la sous-région. Ensuite, nous avons réuni des experts de tous les pays à Ouagadougou où ils ont travaillé pendant deux semaines à maîtriser l'outil. Nous avons aussi réuni tous les représentants de la société civile à Ouaga aussi pendant une semaine, pour leur dire quel était leur rôle. Et dans les pays, nous apportons l'expertise technique qui appuie les pays pour préparer les requêtes de financements.

Au moment où je vous parle, le Sénégal a déjà complété toutes ses requêtes sur la note conceptuelle : tuberculose-VIH/sida qui a été soumise, sur la note conceptuelle du renforcement du système de santé et la note conceptuelle sur le paludisme.

Donc, le Sénégal est en tout cas un des premiers pays ayant soumis une requête et cela augure de bonnes perspectives pour que le Sénégal puisse très rapidement avoir accès à ces financements pour une période de trois ans.

Propos recueillis par

SIDA A KEDOUGOU: au cœur des risques de la ruée vers l'or

La zone est du Sénégal est connue pour ses gisements aurifères. La prévalence de la pandémie y est plus élevée que dans le reste du pays. Lieu de convergence de populations originaires de toute la sous-région ouest-africaine, une équipe de la stratégie avancée Y a dressé un constat troublant.

Une enquête démographique sanitaire de 2010, révèle à Kédougou un taux de prévalence du VIH/sida de 1,7 %, contrairement au taux national qui est de 0,7 %.

Frontières poreuses, sites d'orpaillage anarchiques, prostitution tous azimuts. Telles sont les causes qui peuvent expliquer un tel taux. Une situation qui préoccupe fortement les médecins des districts de Kidira et de Dianke Markha, dans la région de Tambacounda, ainsi que ceux des districts de Saraya, de Kédougou et de Salémata, dans la région de Kédougou. Des stratégies avancées de dépistage ont permis de lier cette situation aux intenses activités aurifères de la zone et à leurs corollaires : banditisme, drogue et prostitution.

Prostitution et frontières poreuses : cocktail préoccupant

Aux confins de la Guinée et du Mali, la multiplicité des sites d'orpaillage de la région de Kédougou attire des populations de la sous-région qui profitent des difficultés à contrôler toutes les zones d'entrée dans notre pays. Cette situation se trouve exacerbée par des croyances populaires qui estiment que la «souillure» est une des conditions qui favorisent la chance de trouver la pierre précieuse. Le pouvoir d'achat assez élevé de ces populations éloignées de leurs familles, forme le lit d'un libertinage sexuel avec pour conséquence un taux de prévalence de 18,5 % chez les professionnelles du sexe. Ces prostituées viennent de l'intérieur du Sénégal, mais aussi de la sous-région et exercent leur travail dans des



Légende: Un site d'orpaillage: ces endroits constituent des lieux de propagation privilégiés du VIH

conditions abominables quelquefois.

La difficulté, voire l'impossibilité d'accéder à l'information, aux soins et à la prévention, constitue une explication à une prévalence du VIH encore plus élevée que dans le milieu de la prostitution légale.

Les sites d'orpaillage : banditisme et drogue

La situation de la prévalence est encore plus dramatique dans le milieu des homosexuels où elle est de l'ordre de 21 %. Il s'y ajoute que les messages et les stratégies de prévention ciblés vers les homosexuels suscitent des interrogations dans notre pays.

Toutefois, une réflexion plus approfondie est indispensable afin d'éviter qu'ils ne soient des vecteurs de dissémination du VIH.

Si, à ce tableau, s'ajoute la circulation des drogues, il est aisé de constater que les sites d'orpaillage que compte la région de Kédougou sont devenus une plaque tournante du banditisme.

Au total, il est important que les acteurs de la lutte contre le sida réfléchissent sur la mise en place de stratégies et des interventions pour prendre en compte, dans les programmes de prévention et de prise en charge, ces zones d'orpaillage.

En effet, ces populations méritent une discrimination positive. C'est pourquoi le SEN/CNLS envisage d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'action pour ces populations extrêmement vulnérables.

Colonel Mbaye Khary Dieng
Consultant

LUTTE CONTRE L'INFECTION A VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS: LE CENTRE DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DES ADDICTIONS DE DAKAR UN ASPECT DE LA LUTTE CONTRE LA PROPAGATION DU SIDA

L'Afrique de l'Ouest n'est plus seulement une zone de transit de drogues en provenance d'Amérique du Sud et d'Asie du Sud en route vers l'Europe et l'Amérique du Nord. Elle est devenue un lieu de consommation (de cannabis, de cocaïne et d'héroïne) et de production (stimulants de type amphétamine).

Au Sénégal, suite à une enquête en 2011 estimant la population de consommateurs de drogues injectables (CDI) ainsi que la prévalence et les pratiques à risques VIH, VHB et VHC dans la région de Dakar (ANRS 12 243/IMEA/CNLS, 2011), les CDI ont été inclus comme cible prioritaire dans le Plan stratégique national de lutte contre le sida 2011-2015, en raison des taux élevés de prévalence VIH retrouvés au sein de cette population.

En effet, les infections sont fréquentes au sein des CDI sénégalais, avec notamment celle du VIH qui est de 5,2 %, quel que soit le mode de consommation (13 % pour les femmes et 3 % pour les hommes). Chez les injecteurs actuels ou ayant eu des pratiques d'injection, la prévalence du VIH est de 9,4 % (21,1 % pour les femmes et 7,5 % pour les hommes) et cette prévalence reste élevée (2,5 %) parmi ceux qui n'ont jamais utilisé la voie injectable. La prévalence de l'infection à VHC est de 38,9 % parmi les injecteurs (actuels ou ayant eu des pratiques d'injection) et de 18 % parmi ceux qui n'ont jamais utilisé la voie injectable.

En raison de ces résultats inquiétants, une stratégie nationale de lutte contre l'infection à VIH et autres comorbidités chez les consommateurs de drogues injectables incluant des acteurs du secteur public et de la société civile a également été élaborée.

Dans la continuité de ces actions de réduction des risques, un partenariat technique et financier a permis la mise en place du Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD), premier centre consacré aux addictions en Afrique de l'Ouest.

L'objectif principal de ce centre est d'offrir une prise en charge ambulatoire globale aux personnes dépendantes de substances psychoactives en respectant leurs droits humains. Cet objectif s'inscrit dans la mise en œuvre du Plan stratégique national 2014-2017 ainsi que de son adaptation au nouveau modèle de financement du Fonds mondial pour la réduction et l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH ainsi que des personnes les plus exposées parmi lesquelles on compte les consommateurs de drogues.

L'approche combinée de réduction des risques (intégrant la prise en charge médicale) avec des activités liées à l'autonomisation des CDI (activités d'ergothérapie, réinsertion socioprofessionnelle, activités de convivialité et groupe d'auto-support, etc.) permettra une prise en charge globale, centrée sur les usagers.

En effet, la dépendance aux drogues est une maladie complexe, aux composantes sociales, psychologiques et biologiques nécessitant des réponses adaptées et pluridisciplinaires.

Ainsi, les différentes activités devant se dérouler au CEPIAD comprendront le traitement de substitution aux opiacés (TSO) par la méthadone, la prise en charge addictologique, somatique et psychiatrique, le conseil et le dépistage du VIH et des hépatites virales B et C, le traitement antirétroviral, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose.

Par ailleurs, un programme d'échange de seringues (PES) et la distribution



de préservatifs ainsi qu'une communication pour un changement de comportement contribueront à cette réduction des risques infectieux.

Enfin, un appui psychologique, social et à la réinsertion socioprofessionnelle ainsi que des activités occupationnelles et de redynamisation seront développés en partenariat avec la société civile et les associations ayant des expertises dans ce domaine, afin de proposer un dispositif cohérent de réduction des risques sanitaires et sociaux dont l'efficacité est reconnue internationalement.

Dispositif innovant dans notre sous-région, le CEPIAD aura également une vocation de formation et de recherche sur les addictions aussi bien à l'échelle nationale que régionale.

Grâce à la mobilisation d'acteurs de la santé et de la société civile, l'impact de ce centre dans le programme de réduction des risques pourra se mesurer, à court terme, sur le changement des comportements à risques des CDI et, à long terme, sur l'incidence du VIH.

Ce programme sera par ailleurs progressivement étendu à d'autres régions du Sénégal.

En construction au sein de l'hôpital de Fann, le centre sera inauguré le 1er décembre 2014.

Produits et modes de consommation	80% consomment de l'héroïne 27,7% ont eu des pratiques d'injections au moins 1 fois	27,5% des femmes consomment de la cocaïne	15% des hommes consomment de la cocaïne
Connaissance antérieure du statut sérologique	29,4% dépistés VIH dont 94,6% négatifs	3,9% dépistés VHC	4,2% dépistés VHB
Vulnérabilité au VIH des femmes CDI	13% quelque soit le mode de consommation	21,1% chez les femmes pratiquant l'injection	
Comportements sexuels à risques	45,7% ont eu plusieurs partenaires	53,5% n'utilisent pas de préservatifs	70,6% n'ont pas fait le test VIH

Lutte contre la fièvre hémorragique ebola: comment tirer profit de l'expérience de la lutte contre le sida

Au milieu des années 80 le syndrome d'immuno déficience acquis fait son apparition. Le trouble est grand dans le secteur médical et la psychose gagne les populations. Cette situation a paru se répéter ces derniers mois quand la fièvre hémorragique Ebola est apparue en Afrique de l'Ouest.

Cette maladie terrifiante, est aussi, comme le sida, causée par un virus, bien que dans le cas d'Ebola, la transmission soit plus rapide.

Pour ce qui concerne le sida, on constate que dès le début, tout un dispositif avait été mis en place, destiné à contre carier la propagation du VIH à travers plusieurs approches qui ont donné leurs preuves et qui pourraient inspirer la riposte à Ebola.

Au niveau multisectoriel tout d'abord

Des acteurs avertis de la riposte au sida pronent une collaboration entre les services de santé et la communauté. L'expérience du Sida suffit à illustrer le rôle majeur que les acteurs communautaires ont joué dans la sensibilisation sur la pandémie.

L'accompagnement psycho-social est aussi déterminant. Il s'agit de rappeler ici qu'aux origines du sida, il n'existait pas encore de remèdes si ce n'est une prophylaxie destinée à lutter contre les infections opportunistes. Il s'agissait alors d'accompagner le malade au niveau psychologique, en l'informant surtout sur sa maladie.

Cette « bonne pratique » du sida a servi, quand, le seul cas signalé au mois de Septembre dernier au Sénégal, a impliqué quelque 80 personnes (cas contact) dont 30 du corps médical. Ces personnes totalement déboussolées en attendant le diagnostic ont pu tirer un grand salut d'une assistance psychologique inspirée de celle menée face au Vih.

L'alliance avec les religieux a été aussi déterminante pour freiner le virus du sida. Cette union des experts médicaux et des religieux a en effet donné des résultats probants, à travers des tournées dans les régions et même la sous-région sous l'égide de l'Onusida. Le but était de former d'autres religieux, de façon à leur permettre de diffuser le bon message dans leurs prêches ou homélies. Le procédé qui pourrait aussi fonctionner pour Ebola.



Que dire de l'expérience du projet FEVE (frontières et vulnérabilités au VIH) piloté par Enda Santé et qui a permis de travailler contre le sida à travers des programmes inter pays. Ce procédé reste plus que jamais d'actualité et pourrait aussi inspirer dans la croisade contre Ebola.

Ces « bonnes pratiques » ont ainsi donné des résultats concrets en trente ans. En effet, durant ce temps, le virus a été découvert, un traitement mis en place, et, de nos jours, on cible la fin de l'épidémie à l'horizon 2030 pour en faire une maladie chronique comme toute autre.

Il s'agit en outre de ne pas perdre de vue que si des résultats aussi probants sont mis sur table aujourd'hui, c'est en partie grâce à une communication dynamique et agressive. Les différents messages le confirment : il est ainsi question en 2014, non seulement d'accès universel, ou de zéro infection, mais plutôt d'une Génération sans Sida dans un horizon pas si lointain

La mobilisation des ressources a toutefois été la

pierre angulaire de la riposte au vih. La pression des activistes du sida a, on s'en rappelle, convaincu les gouvernements du monde, de créer un fonds destiné spécialement à faire face .Ce n'est que beaucoup plus tard que d'autres maladies ont été arrimées au sida, telles la tuberculose ou le paludisme.

Les bonnes pratiques contre le sida peuvent inspirer la lutte contre Ebola, mais, en général contre toutes les maladies. Et de nos jours, des spécialistes estiment que beaucoup de porteurs du vih vivent beaucoup plus longtemps et meurent comme toutes les autres personnes, de maladies de la vieillesse. Il s'agit de trouver ainsi un lien entre les médicaments du sida et d'autres maladies comme le diabète ou l'hépatite. Le but ultime est de ne plus lutter contre une maladie de façon verticale mais de réfléchir à la santé des populations de façon globale. Pour le moment la lutte contre le Sida semble avoir posé les rails avec bien des raisons de s'en inspirer.

Macoumba Mbodji

LEGENDE: Les acteurs communautaires: des relais incontournables pour combattre le sida et ebola

Le médicament antirétroviral TRUVADA

31 octobre 2014 - L'espoir d'une nouvelle stratégie de prévention

Un essai français mené par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) vient de le révéler : Le médicament antirétroviral Truvada (association fixe de 2 antirétroviraux, l'emtricitabine et le ténofovir disoproxil) serait efficace pour réduire les risques d'infection par le VIH des personnes séronégatives ...

à condition d'être pris lors des rapports sexuels à risques. Cette conclusion fait suite à des études menées par des chercheurs sur les antirétroviraux.

Du point de vue des spécialistes, le concept de prophylaxie biomédicale (c'est à dire le processus qui vise à prévenir l'apparition d'une maladie) au moment de l'exposition au risque d'infection par le VIH, dans un cadre d'offre élargie de prévention, est validé. Mais, l'efficacité observée ne doit néanmoins pas faire oublier que le préservatif reste la pierre angulaire de la prévention. Ces premiers résultats d'IPERGAY remplissent d'espoir quant à l'efficacité de cette nouvelle stratégie de prévention. Les résultats définitifs de l'essai seront disponibles en 2015.



Un vaccin passe pour la première fois en test de phase II

24 Septembre 2014 - La société française Biosantech a récemment obtenu l'autorisation de l'agence nationale du médicament pour poursuivre ses essais cliniques sur un vaccin thérapeutique contre le VIH à Marseille. A ce jour, il est le seul dans le monde à passer en phase II sur les trois nécessaires à sa commercialisation.

Il est l'un des vaccins candidat, si ce n'est le seul, le plus prometteur dans la lutte contre le VIH.

Le vaccin de la société française biosantech est le premier au monde à avoir reçu l'autorisation de passer en phase II d'un protocole d'essai clinique. Cette étape est officiellement lancée depuis septembre 2013 au Centre d'Investigation Clinique de la Conception, Hôpital de l'Assistance Publique de Marseille. Commencée en janvier 2013, la phase I de l'essai clinique s'est déroulée avec succès puisque aucun effet indésirable n'a été constaté sur les 48 patients séropositifs recrutés.

L'objectif de la phase II est double : déterminer quelle dose parmi trois différentes sera la plus efficace et réussir à maintenir chez 30 % des patients une virémie (taux du virus dans le sang) en dessous de 40 copies/ml sans l'aide de la trithérapie. "Après avoir reçu une injection, les patients arrêtent de prendre leurs antiviraux pendant deux mois et le but est de voir si la charge de virus augmente dans leur sang ou si elle est maintenue à un stade indétectable", explique à metronews le Dr Jean de Mareuil, immunologue, virologue et conseiller scientifique sur le projet biosantech. S'attaquer aux cellules infectées

Les chercheurs veulent s'attaquer à la protéine TAT qui empêche le système immunitaire de s'attaquer aux cellules infectées par le VIH. Le vaccin amènerait l'organisme à se défendre en produisant des anticorps capables de neutraliser cette protéine TAT et de permettre ainsi l'élimination des cellules infectées. Leur diminution dans le corps devrait avoir pour conséquence la stabilisation de la virémie chez les patients. Ces derniers pourraient ainsi se passer de trithérapie et de ses effets secondaires très contraignants (maux de tête, vomissements, fièvre, problèmes de peaux).

"On peut envisager plusieurs possibilités selon les résultats que nous allons obtenir. Soit le vaccin permettra de se passer temporairement voire définitivement de trithérapie soit on peut s'en servir comme d'un antirétroviral en plus. Tout dépend de ce qui va se passer avec l'interruption de traitement", ajoute le Dr Mareuil. En 2006, un essai sur sept macaques infectés avait montré que la vaccination avec la protéine TaT avait permis d'éliminer 100 % du virus dans les cellules réservoirs chez l'animal. Il s'agit des cellules où le virus est "caché" et donc résistant au traitement.

Une commercialisation d'ici 4 ans ?

Les thérapies actuelles, malgré l'avancée qu'elles représentent pour les malades ne contrôlent pas le virus dans ces cellules réservoirs. Or, le contrôle du virus dans ces cellules est une étape indispensable pour son éradication. "La principale difficulté dans la recherche d'un vaccin contre le VIH, c'est la très



grande variabilité du virus, mute sans arrêt", précise le Dr Mareuil. Les résultats de cet essai seront analysés fin 2014. S'ils sont concluants, les chercheurs procéderont alors à un essai de phase II.b, dont le but est de remplir les mêmes objectifs sur un plus grand nombre de patients (80).

"Nous pourrions ensuite procéder à un dernier essai en phase III qui consistera à une vaccination à très grande échelle, notamment en Afrique. Nous misons sur une commercialisation d'ici quatre ans, à condition d'obtenir avant les autorisations de mise sur le marché dans chaque pays", conclut le chercheur. Corinne Treger, présidente de la société biosantech, qui a lancé début 2014 une campagne de crowdfunding pour financer cette nouvelle phase de recherche clinique, a fait savoir que "le prix de son produit sera en fonction du PIB des pays où il sera distribué".

Source : metronews.fr

Du corail pour lutter contre le VIH

09 Septembre 2014 - Des protéines découvertes dans des échantillons de corail pourraient entrer dans la composition de gels et lubrifiants anti-VIH. Des chercheurs américains ont constaté que ces produits naturels peuvent bloquer le VIH en l'empêchant d'infecter les lymphocytes T. Les scientifiques ont découvert un potentiel nouvel allié dans la lutte contre le VIH : le corail plumeux. Cette espèce marine contient des protéines capables d'empêcher le virus de s'attaquer aux lymphocytes T, ses principales cibles.

Les protéines en question sont des produits naturels encore trop peu étudiés par les chercheurs. Mais aux Etats-Unis, l'Institut National du Cancer s'est constitué une collection d'extraits de spécimens naturels, mis à disposition des scientifiques pour leurs recherches. C'est en s'intéressant à un échantillon de corail prélevé au large de la côte nord de l'Australie qu'une équipe a découvert ces protéines et leurs propriétés.

Des protéines qui protègent les lymphocytes T. "Il est toujours passionnant de découvrir une toute nouvelle protéine que personne n'avait vue avant", explique Barry O'Keefe, directeur adjoint du Laboratoire des Cibles Moléculaires de l'Institut, "et le fait que cette protéine semble bloquer l'infection par le VIH - d'une manière totalement nouvelle - rend les choses très

excitantes". Appelées cnidarines, ces nouvelles protéines pourraient à l'avenir être utilisées pour la fabrication de gels ou de lubrifiants qui, grâce à une application locale, permettraient aux femmes de se protéger d'une éventuelle infection. Lors de tests en laboratoire sur des souches du VIH, les cnidarines se sont avérées incroyablement résistantes au VIH.

En se fixant au virus, elles lui bloquent le passage vers les lymphocytes T, des cellules immunitaires également appelées cellules T. "C'est complètement différent de ce que nous avons pu observer avec d'autres protéines, donc nous pensons que les cnidarines ont un mécanisme d'action unique", a déclaré Koreen Ramessar, scientifique associée à l'Institut National du Cancer, citée par medicalXpress. Pas d'effets indésirables sur le virus. Mais avant d'aller plus loin, les scientifiques doivent d'abord s'assurer de l'absence d'effets indésirables de ces protéines sur le virus. "Lorsque l'on développe de nouveaux traitements, nous nous inquiétons toujours de la possibilité qu'ils sapent l'effet des traitements déjà existants en encourageant la résistance du virus", explique Barry O'Keefe.

D'après les premiers résultats, même si le virus développe une résistance à ces protéines, il



resterait toujours vulnérable face aux autres traitements. Les chercheurs ont donc bon espoir. Par la suite, ils devront réfléchir à un moyen de produire des cnidarines en assez grande quantité pour pratiquer davantage de tests, et éventuellement se lancer dans la fabrication de gels ou lubrifiants anti-VIH. Bien sûr, pas question de s'en tenir aux coraux : "Nous ne pouvons pas dépouiller la planète de ce corail pour récolter les protéines, donc notre priorité aujourd'hui est de trouver des moyens d'en produire plus afin des procéder à des tests précliniques", ajoute Barry O'Keefe. Si ces protéines s'avèrent réellement utiles dans la lutte contre le VIH, les chercheurs espèrent que cette découverte en encouragera d'autres à se pencher sur ces ressources naturelles pour tenter de lutter contre les maladies infectieuses.

Source : maxisciences.com

Le professeur Donatien Mavoungou présente son nouveau vaccin contre le SIDA

18 Août 2014 - Le professeur Donatien Mavoungou a présenté vendredi son nouveau vaccin contre le Sida, appelé l'IMMUNOREX TM, au cours d'une conférence de presse à Libreville. Ce vaccin est actuellement en phase d'essai clinique et a déjà été testé sur plus de 200 malades en France et n'a présenté aucune réaction négative sur ces derniers. "Nous avons actuellement un vaccin thérapeutique contre le Sida...

..., qui est à ce jour un des rares au monde à avoir réussi à entrer en phase 2, avec une autorisation d'arrêt de trithérapie pendant deux mois", a déclaré le professeur Mavoungou, devant les journalistes.

Ce vaccin aux dires du chimiste gabonais



serait actuellement le plus avancé de tous les vaccins contre le Sida au Monde au sein des grands centres de recherche. Le professeur Mavoungou et son équipe de scientifiques dont le directeur général de l'International Institute for Development and Support Innovative Scientific Research, Michel Paul Correa qui accompagne les 12 travaux de chercheurs du monde compte établir un partenariat avec les autorités gabonaises, au sujet de ce vaccin dans l'optique de mener conjointement les essais cliniques jusqu'à la commercialisation du vaccin.

La mise au point de ce vaccin soulagera des milliers de malades en Afrique. Les autorités gabonaises et les partenaires au développement sont vivement invités à soutenir les recherches menées par le professeur Donatien Mavoungou et son équipe. C'est l'Afrique qui gagnera.

Source : news.alibreville

