

REPUBLIQUE DU SENEGAL
CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



Secrétariat Exécutif National



PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

**RAPPORT DE SITUATION SUR LA RIPOSTE
NATIONALE A L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA
SÉNÉGAL : 2006-2007**

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

JANVIER 2008

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	4
INTRODUCTION	7
1. COUP D'ŒIL SUR L'ETAT DE LA SITUATION.....	12
1.1. La situation actuelle de l'épidémie	12
1.2. La riposte au plan politique et programmatique	12
1.2.1. Au plan politique.....	12
1.2.1.1. Engagement des plus hautes autorités	12
1.2.1.3. Engagement financier de l'état.....	14
1.2.2. Au plan programmatique.....	15
1.3. Aperçu des indicateurs UNGASS (Tableau II)	17
2. APERÇU DE L'EPIDEMIE DU VIH AU SENEGAL	24
3. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA	25
3.1. Prévention	26
3.1.1. Prévention de la transmission sexuelle.....	26
3.1.1.1. Promotion des comportements sexuels à moindre risque	26
3.1.1.2. La promotion à l'utilisation du préservatif	28
Le tableau IV montre l'évolution des préservatifs distribués entre 2006 et 2007 en fonction du partenaire.	29
3.1.1.3. La prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	29
3.1.1.4. Prise en charge de populations clés les plus exposées : TS et HSH	30
3.1.2. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	34
3.1.3. Prévention de la transmission sanguine	36
3.1.3.1. Sécurité transfusionnelle	36
3.1.3.2. Exposition au Sang et autres liquides biologiques.....	39
3.1.4. Promotion du Conseil Dépistage Volontaire.....	40
3.2. La prise en charge des PVVIH	43
3.2.1. Prise en charge médicale	43
3.2.2. Prise en charge de la co-infection TB/VIH.....	47
3.2.3. Prise en charge communautaire des PVVIH et OEV.....	48
3.2.4. La prise en charge des OEV	49
4. MEILLEURES PRATIQUES	51
4.1. Direction politique.....	51
4.2. Environnement politique favorable	52
4.3. Intensification des programmes de prévention	52
4.4. Intensification des programmes de soins, de traitement et de soutien	52
4.5. Suivi - Evaluation	53
4.6. Développement d'infrastructures	53
5. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	54
6. SOUTIEN DES PARTENAIRES	57
7. SUIVI ET EVALUATION.....	57
7.1. Système actuel de SE	57
7.2. Besoins en assistance	59

8. ANNEXES	60
ANNEXE 1 : PROCESSUS DE CONSULTATION ET DE PREPARATION DU RAPPORT NATIONAL	60
9. BIBLIOGRAPHIE.....	62

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AES	Accident d'exposition au sang
AF	Agence Fiduciaire
ANCS	Alliance National de Lutte contre le SIDA
APP	Approche participative de prévention
ARV	Antirétroviraux
BE	Bulletin Epidémiologique
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCISD	Centre de coopération internationale en santé et développement/Canada
CCSE	Comité Consultatif en Suivi - Evaluation
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le SIDA
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CDVA	Centre de dépistage volontaire et anonyme
CHR	Centre Hospitalier Régional
CILS	Comités Internes de Lutte contre le SIDA
CLLS	Comité local de lutte contre le SIDA
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRISC	Cadre de Référence des Interventions de la Société Civile
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le SIDA
CT	<i>Chlamydia trachomatis</i>
CTR	Comité Technique Restreint
DLSI	Division de Lutte contre le SIDA et les IST
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS IV	Quatrième Enquête Démographique et de Santé du Sénégal – 2005
EPP	Estimation Projection
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
FHI	Family Health International
FAFS	Fédération des Associations Féminines du Sénégal
GAMET	Global AIDS Monitoring and Evaluation Team

GASE	Groupe d'appui à la Surveillance Epidémiologique
HSH	Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
ICC	Intervention pour un changement de comportement
IEC	Information - Education - Communication
ISAARV	Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LNCM	Laboratoire National de Contrôle de Médicaments
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
NG	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
OCB	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelins et Enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
PDEF	Plan de Développement pour l'Education et la Formation
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PSLS	Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNMLS	Plan National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA 2002-2006
PRDI	Plan Régional de Développement Intégré
Projet SIDA 3	Projet d'appui à la lutte contre les IST/VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest/coopération canadienne
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
REDES	Estimation nationale des ressources et des dépenses de lutte contre le SIDA
REQAS	Regional External Quality Assesment Services
SE	Suivi - Evaluation
SEN	Secrétariat Exécutif National

SEN/CNLS	Secrétariat Exécutif National du CNLS
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNSE	Système national de Suivi - Evaluation
SG/NU	Secrétariat Général des Nations Unies
SREQ	Système Régional d'Evaluation Externe de la Qualité
SWAA	Society for Women and Aids in Africa
TME	Transmission Mère Enfant
UAR	Unité d'Appui Régionale
UNGASS	Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
USER	Unité de Suivi - Evaluation et Recherche
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

En Juin 2001, lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), les gouvernements de 189 États Membres ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (UNGASS DoC). Ce faisant, ces États, au nom de leurs gouvernements, des organisations de la société civile et du secteur privé, se sont engagés à respecter et à appliquer un programme complet d'actions aux niveaux national et international en vue de lutter contre la pandémie du Sida.

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

Conformément aux dispositions de la Déclaration d'engagement, les progrès de la riposte au SIDA sont évalués par la réalisation d'objectifs concrets dans des délais prescrits et le Secrétaire Général des Nations Unies devait publier un rapport de synthèse mondiale tous les deux ans à partir des rapports biennaux des pays. L'ONUSIDA a été déléguée par le Secrétaire Général des Nations Unies de regrouper les rapports des différents pays (permettant d'apprécier les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement, et d'évaluer l'efficacité de la riposte nationale) et de les compiler dans un Rapport Global tous les deux ans.

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

A l'instar des autres pays signataires, le Sénégal s'est également engagé à produire un rapport national biennal de suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. A cet effet, le présent rapport donne une évaluation des progrès réalisés pendant la période comprise entre janvier 2006 et décembre 2007 dans le domaine de la lutte contre le Sida à partir d'une série d'indicateurs de base définis et qui sont regroupés en trois catégories : (1) les indicateurs des actions et des engagements nationaux ; (2) les indicateurs des connaissances et des comportements nationaux ; et (3) les indicateurs de l'impact national. L'option prise par le CNLS est l'utilisation de cet exercice de reportage UNGASS comme outil pertinent devant fournir de facto un rapport biennuel sur l'épidémie et la riposte au niveau national. Ce rapport de situation servira d'Outil de sensibilisation ou de Plaidoyer, d'information, d'orientations sur les décisions programmatiques, sur les efforts de mobilisation des ressources, de suivi et d'évaluation. Le processus d'élaboration de ce rapport servira aussi de catalyseur pour le renforcement du système de Suivi - Evaluation en convoquant les partenaires et les acteurs autour d'un ensemble d'indicateurs de base, en aidant à mobiliser les efforts quant à la collecte des données et à identifier les faiblesses et les lacunes du système .

Ce rapport 2006-2007 prendra en compte la situation du dernier rapport de fin 2005.

Ainsi, après l'atelier d'orientation sur le processus d'élaboration du rapport UNGASS 2008 tenu les 12 et 13 Novembre 2007, une équipe restreinte, multisectorielle et réunissant un échantillon représentatif des acteurs et partenaires de la Réponse Nationale (dont la composition est en annexe 1) a été mise en place comme cadre de coordination et de suivi devant faciliter l'opérationnalisation du processus.

Présentation du Sénégal

Sur le plan socio-économique et administratif

Le Sénégal est situé dans la partie la plus occidentale du continent Africain dans la zone soudano sahélienne. D'une superficie de 196 722 km², il est limité au nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau et, à l'ouest, il est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes.

Sur le plan administratif (**Graphique 1**), le Sénégal est subdivisé en onze (11) régions comportant chacune trois (3) départements, à l'exception de Dakar qui en compte quatre (4), soit trente quatre (34) départements sur l'ensemble du territoire national. Ces départements sont subdivisés en communes (au nombre de 64) et arrondissements (103 et en communautés rurales (320).



Graphique 1 : Carte administrative du Sénégal

Les principaux groupes ethniques sont : les wolofs (43%), les pulars (24%), les sérères (15%), les diolas (5%) et les mandingues (4%). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%). On y trouve 4% de chrétiens et les autres religions représentent 2%.

En 2005, la population sénégalaise était estimée à 11 126 832 habitants avec une espérance de vie à la naissance de 55,7 ans (HDR UNDP 2005) et un PIB en valeur nominale de 3 874 milliards de FCFA en 2004 (prix constants de 1999). La population a une structure par âge très jeune avec 55,6% ayant moins de 20 ans, et près de 64% âgée de moins de 25 ans. Les femmes représentent 52% de la population globale. La population s'accroît au rythme de 2,7% par an doublant son effectif tous les 25 ans environ. Elle est très inégalement répartie

à travers le territoire national, l'essentiel étant concentré dans la partie occidentale du pays. La population urbaine (résidant dans les communes) représente 41,5% de la population globale (DPS 2004), plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique Sub-Saharienne.

Selon le DSRP II, seuls 37,8% des adultes (15 ans et plus) ont la capacité de lire et écrire dans une langue quelconque. La population rurale sénégalaise reste à majorité analphabète, en effet moins d'une personne résidant en milieu rural sur quatre est alphabétisée. En outre, l'analphabétisme est beaucoup plus marqué chez les femmes (28,2% d'alphabétisées) que chez les hommes (49,1% d'alphabétisés). Le taux brut de scolarisation élémentaire est en constante progression passant de 70% à 82,5% entre 2001 et 2005. La scolarisation des filles dans l'élémentaire est en bonne progression avec l'amélioration de l'indice de parité filles/garçon qui a atteint 88% en 2005 contre 80% en 2000. Le taux d'achèvement de l'école primaire est de 58,3%.

La croissance économique du Sénégal s'est maintenue sur une pente positive avec une moyenne annuelle d'environ 5% dans un contexte d'amélioration de la gestion des finances publiques, de maîtrise de l'inflation (moins de 2% par an) et de consolidation des agrégats macroéconomiques fondamentaux. Les résultats de la deuxième enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM II), montrent que l'incidence de la pauvreté reste élevée. Même si elle a baissé de façon significative dans la période 1994-2002, la plupart de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. L'incidence de la pauvreté est tombée de 67,9% en 1994/1995 à 57,1% en 2001/2002, soit une réduction de 10,8 points de pourcentage en termes absolus et de 16% en termes relatifs.

Sur le plan démographique

La population du Sénégal est estimée à 11 126 832 habitants pour l'année 2005. Cette population est surtout concentrée dans la région de Dakar qui abrite 22,42% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. La région de Dakar enregistre ainsi une densité de population de 4 251 habitants au km² en 2004 contre une moyenne nationale de 53 habitants au km².

Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au km². Ce sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 29,9% et 14,8% du territoire national. Les autres unités administratives les plus peuplées sont les départements de Dakar et de Pikine qui abritent respectivement 41 % et 34 % de la population de la région de Dakar. Elles sont aussi plus peuplées que la plupart des régions. Il faut également souligner que la communauté rurale de Touba Mosquée (une ville religieuse) est presque aussi peuplée que les régions de Matam et de Ziguinchor.

L'accroissement moyen annuel estimé à 2,5% reste élevé, et est caractéristique d'une fécondité encore élevée. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est estimé à 5,3 enfants

par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme). La quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS IV) donne pour la période allant de janvier 2002 à janvier 2005 un nombre moyen d'enfants vivants de 5,3, un taux brut de natalité de 39,1 pour mille, une mortalité infantile de 61 décès pour mille naissances vivantes et une mortalité juvénile de 64 décès pour mille enfants âgés de un an. Le taux de mortalité maternelle est passé de 510 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS II, 1992-1993) à 434 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS IV, 2005)

Sur le plan sanitaire

L'Etat a défini la Politique Nationale de Santé dans la constitution et il la met en œuvre depuis l'indépendance à travers des plans quinquennaux. L'Etat est garant de la santé des populations, et à la fin des années 1990, il a élaboré en collaboration avec les partenaires au développement, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui est actuellement dans sa deuxième phase (2004-2008).

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

- l'échelon périphérique correspond au district sanitaire ; Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de département. Chaque district ou zone opérationnelle est gérée par un médecin-chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers ; ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales). Le Sénégal compte 63 districts sanitaires polarisant 64 Centres de Santé (dont les 7 ont été créés en juillet 2006), 888 postes de santé, 2000 cases de santé et 476 maternités rurales.
- l'échelon régional qui correspond à la région médicale comprend 11 régions médicales. C'est la structure de coordination du niveau régional ou intermédiaire et elle correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale. Au niveau de chaque région, la référence régionale est représentée par un hôpital ou établissement public de santé (EPS) de niveau 2. Le Ministère de la Santé a initié la signature de «contrats de performance» avec les médecins-chefs de région dans lesquels les indicateurs liés au VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose occupent une place prépondérante.
- l'échelon central ou national : il comprend outre le cabinet du ministre, les 7 directions et services rattachés, les 7 Hôpitaux nationaux ou établissements publics de santé de niveau 3. En dehors du Plan Elargi de vaccination (PEV) qui est logé à la Direction de la Prévention Médicale, la Direction de la Santé comprend la Division SIDA/IST, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), érigé en Etablissement Public de Santé

(EPS), est chargée de l'achat des médicaments et produits sur le marché international, de la gestion et de la distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA).

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

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

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

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) coordonne les activités liées au médicaments et réactifs au niveau des structures sanitaires. Elle approvisionne et supervise les pharmacies régionales (PRA) qui jouent le même rôle avec les districts. Les ARVs, les médicaments pour la prise en charge des Infections Opportunistes (IO) et les réactifs de dépistage et suivi sont gratuits et intégrés dans le circuit des médicaments essentiels. La PNA s'occupe de l'approvisionnement des médicaments et leur distribution aux PRA.

La Division de lutte contre le SIDA et les IST a en charge le volet SIDA au Ministère de la Santé. Elle a été créée au sein de la Direction de la Santé par décret n°2004-1404 du 14 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Elle a pour mission de coordonner la mise en œuvre du programme sectoriel santé sur le SIDA.

Tableau I : Structures médicales et paramédicales publiques et privées

SECTEUR PRIVE	SECTEUR PUBLIC
1 Hôpital	22 hôpitaux
24 Cliniques privées	64 centres de santé
414 cabinets médicaux et services médicaux d'entreprises	888 postes médicaux
700 officines de pharmacie	2 000 cases de santé
20 laboratoires d'analyses médicales	476 maternités rurales

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

1.1. La situation actuelle de l'épidémie

Les résultats de l'EDS IV montrent qu'au niveau national, la prévalence globale (tous sexes confondus) est de 0,7%. Au Sénégal, on retrouve les deux types du virus du SIDA, à savoir le VIH-1 et le VIH-2.

Les résultats de la surveillance sentinelle montrent que l'épidémie de VIH/SIDA est de type concentré au Sénégal. Elle est caractérisée par une prévalence 1,7% chez les femmes enceintes, relativement faible mais particulièrement chez les populations clés les plus exposées comme les travailleuses du sexe avec une prévalence qui varie de 11 à 30% selon le Bulletin Epidémiologique N°12. Chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), la prévalence est aussi particulièrement élevée de 21,5% (Wade et Al.).

1.2. La riposte au plan politique et programmatique

1.2.1. Au plan politique

1.2.1.1. Engagement des plus hautes autorités

Le Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011 rappelle en première page le message du chef de l'état qui disait en 2001, lors de la cérémonie officielle d'installation du CNLS : « je tiens solennellement à réitérer mon appel à tous les secteurs de notre développement, secteurs publics comme privé, monde du travail, jeunes, femmes, pour une mobilisation renforcée dans la croisade contre le Sida. Plus qu'une responsabilité nationale, c'est devant la communauté internationale que nous aurons à répondre de tout l'espoir que le continent place en nous ». Ceci témoigne l'engagement au plus haut niveau des autorités du pays (PSLS 2007-2011).

La première dame du Sénégal mène une politique de sensibilisation sur le VIH/SIDA lors des grandes manifestations comme la semaine femme/Sida, la semaine Jeune/sida, ceci aussi en tant que membre de l'Organisation des Premières Dames d'Afrique pour la lutte contre le Sida (OPDAS).

Le Premier Ministre, préside le Conseil National de Lutte contre le SIDA au sein duquel sont membres les Ministres du Gouvernement et il préside en même temps les réunions de Revues annuelles. Le Ministre de la Santé et de la Prévention préside en son nom le Forum des partenaires.

Sur le plan juridique, au courant de 2006-2007, le SE/CNLS a accompagné le projet de loi visant d'une part à garantir la confidentialité et la non stigmatisation/discrimination des PVVIH.

1.2.1.2. Gestion et coordination

Mise en place du CNLS au niveau central, des CRLS et des CDLS au niveau décentralisé :

Depuis 2001, suite aux recommandations de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de juin 2001 (UNGASS), le Gouvernement du Sénégal a pris l'initiative de renforcer son leadership politique en élevant le niveau de la coordination de la lutte contre le SIDA par la création d'un Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) placé sous l'autorité du Premier Ministre et créé par le Décret de création n° 2001-1063 du 10 décembre 2001, décret modifié et remplacé par le Décret de création n° 2005-550 du 22 juin 2005 – pour répondre à la nouvelle organisation du Gouvernement. Le CNLS dispose d'un mandat bien déterminé et est composé des différents ministères clés impliqués dans la lutte contre le Sida (Santé, Education, Jeunesse, Femme/OEV/PVVIH, Forces Armées, Transports, Travail, etc.), des vice-président du Sénat et de l'assemblée Nationale, des représentant de la société civile, des PVVIH, des confessions religieuses, du secteur privé, etc.

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

Le SE/CNLS est dirigé par un Secrétaire Exécutif, avec trois unités techniques : (1) Unité de gestion programmatique, (2) Unité de Suivi-Evaluation et de Communication, (3) Unité de gestion administrative, financière et d'appui logistique. Celles-ci ont pour tâches d'assurer des activités de planification, d'appui technique et financier, de supervision et d'assistance aux différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PNMLS.

Le Secrétaire Exécutif est également assisté par une Agence fiduciaire (une Agence Financière a été contractualisée pour se charger de la gestion financière des ressources mobilisées par le CNLS dans le cadre du PNMLS) et comprend actuellement une Unité de Gestion financière devant assurer la pérennisation du système ainsi qu'un personnel d'appoint pour les tâches administratives et d'assistance.

Enfin, le SE/CNLS est élargi aux acteurs de la société civile, aux PVVIH et aux représentants des agences impliquées dans l'exécution technique et financière du PNMLS. En sa qualité de maître d'œuvre du PNMLS, c'est le SE/CNLS qui impulse et coordonne les interactions entre le gouvernement, les personnes vivant avec le VIH, le secteur privé et la société civile pour mettre en œuvre les stratégies/les programmes de riposte au VIH et au SIDA. A cet effet, le CNLS a – dès sa création – mis en place un cadre de concertation réunissant l'Etat du Sénégal, les bailleurs de fonds et la société civile, ce qui a permis une meilleure articulation des interventions des parties prenantes au PNMLS. C'est ainsi que le Forum des partenaires et le CCM Sénégal offrent des cadres privilégiés de concertation des acteurs et partenaires.

La société civile joue un rôle important dans la planification et dans la mise en œuvre de la lutte. 35% du budget national de lutte contre le VIH est consacré aux activités à réaliser par la société civile.

Le SE/CNLS se réunit une fois par semaine pour les besoins de coordination interne et autant de fois que nécessaire, sur initiative du Secrétaire Exécutif ou de façon informelle entre les responsables de programmes qui entretiennent des échanges permanents pour examiner des questions ponctuelles.

Une réunion mensuelle en session élargie aux points focaux des secteurs est organisé par le SE/CNLS.

Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) est représenté au niveau décentralisé par les Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS) au niveau régional, les Comités Départementaux de Lutte contre le SIDA (CDLS) au niveau départemental et les Comités Locaux de Lutte contre le SIDA (CLLS) au niveau communautaire. Ces instances multisectorielles, présidées par le gouverneur au niveau régional, le préfet au niveau départemental et le sous préfet au niveau communautaire assurent la coordination de lutte au niveau décentralisé et disposent chacune d'un Comité Technique Restreint qui est son bras technique.

Création de comités intra sectoriels de Lutte contre le Sida au sein des Ministères publics

Tous les ministères coordonnant les secteurs les plus vulnérables à l'infection VIH sont éligibles : il s'agit des ministères en charge de la santé, des jeunes, des femmes, des forces de sécurité, des élèves et étudiants, des travailleurs, des collectivités locales et du secteur transport. Chaque secteur public a un rôle :

- Mettre en place et rendre fonctionnel un Comité Interne de Lutte Contre le Sida pour la coordination des activités de lutte contre le Sida
- Définir ses priorités d'action dans son Plan Sectoriel
- De mobiliser les ressources requises pour la mise en œuvre avec un accent mis sur le besoin d'inscrire dans son budget un chapitre consacré au programme de lutte contre le Sida
- Veiller au suivi et à l'évaluation tous les ans des indicateurs de performance et les résultats attendus de son Plan Sectoriel

1.2.1.3. Engagement financier de l'état

L'engagement financier de l'état sénégalais s'est poursuivi par la mobilisation de la contrepartie étatique dans le cadre des accords avec les bailleurs de fonds dans certains projets, l'assurance de la gratuité des ARV sur le territoire mais aussi par des inscriptions budgétaires destinées à la lutte contre le Sida pour certains Ministères.

Contrepartie étatique pour le fonctionnement (Coûts opérationnels) du Secrétariat Exécutif du CNLS : L'Etat sénégalais assure la mise à disposition de la contrepartie étatique pour les coûts opérationnels du SE/CNLS conformément aux protocoles d'accord avec les

bailleurs dans le cadre des projets IDA Banque Mondiale et du Fonds Mondial. A titre d'exemple , 335 000 000 F CFA pour l'année 2006 et 725 000 000 F CFA pour l'année 2007 en plus d'un engagement de 200 000 000 F CFA pour la construction du Siège du SE/CNLS

Gratuité des Antirétroviraux (ARV) pour les PVVIH

Au Sénégal, l'appui politique dans la lutte contre le VIH/SIDA s'est aussi manifesté entre autres, par la gratuité des Antirétroviraux (ARV) pour le traitement des PVVIH.

A partir de 2003, le passage à l'échelle dans le cadre de la décentralisation de la prise en charge avec les ARV dans l'ensemble des 11 régions a été fortement favorisé par la décision du Gouvernement de rendre gratuit le dépistage du VIH et le traitement par les ARV. Les efforts de décentralisation déjà entrepris par le Gouvernement du Sénégal ont été renforcés dans le cadre de sa participation à l'Initiative «3 by 5» de l'OMS, avec un objectif d'atteindre 6000 patients sous ARV en fin 2006.

Inscription budgétaire dans le budget global des Ministères publics

L'engagement politique de l'état sénégalais dans la lutte contre le Sida s'est aussi manifesté par la mobilisation accrue du budget de l'Etat pour faciliter la mise en œuvre des interventions au sein des Ministères publics. Six sur les sept ministères clés ont inscrit une ligne budgétaire en 2007 pour appuyer la lutte contre le Sida.

1.2.2. Au plan programmatique

La réponse à l'épidémie du SIDA au Sénégal a été précoce. Dès le dépistage des premiers cas de SIDA en 1986, les autorités ont mis en place le Comité de lutte contre le SIDA. La période 2006 et 2006 a été une étape charnière marquant la fin du plan quinquennal 2002-2006 et le début du plan quinquennal 2007-2011.

Les principes majeurs du plan stratégique 2002-2006 reposaient sur la déconcentration, la décentralisation, la multisectorialité, le respect et l'équité des droits des personnes vivants avec le VIH (PVVIH), ainsi que l'engagement du Gouvernement, des leaders politiques, religieux et communautaires.

La mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le SIDA 2002-2006 était articulé sur les quatre composantes stratégiques suivantes : la prévention, la prise en charge médicale et psychosociale, le Suivi - Evaluation, la gestion - coordination.

Dans le cadre du plan stratégique de lutte contre le SIDA (PSLS) 2007-2011, le Sénégal vise la réduction de la vulnérabilité liée au VIH, de la transmission du VIH et de l'impact du SIDA par une offre de service de qualité. Ainsi la séroprévalence dans la population générale et en particulier dans les groupes vulnérable sera maîtrisée. Le pourcentage d'enfants infectés nées de mère séropositive sera réduit. La survie des PVVIH pris en charge par ARV sera significativement accrue ; la qualité de vie des orphelins et enfants vulnérables ainsi que celle des PVVIH sera considérablement améliorée. La réponse nationale multisectorielle décentralisée, coordonnée et adaptée à la situation du VIH/SIDA sera adéquate.

Les principes directeurs qui guident la réponse à l'épidémie du VIH au Sénégal durant la période 2007 – 2011 sont les suivantes :

- le respect de l'équité dans l'accès aux interventions ;

- l'accès aux services de soins et de prévention pour les groupes vulnérables ;
- le respect de l'éthique et le recours aux approches de protection des droits humains ;
- le bannissement de toute exclusion et/ou stigmatisation en direction des PVVIH, des orphelins ou des autres groupes vulnérables ;
- la prise en compte du genre dans les cadres de décision, de mise en œuvre et dans le ciblage des interventions ;
- le renforcement du leadership national et local ;
- la décentralisation des interventions vers les zones rurales ;
- le Respect des mandats et fonctions en insistant sur la distinction entre les structures de décision, de coordination et de mise en œuvre ;
- le Respect du « Three Ones ».

Les cibles Prioritaires : l'analyse de la situation épidémiologique et de la vulnérabilité a conduit à retenir les cibles prioritaires suivantes :

- Les populations clés les plus exposées au risque d'infection :
 - o les Travailleuses du sexe (TS) ;
 - o les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) ;
 - o Les Hommes et Femmes avec des IST
- les populations clés exposées au risque d'infection à VIH :
 - o les jeunes et les adolescents de « 15 à 24 ans »
 - o les femmes de « 25 à 49 ans »
 - o groupes mobiles (des hommes en uniforme, des réfugiés, migrants, travailleurs saisonniers, pêcheurs etc.) ;
 - o les populations fréquentant les zones touristiques
 - o les personnes exerçant les petits métiers de ville (travailleurs du secteur informel, commerçants, restaurateurs/restauratrices, dockers, agents de contrôle, domestiques et autres personnels de maison)
 - o les détenus.
- les PVVIH ; les Femmes
- les Orphelins et Enfants Vulnérables

Ce PSLS 2007-2011 s'est fixé différents objectifs stratégiques qui s'inscrivent dans la suite logique des exercices de planification pour le développement menés depuis toujours par le Sénégal. En effet, le Sénégal a, dès la fin des années 1990, intégré la question du VIH/SIDA dans ses programmes de développement. C'est ainsi qu'actuellement, la lutte contre le SIDA figure parmi les objectifs stratégiques des différents programmes de planification de développement du Sénégal, parmi lesquels : le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2002-2015, le Plan de Développement pour l'Éducation et la Formation (PDEF) 2000-2010. La question du VIH/SIDA est également prise en compte dans les exercices de planification locaux, tels que les Plans Régionaux de Développement Intégré (PRDI).

Le Plan stratégique s'inscrit aussi dans le contexte sous régional et international et se veut une modalité contributive à la mise en œuvre et à la réalisation des objectifs souscrits dans le cadre des engagements internationaux. En ce sens, il prend en compte les objectifs du millénaire pour le développement, les recommandations de l'Assemblée Générale des Nations Unies pour le SIDA et le NEPAD. En outre, ce plan intègre les priorités définies au niveau régional dans le cadre notamment de la Déclaration d'Abuja, de la Déclaration de Brazzaville sur l'Accès universel à la prévention, aux soins et aux traitements, de la résolution RC55/AFR5 du Comité Régional pour l'Afrique sur l'accélération de la prévention du VIH/SIDA et l'initiative conjointe des Agences des Nations Unies pour l'accélération de la prévention du VIH/SIDA.

1.3. Aperçu des indicateurs UNGASS (Tableau II)

Indicateur 1 : Dépenses consacrées au VIH

Durant la période 2006-2007, 14 567 081 497 F CFA sont dépensés dans la lutte contre le VIH/Sida, avec 6 229 815 108 F CFA en 2006 contre 8 337 266 389 en 2007. La répartition de ces dépenses en fonction des partenaires est consignée au tableau suivant. 51,5% des dépenses en 2006 et 52,2% en 2007 constituent la subvention des partenaires internationaux. La Banque Mondiale et le Fonds Mondial qui sont les principaux partenaires du CNLS par leur appui direct ont assuré 42% des dépenses totales en 2006 et 38,1% en 2007 avec respectivement 23% et 18,9% pour la BM et le FM.

Pour le CNLS, les fonds dépensés s'élèvent à 2 606 046 248 F CFA en 2006 et 3 176 918 545 F CFA en 2007 soit respectivement 41,8% et 38,1% des dépenses totales. Les dépenses liées au fonctionnement s'élèvent en 946 655 390 F CFA en 2006 et 1 203 694 313 F CFA soit respectivement 9,9% et 7,3% des dépenses.

L'USAID constitue le principal partenaire qui finance la lutte contre le Sida au Sénégal avec 1 947 607 890 F CFA en 2006 et 2 237 500 000 F CFA en 2007 soit respectivement 31,3% et 26,8% des dépenses.

Indicateur 3 : Sécurité transfusionnelle

Au total, 43 705 dons de sang ont été testés pour le VIH selon les procédures normalisées. Cependant, seuls 34 207 (78,32%) sont testés selon les procédures d'assurance qualité telles que définies dans l'exercice UNGASS. Cependant, il est utile de rappeler que depuis 1986, le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est systématique dans toutes les banques de sang du Sénégal et actuellement 100% des dons de sang sont testés pour le VIH, les virus de l'hépatite B et C afin de sécuriser la transfusion (Rapport CNTS, 2007)

Indicateur 4 : Traitement du VIH

Les données de 2006 ne permettent pas une répartition par sexe et par tranche d'âge. Les dénominateurs sont obtenus avec les résultats d'Estimation et de Projection à partir des logiciels EPP et SPECTRUM de l'ONUSIDA. En 2006, Le pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH à un stade avancé recevant une thérapie antirétrovirale est de 61,7%. En 2007, ce pourcentage a augmenté et atteint les 64%. Les femmes qui sont plus infectées que les hommes sont à 74,6% à être mis sous thérapie ARV contre 49,7% pour les hommes. La prise en charge des enfants qui a pris un grand élan en 2007 avec une

meilleure structuration et un renforcement de capacité des prestataires a permis de mettre 44,4% des enfants sous ARV (Rapport provisoire DLSI, 2007).

Indicateur 5 : Prévention de la transmission mère - enfant

Le pourcentage de Femmes Enceintes dépistées séropositives au VIH qui reçoivent une prophylaxie par ARV pour réduire la Transmission de la Mère à l'enfant (TME) est passé de 50% en 2006 à 65% en 2007, de même la prophylaxie chez les nouveaux nés de mères séropositives est passé de 22% à 44% (Rapport provisoire DLSI, 2007).

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

Les données concernant le traitement concomitant TB/VIH ne sont pas exhaustives pour l'ensemble des régions mais montrent une proportion de 14,7% dans 5 des 11 régions (Rapport provisoire DLSI, 2007).

Indicateur 7 : Dépistage du VIH parmi la population générale

Selon les résultats de l'EDS IV 2005, 1,1% de la population enquêtee avaient effectué le test de dépistage du VIH et en ont reçu les résultats au cours des 12 derniers mois. Les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes à avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédant l'enquête : 5% contre 3% pour les femmes. Globalement, 1,5% d'hommes contre 1% de femmes avaient effectué un test et ont eu connaissance des résultats. Le pourcentage de la population ayant effectué un test de dépistage et qui en connaît les résultats augmente légèrement en fonction de la tranche d'âge avec : 0,7% pour les 15-19 ans, 0,8% pour les 20-24 ans et 1,4% pour les 25-49 ans (EDS IV, 2005).

Cependant, d'importants progrès ont été réalisés dans le dépistage de la population générale en 2007. En effet, le nombre de personnes dépistées en 2006 et 2007 est passé respectivement de 94 704 à 93 055. Et plus de 80% de ces personnes dépistées connaissent leurs résultats.

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

Au Sénégal, la prostitution est légalisée et toute TS doit être enregistrée au fichier sanitaire de la prostitution et doit régulièrement faire un bilan de suivi. Ainsi, le fait d'être enregistrée favorise une démarche volontaire. Globalement, 69,8% des TS sont dépistées et connaissent les résultats. Ce pourcentage augmente très sensible avec l'âge : 36,2% pour les TS qui ont moins de 25 ans à 74% pour celles qui ont plus de 25 ans.

Il est à noter que parmi les 612 travailleuses du sexe qui ont subi le test VIH, seules 427 ont répondu à la question de connaissance des résultats. Ce qui fait que 185 TS n'ont pas précisé si elles ont reçu ou non leur résultat (ENSC, 2006).

Indicateur 9 : Populations les plus à risque : Programmes de prévention - Professionnelles du sexe (données non disponibles).

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

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

réponses concernent la période des 30 derniers jours (Analyse Situationnelles sur les OEV, 2007).

Indicateur 11 : Enseignement des compétences psychosociales à l'école
(Données non disponibles)

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

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

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

La connaissance des moyens de prévention appropriés est essentielle pour se protéger de l'infection. La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection à VIH. Les données montrent que 88% des jeunes ont déclaré que la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom dans 71,1% pouvait réduire les risques de contracter le VIH/sida.

Par rapport à la question qu'une personne qui paraît en bonne santé puisse être infectée, un plus de la moitié (57,2%) des jeunes ont répondu correctement à la question.

Malgré une bonne connaissance des moyens de prévention, il y a toujours une persistance de fausses croyances. En effet, seuls 38,2% des jeunes rejettent que la piqûre de moustique pouvait transmettre le virus. Ceci est notable plus chez les jeunes hommes (41,7%) que chez les jeunes femmes (37,4%) mais aussi ce constat est fait plus chez les plus âgés 20-24 ans (39,1%) que chez les plus jeunes de 15-24 ans (37,4%).

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

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

Les TS ont un taux de connaissance correct de 41%. Les plus de 25 ans ont une connaissance plus exacte que celles de moins de 25 ans qui sont à 20,3% (ENSC, 2006).

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

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

Indicateurs 16 : Rapports sexuels à haut risque

La proportion de personnes qui ont des rapports sexuels avec plus d'un partenaire homme ou femme est relativement faible avec 7,7%. C'est cette tranche de population qui court plus de risque de se contaminer et de contaminer les autres. Les hommes sont de loin les plus concernés par le multipartenariat. 24,8% des hommes enquêtés ont eu plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois alors que seules 3,8% des femmes ont eu plus d'un partenaire pour la même période. Les jeunes de 20-24 ans pratiquent plus le multipartenariat et sont à 11% par rapport aux plus jeunes de 15-19 ans avec 7,3% et aux adultes de plus de 24 ans qui sont à 6,8% (EDS IV, 2005).

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

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

Indicateurs 18 : Utilisation du préservatif chez les Professionnelles du sexe

Au cours de cette enquête deux questions ont été posées : Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel avec votre dernier ANCIEN client? Et la même question avec le dernier client? Les résultats reportés concernent la première question avec le dernier ancien client et le taux d'utilisation de préservatif avec cet ancien client est de 96,5%. Pour la deuxième question avec le dernier nouveau client : sur 591 travailleuses du sexe interrogées, 584 (soit 98,8%) avaient utilisé un préservatif. Les moins de 25 ans (67 TS) étaient à 95,5% d'utilisation du préservatif contre 99,2% chez les TS supérieures à 25 ans qui étaient au nombre de 524 répondant à cette question (ENSC, 2006).

Indicateurs 19 : Utilisation du préservatif chez les HSH

L'utilisation du préservatif chez les HSH est faible avec 55,3% lors des rapports insertifs avec un homme. La répartition en fonction de l'âge n'a pu se faire (Wade et al.).

Indicateurs 20 : Réduction de la prévalence

Ces résultats publiés en 2006, montrent une prévalence de 1,4% chez les jeunes femmes enceintes. La répartition en fonction de la tranche d'âge n'a pas été reportée (BE, 2006).

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

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

Chez les HSH, 442 sur les 463 HSH ont été testés pour le VIH. La prévalence obtenue est de 21,5%. Cette prévalence est plus importante chez les HSH qui ont plus de 25 ans avec 28,5% que chez les moins de 25 ans avec 15,3%. Il faut dire que cette étude est entrain d'être réalisée pour la deuxième fois et les premiers résultats montrent une situation stable malgré que les caractéristiques socio-démographiques soient différentes (ENSC, 2006).

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

Le pourcentage d'adultes et d'enfants encore en vie sous traitement ARV est de 88,9%, Ce taux est beaucoup plus important chez les femmes avec 94,3% que chez les hommes qui sont à 79,5%.

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

Code	Indicateur	Statut	Valeur
Politique gouvernementale concernant la lutte contre le VIH et le sida			
1	Dépenses consacrées au sida	Finalisé	14 567 081 497 F CFA
Indicateurs programmatiques nationaux			
3	Sécurité transfusionnelle	Finalisé	78,27%
4	Traitement du VIH : Thérapie antirétrovirale - 2006	Finalisé	61,69%
4	Traitement du VIH : Thérapie antirétrovirale - 2007	Finalisé	64,01%
5	Prévention de la transmission mère-enfant - 2006	Finalisé	49,77%
5	Prévention de la transmission mère-enfant - 2007	Finalisé	65,19%
6	Prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH	Finalisé	14,69%
7	Dépistage du VIH parmi la population générale	Finalisé	1,10%
8	Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque - Professionnelles du sexe	Finalisé	69,77%
8	Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Finalisé	Pas de données disponibles
8	Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque - Consommateurs de drogues injectables	Finalisé	Non pertinent
9	Populations les plus à risque : Programmes de prévention - Professionnel(le)s du sexe	Finalisé	Pas de données
9	Populations les plus à risque : Programmes de prévention - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Finalisé	Pas de données
9	Populations les plus à risque : Programmes de prévention - CDI	Finalisé	Non pertinent
10	Soutien aux enfants affectés par le VIH et le sida	Finalisé	43,50%
11	Enseignement des compétences psychosociales à l'école	Finalisé	Pas de données
Indicateurs des connaissances et des comportements			
12	Scolarisation actuelle des orphelins âgés de 10 à 14 - Partie A	Finalisé	94,40%
12	Scolarisation actuelle des orphelins âgés de 10 à 14 - Partie B	Finalisé	75,50%
13	Jeunes : Connaissances sur la prévention du VIH	Finalisé	22,70%
14	Populations les plus à risque : Connaissances au sujet de la prévention du VIH - Professionnel(le)s du sexe	Finalisé	41,01%
14	Populations les plus à risque : Connaissances au sujet de la prévention du VIH - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Finalisé	Pas de données disponibles
14	Populations les plus à risque : Connaissances au sujet de la prévention du VIH - Consommateurs de drogues injectables	Finalisé	Non pertinent
15	Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Finalisé	10,00%
16	Rapports sexuels à haut risque	Finalisé	7,70%
17	Utilisation du préservatif au cours de rapports sexuels à haut risque	Finalisé	52,20%
18	Professionnel(le)s du sexe : Utilisation du préservatif	Finalisé	98,82%
19	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Utilisation du préservatif	Finalisé	55,29%
20	Consommateurs de drogues injectables : Utilisation du préservatif	Finalisé	Non pertinent
21	Consommateurs de drogues injectables : Pratiques d'injection sans risque	Finalisé	Non pertinent
Indicateurs d'impact			
22	Réduction de la prévalence du VIH	Finalisé	1,40%
23	Populations les plus à risque : Réduction de la prévalence du VIH - Professionnel(le)s du sexe	Finalisé	19,80%
23	Populations les plus à risque : Réduction de la prévalence du VIH - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Finalisé	21,49%
23	Populations les plus à risque : Réduction de la prévalence du VIH - CDI	Finalisé	Non pertinent
24	Traitement contre le VIH : Personnes encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale	Finalisé	88,93%

2. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH AU SÉNÉGAL

Elle est basée sur une analyse en profondeur de la prévalence du VIH au cours de la période de l'établissement du rapport de janvier 2006 à décembre 2007.

L'analyse de la prévalence à travers différentes sources montre une épidémie de type concentré. Elle est basse dans la population générale et élevée chez les populations clés les plus exposées au risque du VIH comme les TS (19,8 %) et les HSH (21,5%). La prévalence du VIH au Sénégal varie en fonction de la cible, du sexe, de l'âge et des régions.

Prévalence du VIH au niveau de la population générale :

Les résultats de l'EDS IV montrent qu'au niveau national, la prévalence globale de l'infection à VIH (tous sexes confondus) est de 0,7% et qu'elle varie en fonction de la cible, de la région, du sexe et de l'âge.

Selon le Bulletin séro-épidémiologique de surveillance du VIH paru en 2006, la prévalence moyenne du VIH chez les femmes enceintes est de 1,7%. Cette prévalence qui a toujours servi de miroir pour estimer la prévalence dans la population générale est plus élevée que celle obtenue avec l'EDS IV. Toutefois, une étude réalisée par le Laboratoire de Bactériologie du CHU Le Dantec, dans la population des femmes enceintes enquêtées dans l'EDS IV a donné des résultats similaires que ceux trouvés avec la séro-surveillance.

La faible prévalence au niveau de la population cache quelques disparités.

Féminisation de l'épidémie :

Au début de l'épidémie, on notait un ratio de deux hommes infectés pour une femme. Actuellement plus de deux femmes sont infectées pour un homme traduisant une féminisation de l'épidémie. Les femmes avec un taux de prévalence de 0,9% sont plus infectées que les hommes (0,4%). D'où un ratio Femme /Homme de 2,25 [EDS IV, 2005]. Ceci est expliqué par une vulnérabilité particulière des femmes qui est essentiellement de quatre ordres, la vulnérabilité socioculturelle liée à la sexespecificité et à l'analphabétisme, la vulnérabilité anatomique et physiologique, la vulnérabilité épidémiologique et la vulnérabilité économique).

Variations selon l'âge :

Selon l'âge, on note que la tranche d'âge de 15-19 ans le taux d'infection plus élevé chez les femmes (0,2%) que chez les hommes (0,1%) et croît plus rapidement. Les écarts de prévalence sont plus prononcés à 20-29 ans, c'est dans cette tranche d'âge que les femmes ont des taux beaucoup plus élevés que les hommes. De plus, la prévalence maximale est observée à 25-29 ans chez les femmes (1,5%) et plus tard à 35-39 ans pour les hommes (0,7%) [EDS IV, 2005].

Variations régionales :

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

Diourbel (0,1% pour les femmes et 0,0% pour les hommes) et à Thiès (0,4% pour les femmes et 0,3% pour les hommes) [EDS IV, 2005].

Prévalence du VIH au niveau des populations clés les plus exposées :

Chez les travailleuses du sexe :

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

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

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

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

Les premières données épidémiologiques sur la prévalence du VIH/SIDA chez les MSM datent de 2005, elles sont issues d'une étude réalisée en 2004 auprès de 463 HSH à Dakar et dans quatre grandes villes du pays : Kaolack, Mbour, Saint-Louis et Thiès (Wade et al, 2005). La prévalence globale du VIH est de 21,5% chez les HSH avec une forte prédominance du type VIH-1. A l'instar des travailleuses du sexe, la prévalence du VIH chez les HSH augmenterait avec l'âge. Cette prévalence est plus importante chez plus HSH qui ont plus de 25 ans avec 28,5% que chez les moins de 25% avec 15,3%. Il faut dire que cette étude est entrain d'être réalisée pour la deuxième fois et les premiers résultats montrent une situation stable malgré que les caractéristiques sociodémographiques ont changé.

3. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA

La réponse à l'épidémie du SIDA au Sénégal a été précoce. Dès le dépistage des premiers cas de SIDA en 1986, les autorités ont mis en place le Comité de lutte contre le SIDA. La mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le SIDA 2002-2006 était articulé sur les quatre composantes stratégiques suivantes : la prévention, la prise en charge médicale et psychosociale, le suivi évaluation, la gestion coordination.

3.1. Prévention

3.1.1. Prévention de la transmission sexuelle

3.1.1.1. Promotion des comportements sexuels à moindre risque

La réponse au VIH s'est manifestée par la mise en œuvre dès le début de l'épidémie d'une politique d'Information, Education et Communication (IEC) en direction des populations. Cette stratégie a facilité l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques sur la Prévention des IST/VIH/SIDA. Les interventions et stratégies mises en œuvre au cours des dernières années concernent les aspects suivants :

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

Cependant, une évaluation par les communautés de l'efficacité de leurs interventions en matière d'IEC a conduit à la mise en œuvre d'autres types d'approches visant à toucher de façon rapprochée tous les groupes sociaux et particulièrement les plus vulnérables pour un changement de comportement durable. Il s'agit de l'Approche Participative de Prévention (APP), de la Communication pour un Changement de Comportement (CCC) et de l'Intervention pour un Changement de Comportement (ICC).

Ces nouvelles options ont permis une approche globale et multisectorielle touchant toutes les sensibilités et mises en œuvre par les ministères clés et plus de 600 ONG et OCB (rapport CNLS 2006).

D'importants efforts et d'initiations ont été mis en œuvre pour mieux faire passer le message. C'est ainsi que le concept de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) qui permet de produire des messages et des approches personnalisées, utilisant une variété de canaux de communication susceptibles de favoriser un changement durable de comportement, a été initié et vulgarisé partout dans le pays. Cette approche est utilisée comme stratégie phare par l'ensemble des acteurs impliqués dans la prévention des IST/VIH/SIDA au Sénégal (Rapport FHI 2006). Elle a permis de rompre avec les messages dits traditionnels véhiculés tout au début de l'épidémie au Sénégal, le plus souvent négatifs, axés sur la peur et associant le SIDA à la mort. A la place, des messages cohérents, qui communiquent un avantage significatif de préservation de la santé, qui créent la confiance et qui incitent à l'action ont été élaborés.

Les interventions pour un changement de comportement ont été pour les années 2006 et 2007 très développées. En effet, les résultats des enquêtes ont montré un bon niveau de connaissances en particulier chez les jeunes. La connaissance des moyens de prévention appropriés est essentielle pour se protéger de l'infection. La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection à VIH. Les données de l'EDS4 montrent

que 88% des jeunes ont déclaré que la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom dans 71,1% pouvait réduire les risques de contracter le VIH/sida.

Malgré une bonne connaissance des moyens de prévention, il y a toujours une persistance de fausses croyances. En effet, seuls 38,2% des jeunes rejettent que la piqûre de moustique pouvait transmettre le virus. Ceci est notable plus chez les jeunes hommes (41,7%) que chez les jeunes femmes (37,4%) mais aussi ce constat est fait plus chez les plus âgés 20-24 ans (39,1%) que chez les plus jeunes de 15-24 ans (37,4%). Globalement seul, 22,7% des jeunes ont une connaissance correcte sur le VIH [EDS IV, 2005]. Ceci est également noté chez les populations clés les plus exposées au risque du VIH comme les TS qui sont à 43% de connaissance correcte (ENSC, 2006).

Ceci a influé sur la promotion de stratégies rapprochées de communication comme les causeries qui fait intervenir une cible restreinte, identique avec des informations ciblées. Ainsi, le nombre de causeries organisées durant la période est très important.

A ce titre, le CNLS, avec le crédit IDA/BM a financé 427 OCB/GIE qui permis la formation de 3 121 relais pour les activités IEC/CCC, 315 relais pour la prévention de la transmission sanguine et 60 relais pour l'accompagnement soutien. Ceci a permis de réaliser 26 596 causeries qui ont permis de toucher plus de 590 000 personnes sur la prévention de la transmission sexuelle, lors des activités de proximité.

L'analyse de la couverture des différents groupes ciblés par les interventions dans cette composante montre une bonne couverture de l'ensemble des cibles prioritaires du PSLS 2007-2011. Le monde du travail (les syndicats, le secteur privé informel et formel), les travailleuses du sexe clandestines, les HSH, les populations mobiles (saisonniers et pêcheurs) ont également été ciblés par les interventions. Aussi, des syndicats de travailleurs ont mené des activités de plaidoyer, de renforcement de capacité et de sensibilisation au niveau de leur entreprise et du personnel permettant de toucher 8000 personnes et impulser une véritable prise de conscience dans le milieu du travail.

De plus en plus, les populations clés les plus exposées aux VIH sont ciblées par la société civile comme ENDA SANTE, AWA, ANCS, Sida Service, FHI, FAFS, etc. A titre d'exemple, le tableau ci-dessous montre les réalisations menées dans la stratégies CCC pour ces groupes cibles (Rapport FHI, 2007). Le tableau III montre la répartition des causeries en fonction des partenaires et le nombre de personnes bénéficiaires.

Tableau III : Principales réalisations dans la stratégie CCC

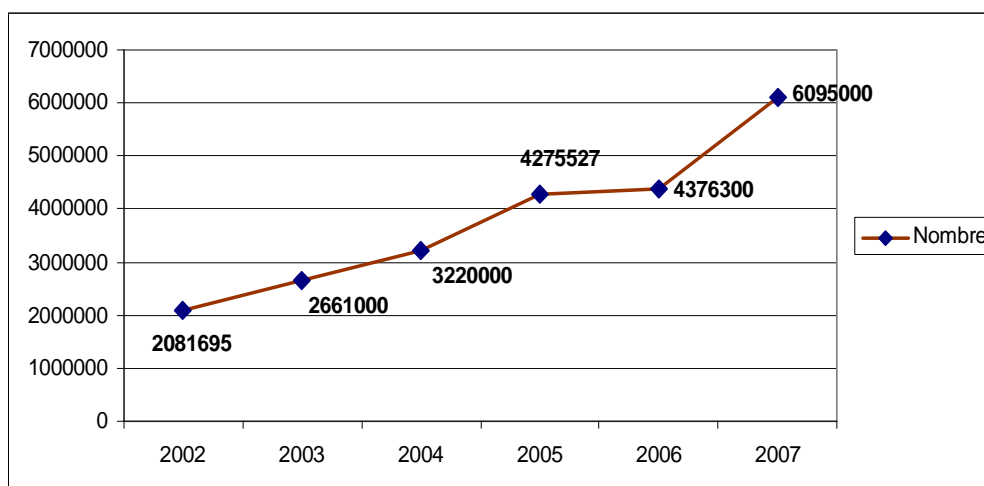
Cibles	Pairs éducateurs / relais formés	Personnes touchées (Effectifs)			Partenaires
		Hommes	Femmes	Total	
Population Générale					
Zones Front.	85	2 983	5 351	8 334	ANCS
Promo CDV	12	5 378	12 151	17 529	ANCS et Sida Service
Femmes	-	-	3 206	3 206	FAFS
Sous-total	97	8 361	20 708	29 069	
Groupes à haut risque					
HSH	5	1 162		1 162	DLSI
Mobiles	150	13 576	6 788	20 364	ENDA GRAF
TS	align="center">218	align="center">2 843	6 187	align="center">11 721	AWA et ENDA SANTE
			2 691		DLSI
Sous-total	373	17 581	15 666	33 247	
TOTAL	470	25 942	36 374	62 316	

Par rapport à la sexualité des jeunes, il est apparu selon des résultats de l'EDS 4, que 10% des jeunes de 15-24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Dans l'ensemble 9,4 % des femmes de 15-24 ans avaient déjà eu des rapports sexuels à 15 ans ; chez les hommes de même âge, la proportion correspondante est plus élevée (12,4 %). Cette proportion varie peu selon l'âge : de 9,9 % des jeunes filles et garçons âgés de 15-19 ans, elle passe respectivement à 10,1% pour dans le groupe 20-24 ans.

3.1.1.2. La promotion à l'utilisation du préservatif

Au Sénégal, la politique de prévention contre les IST et VIH accorde une importance majeure à la mise à disposition de quantités suffisantes en préservatifs à tous les niveaux autant dans le secteur public que privé. De 500.000 préservatifs masculins distribués au début de la lutte, la quantité annuelle se chiffre à environ 11.500.000 par an et un objectif de 14.000.000 préservatifs à distribuer par an à l'horizon 2011 à travers la DLSI/MSP, la Division de la Santé de la Reproduction /FNUAP et du Projet de Marketing social des Préservatifs CNLS/ADEMAs –KFW (Coopération Allemande)

La situation actuelle montre une bonne évolution de la distribution gratuite de préservatifs masculins depuis 2002 jusqu'en fin 2007. Le graphique 2 montre l'évolution de la distribution de préservatifs masculins au cours des six dernières années avec une augmentation plus accrue pour la période 2006-2007 [Wade, Comité Interne, janvier 2008).



Graphique 2 : Evolution de la distribution de Préservatifs masculins par la DLSI

Pour les préservatifs féminins, il faut dire que sa promotion n'a démarré que récemment avec une évolution de distribution très timide.

Le tableau IV montre l'évolution des préservatifs distribués entre 2006 et 2007 en fonction du partenaire.

Tableau IV : Préservatifs masculins et féminins distribués en 2006 et 2007

ANNEES		SOURCES				TOTAL
		DLSI	FNUAP	ADEMAS	FAFS	
2006	Préservatifs masculins	4 376 300				4 376 300
	Préservatifs féminins	177 711				177 711
2007	Préservatifs masculins	6 095 000		4 421 958		10 516 958
	Préservatifs féminins	124 840		Projet débutant	1 591	126 431

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

La prise en charge des IST est coordonnée par le Ministère de la Santé avec l'appui technique et financier des partenaires bilatéraux et multilatéraux. Plusieurs axes d'interventions sont ainsi menés dans le cadre du programme IST :

- L'adoption de l'approche syndromique : cette stratégie a permis de renforcer l'intégration des services de prise en charge des IST aux Soins de Santé Primaires. Il s'agit d'une approche qui consiste à standardiser les pratiques pour une meilleure prise en charge des patients IST dès leur premier contact avec un personnel de santé. L'approche utilise des algorithmes nationaux.
- Le dépistage sérologique de la syphilis : les recommandations officielles du Service National de Santé de la Reproduction sont d'effectuer une sérologie syphilitique

chez toute femme enceinte, lors de la première visite dans les consultations prénatales (CPN). Avec l'appui des partenaires, il y a eu une décentralisation du dépistage prénatal de la syphilis jusqu' au niveau postes de santé pour le rendre plus accessible (exemple 36 parmi les 45 postes des régions d'intervention de FHI ont offert en 2007 le dépistage de la syphilis).

Résultats

Les principaux résultats du programme de contrôle des IST enregistrés sont :

- l'intégration de la prise en charge syndromique des IST dans 58 districts
- le renforcement des capacités de diagnostic avec l'équipement de 45 postes de santé pour le dépistage de la syphilis et de 30 laboratoires de districts pour le diagnostic des IST.
- le renforcement du suivi médico-social des Travailleuses du Sexe inscrites au niveau de 16 centres IST (2691 TS suivies en 2007).

Contraintes

Les problèmes identifiés concernent :

- L'insuffisance des cycles de recyclage / formation depuis 2004 comparativement au renouvellement et à la mobilité du personnel sanitaire
- Non intégration de l'approche syndromique dans tous les curricula de formation
- Enquête sur la qualité de la prise en charge des IST (ancien IP6 et 7) non réalisée depuis 2000
- Le système d'information note une faiblesse de la gestion des données sur les IST. Faiblesse en partie liée au SIG du Ministère de la santé qui n'est pas très fonctionnel
- Non réalisation d'études sur la résistance des germes aux antibiotiques

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

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

Au Sénégal, la prostitution est tolérée et réglementée depuis 1969¹ et régie par une réglementation (Ndoye, 1995²). Un ensemble de texte organise la lutte contre les IST et la prostitution. La loi oblige l'inscription des travailleuses du sexe dans un fichier sanitaire et social tenu à jour par les autorités sanitaires, le contrôle et la prise en charge des IST chez les personnes qui se livrent publiquement à la prostitution.

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

² Ndoye, I. – 1995. *La prostitution au Sénégal*. Dakar, Sénégal.

L'exercice de la prostitution est autorisé pour les femmes âgées de 21 ans et plus, qui sont inscrites dans le registre sanitaire et social.

Chez les professionnelles du sexe, les données disponibles portent d'abord sur celles qui sont inscrites au registre sanitaire et social de la prostitution – et donc celles qui sont suivies dans les centres IST.

Un guide a été élaboré pour harmoniser et standardiser la prise en charge des TS pour les prestataires de soins qui oeuvrent dans ce domaine.

Les interventions

Les interventions de prise en charge des IST chez les prostituées se fait au niveau des centres de référence qui existe au niveau national et régional.

Le niveau national a pour vocation de prendre en charge les TS référée par le niveau régional, de former, de superviser et de coordonner les activités à tous les niveaux.

Le niveau régional s'occupe du suivi des TS qu'elles soient inscrites ou non au fichier afin de favoriser l'accès aux soins pour les prostituées qui n'ont pas choisi de s'inscrire au fichier.

Il faut souligner l'originalité de la clinique mobile de ENDA à THIES qui permet de suivre les Travailleuses du sexe clandestines (en 2007, 173 TSC suivies, 207 cas d'IST diagnostiqués et 158 testées au VIH/référence Rapport FHI-2007) mais aussi de l'approche de proximité dans les bars et autres lieux de rencontre des TS associée à une distribution discrète de préservatifs (AWA, ENDA etc.)

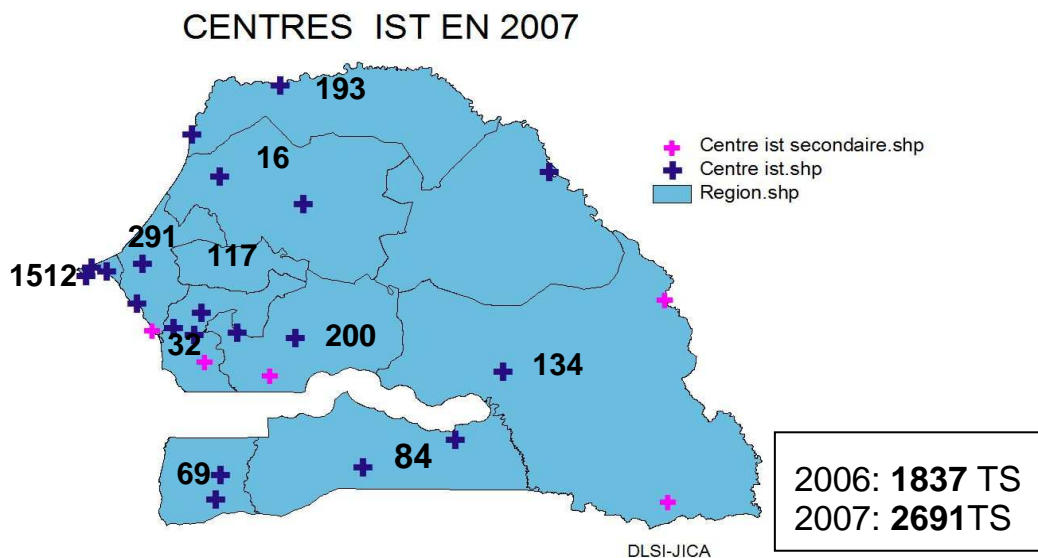
Résultats

Chaque région est dotée d'au moins un centre IST ; certaines régions susceptibles d'abriter une population importante de travailleuses du sexe ont plusieurs centres.

Au total, en 2007, 25 centres IST fonctionnels dont 16 centres de référence existent. Ces centres qui souffraient de fonctionnalité, ont été redynamisés au cours de la période 2006-2007 avec des supervisions régulières et un appui en équipement.

Ceci a permis d'augmenter le nombre de TS suivies de 1837 en 2006 à 2691 en 2007 (DLSI, Comité Interne de lutte contre le SIDA, 4/1/2008). Le graphique 3 montre la distribution des TS prises en charge au cours de l'année 2007.

Prés de 750 exemplaires du guide de suivi médico-social des TS ont été reproduits et distribués en 2007.



Graphique 3 : Répartitions des TS suivies dans les centres IST

Contraintes

Parmi les contraintes, il est noté une faible fréquentation des structures par les TS clandestines. Il a été signalé par ailleurs la stigmatisation au niveau des centres IST.

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

En ce qui concerne les interventions en direction des HSH, elles sont relativement récentes au Sénégal. En effet, depuis toujours, les HSH y sont victimes d'une stigmatisation de la part de la société en général, qui adopte des attitudes de désaveu et de rejet formel vis-à-vis du comportement homosexuel – pouvant même se traduire par la violence (*Niang et al., 2002*³). Mais dès les années 1950, Crowder (*1956, cité par Niang et al., 2002*) a décrit son existence dans la société sénégalaise, pour conclure que le phénomène y est bien ancré.

Depuis le début des années 2000, avec la conduite des premières études socio-anthropologiques sur les HSH au Sénégal, le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) reconnaît l'importance de la prise en compte de ce groupe particulièrement à haut risque dans la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA.

D'importants efforts sont entrain d'être déployés pour une prise en charge de groupe très spécifiques dans le contexte d'un pays comme le Sénégal.

³ Niang, I., C., Diagne, M., Niang, Y., Moreau, A., M., et al. – 2002. *Satisfaire aux besoins de santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal*. ISE/UCAD-CNLS-Horizons Program/Population Council. Septembre 2002, 23 p.

L'étude de 2004 avait montré une forte prévalence du VIH de 21,5% et des IST avec 4,8 pour la Syphilis, 4,1% pour le Gonocoque, 5,4% pour Chlamydia, l'existence de facteurs de risque importants comme la Bisexualité qui est à 95%.

Un guide a été élaboré pour harmoniser la prise en charge des HSH.

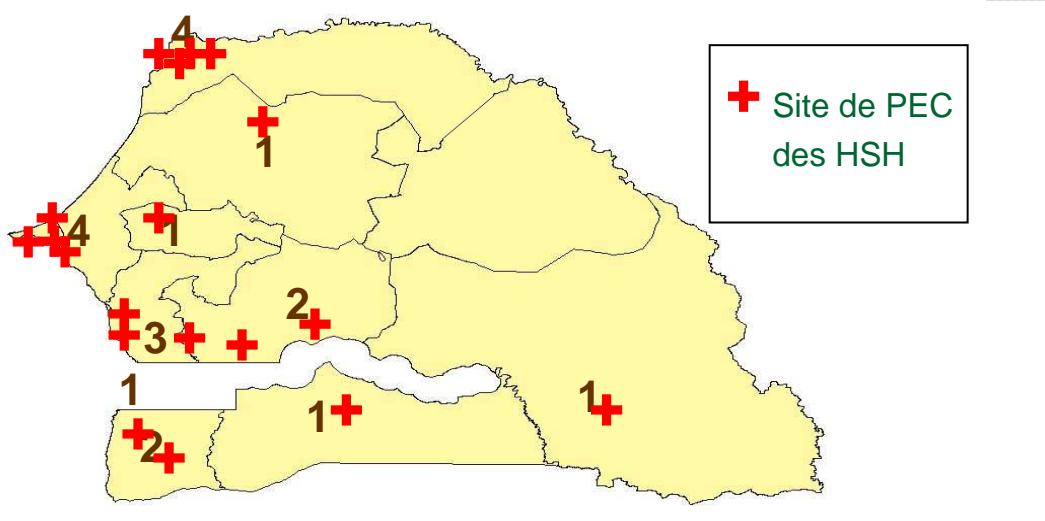
Le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS) reconnaît l'importance de la prise en compte de ce groupe spécifique dans la prévention et la prise en charge des IST et de l'infection à VIH et d'importants efforts sont entrain d'être déployés pour répondre aux besoins spécifiques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

Les principaux axes d'intervention sont :

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

Evolution des sites de prise en charge des HSH

Des services de prise en charge des IST/VIH chez les HSH sont entrain d'être intégrés dans les services de santé. Ainsi, les sites de prise en charge sont passés de 9 sites en 2005 à 12 sites en 2006 et 18 sites en 2007 (**Graphique 4**) soit une augmentation de 50% du nombre de sites entre 2005 et 2007. Seule une région sur les onze n'a pas été couverte.



Graphique 4 : Distribution des sites de PEC des HSH

Résultats

1548 HSH suivis en 2007 au niveau de 18 sites dont 153 PVVIH = 10 % (9,88 % des HSH suivis). Parmi ces derniers, 71 sous ARV (soit 46,4 % des HSH vivant avec le VIH).

En plus, ces derniers sont organisés en association et un important programme de sensibilisation et de prise en charge leur est offert aussi bien par les services publics que les Organisations de la société civile.

Implication de médiateurs santé au niveau des structures de prise en charge dans l'accompagnement soutien de pairs HSH.

Contraintes :

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

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

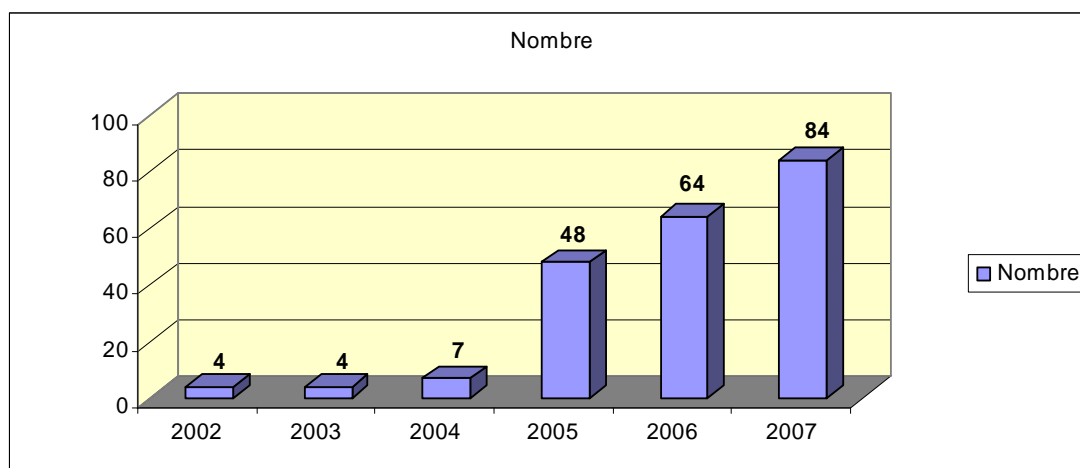
Le programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH s'était fixé comme objectif de rendre plus accessible le dépistage du VIH chez femmes enceintes lors des consultations prénatales, de diminuer significativement les nouvelles infections des nouveaux-nés de mères séropositives grâce à un traitement préventif ARV et une alimentation allaitement artificiel. Ce programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME) mis en œuvre dans 3 sites pilotes à Dakar en 2000-2002 a été décentralisé dans les 11 régions depuis 2005. Les interventions ont concerné :

- la promotion du dépistage volontaire chez les femmes en âge de procréer ;
- l'intégration du volet Prévention TME dans les programmes de santé (santé reproductive, programme nutrition etc.) ;
- le renforcement de la prise en charge médicale et psychosociale des femmes enceintes, des nouveaux nés de mères VIH+ et de la cellule familiale.
- le renforcement de la prise en charge médicale et psychosociale des femmes enceintes, des nouveaux nés de mères VIH+ et de la cellule familiale.

Pour assurer la qualité des services, un document de politique nationale sur la PTME est élaboré et sa diffusion faite en 2006.

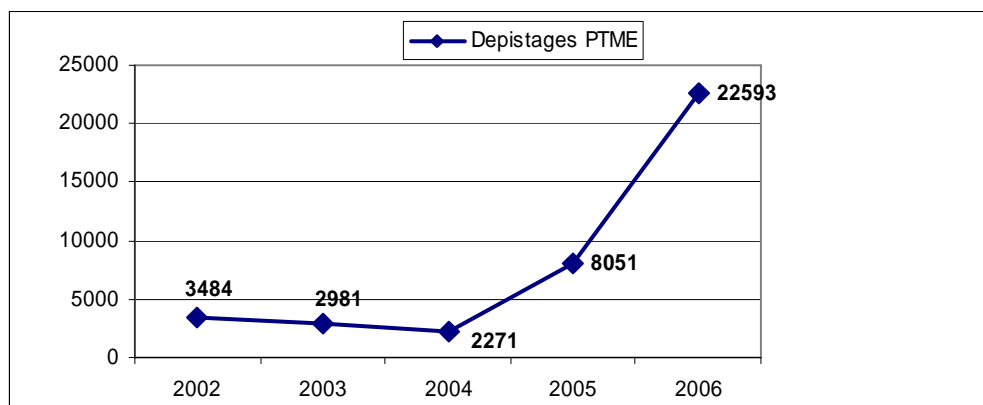
De même des documents de formations et des outils de gestions ont été élaborés pour le renforcement de capacité des prestataires. Ainsi, plus de 685 prestataires de santé ont été formés sur la PTME au cours de l'année 2007 (Rapport DLSI, FM)

Les résultats de ce programme montrent une augmentation des sites de prévention de la PTME qui sont passés de 64 sites en 2006 à 84 sites en 2007 (**Graphique 4**).



Graphique 4 : Evolution des sites de PTME

Cette augmentation du nombre de sites est également suivie de l'augmentation du nombre de femmes enceintes bénéficiaires (**Graphique 5**).



Graphique 5 : Evolution du dépistage chez les femmes enceintes

Malgré une augmentation notoire du nombre de femmes enceintes dépistées, l'objectif annuel de dépister 85 773 femmes enceintes est loin d'être atteint en 2007 puisque les données enregistrées jusqu'à la fin du 3^e trimestre ne donnent que de 30 924, soit 44% de l'objectif (**Tableau V**).

Tableau V : Rappelons les chiffres de femmes enceintes dépistées de 2002 à 2007

ANNEES	Chiffres	Objectif national	% par rapport à l'objectif national
2002	3 484		
2003	2 901		
2004	2 271		
2005	8 051		
2006	22 598		

2007	30 924	85 773	44%
------	--------	--------	-----

L'insuffisance des performances dans la stratégie de PTME est essentiellement due à la déperdition enregistrée partout au Sénégal entre les propositions de tests, l'acceptation et la réalisation effective du fait du faible pouvoir de décision des femmes par rapport au test. La demande de permission adressée aux maris semble être un frein pour le dépistage chez les femmes enceintes.

Par ailleurs le pourcentage de Femmes Enceintes dépistées séropositives au VIH qui reçoivent une prophylaxie par ARV pour réduire la Transmission de la Mère à l'enfant (TME) est passé de 50% en 2006 à 65% en 2007, de même la prophylaxie chez les nouveaux nés de mères séropositives est passé de 22% à 44% (Rapport PTME, 2007).

Contraintes

- La non disponibilité du test de dépistage au niveau de tous les postes de santé
- La non systématisation de la proposition du test en consultation prénatale
- En 2007, une revue du programme PTME a été faite et avait identifié un certain nombre de difficultés dont l'approche classique (opt-in) de counseling pré-dépistage qui consiste à obtenir le consentement de la cliente à la suite d'un conseil pré-dépistage et avait proposé l'approche opt-out qui est le conseil-dépistage initié par le prestataire pour le passage à l'échelle.

3.1.3. Prévention de la transmission sanguine

3.1.3.1. Sécurité transfusionnelle

Depuis 1986, le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est systématique dans toutes les banques de sang du Sénégal.

Le programme a atteint son objectif de dépister 100% des dons de sang pour VIH, des virus de l'hépatite B et C afin de sécuriser la transfusion. Chaque année environ 35 000 poches de sang sont systématiquement testées sur toute l'étendue du territoire. Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a assuré la coordination au niveau national de cette stratégie. Elle a assuré la supervision, le contrôle de qualité ainsi que la gestion de l'approvisionnement en réactifs. Trois (3) nouvelles banques de sang ont été ouvertes. Les interventions prioritaires pour sécuriser le sang concernent surtout la sélection des donneurs de sang par leur fidélisation, le renforcement des capacités des prestataires sur l'utilisation rationnelle du sang, le dépistage systématique des dons et le contrôle qualité.

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

Les problèmes identifiés concernent la coordination au niveau national et la gestion selon un système de Banque de sang ; le nombre de donneurs de sang éligibles reste insuffisant.

La coordination

Au Sénégal, la sécurité transfusionnelle est d'abord du ressort du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) assure la coordination au niveau national de cette stratégie. Elle assure la supervision, le contrôle de qualité ainsi que la gestion de l'approvisionnement en réactifs. Il a pour fonction de ravitailler les banques de sang des structures hospitalières publiques et privées en produit non contaminé par le virus du SIDA.

Le financement

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

Politique nationale en matière de stratégie de dépistage

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

Résultats

Au cours de l'année 2007, 43 705 poches de sang ont été testées sur toute l'étendue du territoire pour assurer la sécurité transfusionnelle aussi bien pour le VIH que pour d'autres agents comme ceux de la syphilis et de l'hépatite B et C. Ces dons sont sécurisés à 100% contre le VIH grâce à l'harmonisation de la politique en matière de dépistage du VIH.

Dans la mise en œuvre du PSN 2002-2006, trois nouvelles banques de sang ont été ouvertes (Kédougou, Bakel, Mbour) pour augmenter la couverture.

Le renforcement des capacités des prestataires porte sur l'utilisation rationnelle du sang, le dépistage systématique des dons et le contrôle qualité.

Par rapport au contrôle externe de la qualité, seuls le centre National de référence de Transfusion Sanguine et celui de l'Hôpital Principal, participent à des programmes de contrôle externe de la qualité comme le Système Régional d'Evaluation Externe de la Qualité (SREEQ) et le Regional External Quality Assessment Service (REQAS) de l'OMS. Le CNTS qui est chargé de superviser la qualité des dépistages pour les autres centres, organise pour ces derniers un contrôle de qualité externe en leur envoyant un panel de sérums à tester dont les résultats seront comparés avec ceux du centre de référence n'a pu mener ses activités durant l'année 2007. Toutefois, les banques de sang périphériques ont la particularité d'être intégrées aux laboratoires d'analyse médicale. Durant l'année 2007, neuf (9) des quinze (15) laboratoires ont suivi un contrôle externe de qualité avec le laboratoire de référence pour la sérologie rétrovirale (Rapport LBV, 2007). Ainsi, sur les 43 705 dons de sang, ont été testés négatifs pour le VIH selon les procédures normalisées,

34 204 (78,3%) sont testés selon les procédures d'assurance qualité définies selon les critères de définition UNGASS 2007 puisque les 15 banques de sang périphériques n'ont pas subi un contrôle externe de qualité (**Tableau VI**).

Tableau VI : Récapitulatif des dons de sang en 2007

Centres de transfusion	Modes opératoires normalisés	Système d'assurance qualité	Dons de sang	Dons analysés	Dons testés selon la procédure d'assurance qualité	% dons testés selon la procédure d'assurance qualité
1. CNTS	Oui	Oui	17500	17500	17500	100%
2. H. Principal	Oui	Oui	4945	4945	4945	100%
3. H. Le Dantec	Oui	Non	480	480	0	0,00%
4. Diourbel	Oui	Oui	1798	1798	1798	100%
5. Touba	Oui	Oui	4028	4028	4028	100%
6. Thiès (Régional)	Oui	Non	3708	3708	0	100%
7. St Jean (Thiès)	Oui	Oui	650	650	650	100%
8. Kaolack	Oui	Non	3635	3635	0	0,00%
9. Ourossogui	Oui	Oui	683	683	683	100%
10. Ndioum	Oui	Oui	435	435	435	100%
11. Tamba	Oui	Non	150	150	0	0,00%
12. Kolda	Oui	Oui	774	774	774	100%
13. Mbour	Oui	Oui	1162	1162	1162	100%
14. Ziguinchor	Oui	Non	700	700	0	0,00%
15. St Louis	Oui	Oui	1829	1829	1829	100%
16. Sédhiou	Oui	Oui	400	400	400	100%
17. Louga	Oui	Non	828	828	0	0,00%
TOTAL			43 705		34 204	78,32%

Contraintes

Les problèmes identifiés concernent l'irrégularité des supervisions des banques de sang du niveau périphérique par la coordination au niveau national. Durant l'année 2007, les supervisions qui permettaient de dérouler cette activité de contrôle de qualité n'ont pu se tenir par manque de moyens.

3.1.3.2. Exposition au Sang et autres liquides biologiques

Les accidents avec exposition au sang se définissent comme tout contact percutané, sur muqueuses et sur une peau lésée avec du sang ou un autre liquide biologique. Dans le plan stratégique 2002-2006, la prévention des AES était retenue comme une stratégie de prévention du VIH.

L'intérêt est lié à la fréquence des AES en milieux de soins, le risque de contamination pour le VIH mais aussi d'autres agents pathogènes tels que VHB, VHC.

La prévention repose sur :

- le respect des mesures universelles mais aussi l'amélioration des conditions de travail en milieux de soins.
- la formation de médecins référents à Dakar et dans les régions,
- l'identification de services référents,
- la formation-information du personnel soignant,
- la distribution de posters et affiches sur la conduite à tenir en cas d'AES
- la notification des cas d'AES
- la prophylaxie post exposition par les ARV : cette prise en charge des AES se fait dans le cadre du programme prise en charge du VIH

Résultats

Au cours de l'année 2006-2007, une sensibilisation sur les AES a été faite au niveau de tout le pays à travers le Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Ainsi, 278 médecins, 2 256 paramédicaux et 505 personnels de soutiens ont été sensibilisés sur les AES. Le secteur des forces de sécurité regroupant les militaires et paramilitaires a aussi formé une partie de son personnel médical sur les AES. Des posters et affiches sur la conduite à tenir en cas d'AES ont été mis à la disposition du personnel.

Le plan de gestion des déchets biomédicaux a également été élaboré au cours de l'année et la mise en œuvre est prévue pour 2008. Aussi, une formation spécifique sur les AES est prévue au cours de l'année 2008 pour le personnel médical et paramédical.

Contraintes

Les problèmes rencontrés sont les suivants :

- La faiblesse de la déclaration des AES par le personnel médical (faiblesse majeure),
- Les rapports de supervisions en 2006 font état d'un nombre insuffisant d'affiches distribuées pour la sensibilisation et la lenteur de la mise en œuvre des formations des personnels de soins. La conséquence est la sous information du personnel soignant sur les risques liés à l'exposition au sang et aux autres liquides biologiques,
- Le programme n'a pas prévu de rendre disponible le matériel de sécurité tel que les conteneurs pour les aiguilles usagées ou des gants pour la prévention des AES,

- Le lien entre la gestion des AES, le plan de gestion des déchets biomédicaux et la politique de sécurité des injections définie en relation avec le Programme Elargi de Vaccination du Ministère de la santé n'est pas défini.

3.1.4. Promotion du Conseil Dépistage Volontaire

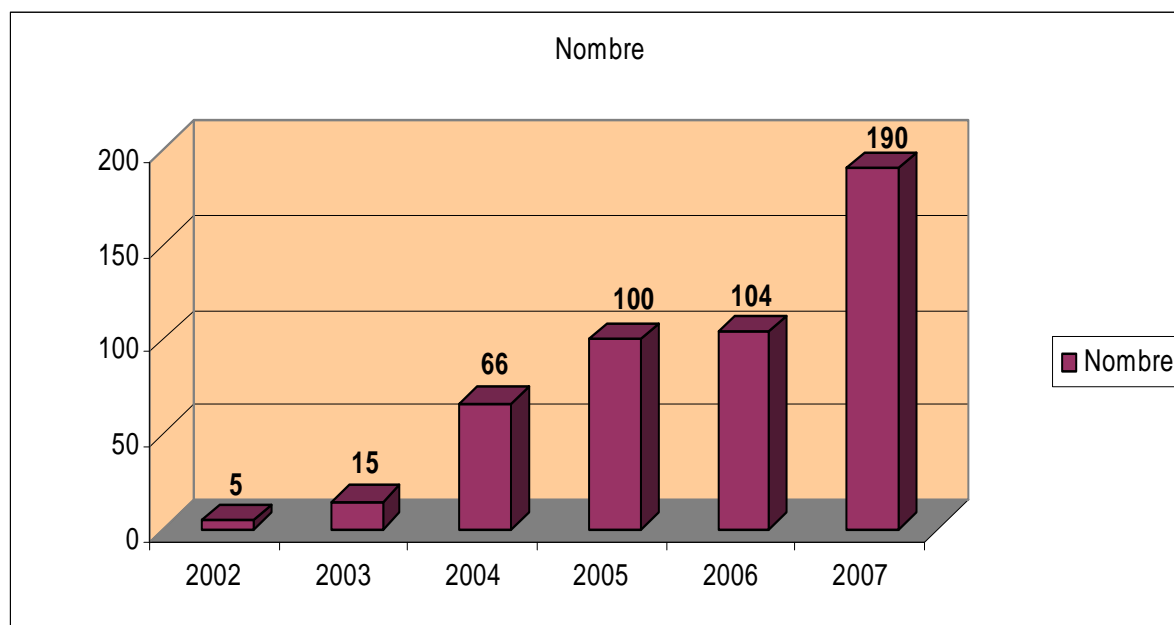
L'objectif fixé par le programme de décentralisation des services de Conseils et Dépistage Volontaire (CDV) était de rendre disponibles et accessibles au moins un centre de dépistage anonyme dans chaque région d'ici 2006.

Dans la mise en œuvre, du fait de la faiblesse de l'utilisation des centres de conseils dépistage mis en place, il a été retenu d'intégrer des services de conseils et dépistage volontaire dans les structures sanitaires qui sont déjà connus et fréquentés par les populations. Des services de conseils et dépistage ont également été intégrés dans des secteurs autres que la santé (services médicaux de l'armée, services médicaux scolaires, centre conseils pour adolescent du Ministère de la Jeunesse).

Les services de conseils et dépistage volontaire sont rendus gratuits grâce à l'appui de l'Etat et ses partenaires. Le fonctionnement de ces structures a été renforcé avec un appui en réactifs, la formation des biologistes des districts Counseling et tests VIH, la supervision des activités par les Laboratoires de Référence de Le Dantec.

Evolution du nombre de sites de dépistage

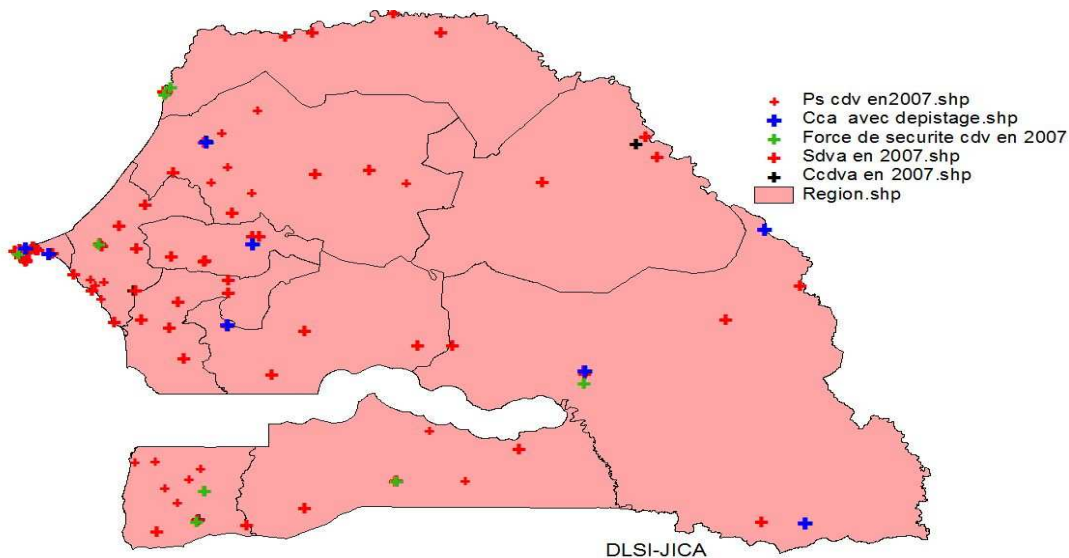
Le nombre de sites de dépistage a considérablement augmenté au cours de la période 2006-2007 avec 90 nouveaux sites (**Graphique 5**).



Graphique 5 : Evolution des sites de dépistage

L'intégration des services de conseil et dépistage volontaire dans 81 centres de santé publics et dans 8 structures sanitaires des forces armées, dans 8 centres de conseil pour

adolescents ainsi que l'implication d'ONG dans l'implantation et le fonctionnement de CDV (Sida Service, Synergie pour l'enfance ASVie, ASBEF) mais aussi la décentralisation du dépistage au niveau de 78 postes de santé ont permis une bonne couverture nationale du dépistage (**Graphique 6**).



Graphique 6: Répartition des sites de SDV au niveau du Sénégal

Les services de conseils et dépistage volontaire sont rendus gratuits grâce à l'appui de l'Etat et ses partenaires.

Résultats

- La période 2006-2007 est aussi marquée par le développement des stratégies avancées de dépistage du VIH qui est une approche qui rapproche le service de dépistage à la population. Une équipe de biologistes et conseillers se déplace au niveau des lieux de regroupement des communautés pour rendre plus accessible l'offre de services. Cette stratégie avancée du dépistage volontaire est couplée aux activités de mobilisation sociale qui sont mises à profit pour booster le dépistage volontaire. Ainsi les campagnes de promotion du dépistage lors des semaines de mobilisation nationale (semaine Jeunes/SIDA et semaine Femmes/SIDA) ont été l'occasion pour faire des dépistages de masse.
- Près de 170 prestataires de santé y compris les points focaux TB ont été formés sur le Conseil Dépistage Volontaire en 2007 (Références Rapport FHI/2007 et FM Round 6).

Résultats du dépistage volontaire

Comme résultat, le nombre de personnes dépistées est passé de 31 297 en 2005 à 187 755 en 2007.

En 2006, pour un objectif annuel de 80 000 personnes à dépister, 94 704 personnes ont été dépistées, soit 118,4%. Ceci est dû à la forte promotion du dépistage et à la mise en œuvre des stratégies avancées mais aussi de l'implication très active de la société civile.

En 2007, les résultats compilés jusqu'en mi-novembre font état de 93 055 personnes dépistées sur les 96 000 attendues soit 97%. Cette diminution de performance est due en partie par la diminution du nombre de stratégies avancées due à une diminution du stock de réactifs de dépistage. Pour éviter les ruptures totales, la priorité était accordée aux activités fixes qui doivent assurer les dépistages volontaires mais aussi les diagnostics, les bilans pour la PTME, la sécurité transfusionnelle, etc.

Tableau VII : Evolution du nombre de personnes dépistées

Années	Nombre	Cumul	Objectif annuel	Niveau d'atteinte
2002	6 923	6 923		
2003	11 370	18 293		
2004	17 810	36 103		
2005	31 297	67 400		
2006	94 704	162 104	80 000	118,4%
2007	93 055	255 169	96 000	97%

Les stratégies avancées de conseils et dépistage volontaire, mises en œuvre dans le cadre du partenariat entre le secteur santé et les secteurs Jeunes, Femmes, Forces de sécurité, Education et de la société civile ont fortement contribué à l'atteinte de ces résultats.

Contraintes :

La demande de dépistage reste faible dans les structures où le service est intégré. Cela s'explique par une inadéquation voire parfois une insuffisance dans l'organisation des laboratoires et une insuffisance en personnels qualifiés qui ne facilitent pas l'offre de conseils et dépistage dans le cadre de la stratégie fixe.

En outre, les services de conseils et dépistage ne sont pas disponibles en zone rurale et en zone d'insécurité.

Exceptionnelle rupture en réactifs du au dépassement des prévisions annuelles du à la forte mobilisation des populations autour du dépistage.

Aussi les stratégies pour le conseil et le dépistage volontaire ne sont pas suffisamment orientées en direction des groupes vulnérables.

3.2. La prise en charge des PVVIH

3.2.1. Prise en charge médicale

Les résultats de phase pilote de l'ISAARV, ayant prouvé la faisabilité des traitements Antirétroviraux dans le contexte du Sénégal, ont conduit à l'extension de l'ISAARV au niveau d'autres sites de Dakar et des régions. Ce passage à l'échelle de la prise en charge médicale des PVVIH a été initié dans le cadre d'une approche multidisciplinaire comprenant le renforcement des services de dépistage et de suivi de l'infection à VIH, le renforcement des capacités des prestataires de soins et services avec la définition d'un paquet minimum d'activités à assurer à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

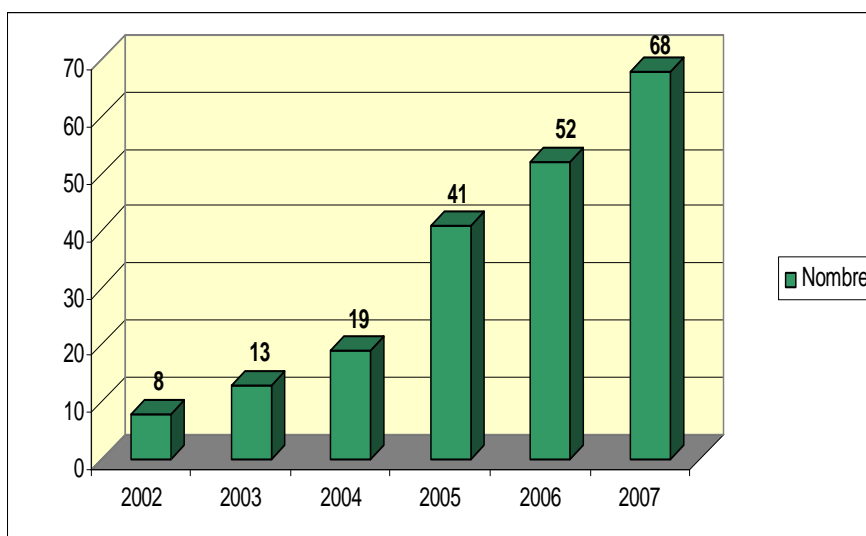
A partir de 2003, avec la mise en œuvre du PSN 2002-2006, le passage à l'échelle a permis la décentralisation de la prise en charge avec les ARV dans l'ensemble des 11 régions. Ce programme a été fortement favorisé par la décision du Gouvernement de rendre gratuit le dépistage du VIH et le traitement par les ARV. Les efforts de décentralisation déjà entrepris par le Gouvernement du Sénégal ont été renforcés dans le cadre de sa participation à l'Initiative «3 en 5» de l'OMS, avec un objectif d'atteindre 7000 patients sous ARV en fin 2006.

Existence d'un document de politique national

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

Evolution des sites de PEC

Les résultats montrent que le nombre de centres de prise en charge médicale est passé de 41 à 68 sites de 2005 à 2007 soit une augmentation de 25% au cours de la période 2006-2007(Graphique 7).



Graphique 7 : Evolution du nombre de sites de PEC

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

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

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

Ce tableau montre les efforts consentis en 2006 et 2007 sur le plan de l'intégration de la prise en charge des enfants dans les sites de PEC des adultes.

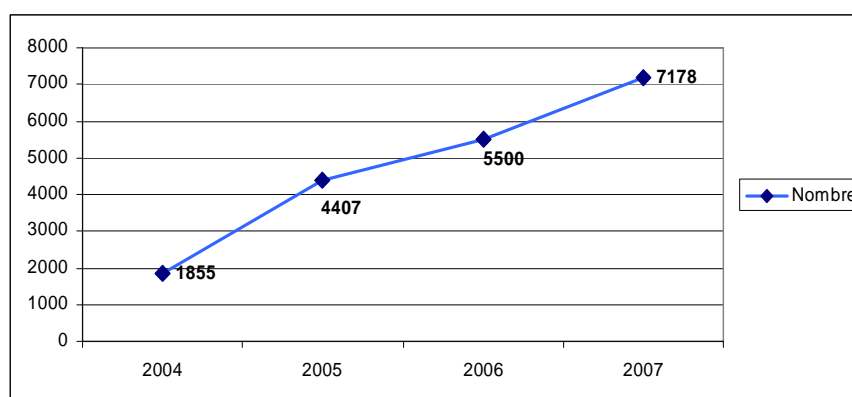
Résultats de la décentralisation de la PEC

L'inscription des ARV et des réactifs de dépistage dans la liste des médicaments essentiels ainsi que la gratuité des ARV et des examens immuno-virologiques est un résultat important du processus de décentralisation.

Le **renforcement du système de santé**, beaucoup d'appuis à travers le financement de la Banque Mondiale a permis l'équipement de nouvelles structures ainsi que le renforcement/renouvellement des équipements.

Evolution du PVVIH pris en charge par les ARV

Tout ceci a permis l'augmentation du nombre de PVVIH sous traitement. Ainsi, le nombre de patients sous ARV est passé de 1855 patients en fin 2004 à 4407 patients en 2005. En fin 2006, 5500 PVVIH avaient bénéficié d'un traitement ARV et 7178 PVVIH sont sous traitement ARV en 2007 (**Graphique 8**).



Graphique 8 : Evolution du nombre de personnes sous ARV

Tableau IX : Evolution de la PEC chez les adultes et les Enfants

ANNEES	Nbre de PVVIH adultes sous TTT			Objectif national	% par rapport à l'objectif national	Estimations et projections			% de PVVIH (adultes et enfants sous ARV)
	Adultes	Enfant	Adultes + Enfants			Adultes	Enfant	Adultes + Enfants	
2004	1 759	96	1 855			5 720	617	6 337	29,3%
2005	4 262	145	4 407			6 883	679	7 562	58,3%
2006	5 272	228	5 500	5 000	110%	8 180	735	8 915	61,7%
2007	6 741	437	7 178	6 000	119,64%	9 601	864	10 465	68,6%

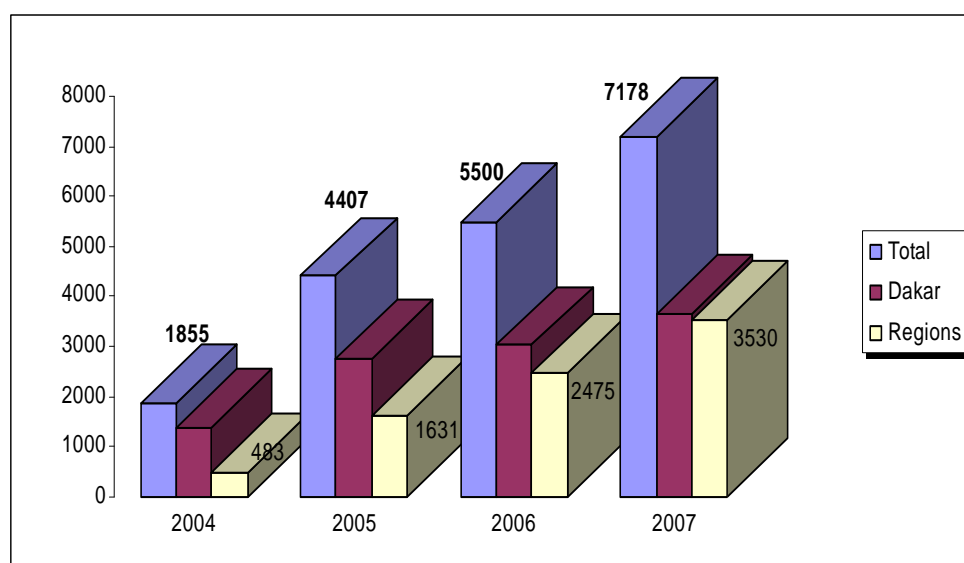
L'insuffisance du nombre d'enfants mis sous traitement est essentiellement due à deux facteurs :

- l'insuffisance du dépistage des NRS nés de mères séropositives
- l'insuffisance de l'utilisation des services post-nataux par les femmes testées positives

Toutefois, il faut noter cependant le bond exceptionnel réalisé en 2007 avec la mise en œuvre du Plan national de PEC des Enfants vivant avec le VIH permettant de passer de 230 à 437 enfants mis sous ARV.

Evolution de la décentralisation de la PEC des PVVIH par les ARV

En 2004, 74% de la totalité de la prise en charge des PVVIH par les ARV était assurée au niveau central et ceci, jusqu'en 2005 où le ce taux était à 63%. Durant la période 2005-2006, d'importants efforts sont réalisés pour la décentralisation de la PEC qui ont comme résultat le fait que ce taux soit à 55% et 50% respectivement en 2006 et 2007 (**Graphique 9**).



Graphique 9 : Evolution de la décentralisation de la PEC

Contraintes

Les problèmes dans la mise en œuvre sont

- la faible intégration des stratégies TB/VIH
- Le recours tardif aux soins des PVVIH,
- la nécessité d'un renforcement du système de santé, d'un renforcement en personnel qualifié et en équipement,
- Les problèmes liés à la disponibilité et le coût du bilan de suivi ainsi que des médicaments contre les infections opportunistes pour les PVVIH liés surtout à une mauvaise formulation de la demande qui est à l'origine des problèmes de disponibilité.
- L'insuffisance du système de gestion des informations sanitaires limite la notification des cas de SIDA, des cas de décès et donc le suivi efficace des performances dans la prise en charge des cas.

Aussi, des efforts doivent être déployés pour assurer des services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours par l'intermédiaire du lieu de travail.

La faible intégration des stratégies TB/VIH et recours tardif aux soins des PVVIH, la nécessité d'un renforcement du système de santé, d'un renforcement en personnel qualifié, en équipement, la disponibilité du bilan de suivi, des médicaments contre les infections opportunistes.

L'insuffisance du système de gestion des informations sanitaires limite la notification des cas de SIDA, des cas de décès et donc le suivi efficace des performances dans la prise en charge des cas.

Aussi, des efforts doivent être déployés pour assurer des services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours par l'intermédiaire du lieu de travail.

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

La Prise en charge de la co-infection TB/VIH était une faiblesse dans la mise en œuvre du plan stratégique 2002-2006. Le plan stratégique 2007-2011 prévoit la mise en place d'un système de prise en charge intégrée TB/VIH :

- en assurant le diagnostic et le traitement de la TB chez les patients VIH en particuliers sous TARV,
- en proposant le dépistage VIH chez les tuberculeux,
- en assurant la prophylaxie au cotrimoxazole et à l'INH pour les patients co-infectés VIH/TB
- en renforçant la coordination
- en renforçant les équipements

Dans la proposition du Sénégal pour le Fonds Mondial, il est prévu la prise en compte de la co-infection TB/VIH à travers plusieurs stratégies qui sont complémentaires à celles proposées par le Programme TB, dont :

- La mise en place d'une instance de coordination au niveau central pour la mise en œuvre des activités TB/VIH à travers des réunions périodiques

- Le renforcement de capacités du personnel des centres anti-TB pour une meilleure prise en charge de la co-infection par la formation de 90 points focaux TB à la prise en charge du VIH.
- L'amélioration de la détection précoce croisée de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH dans tous les services de dépistage ou de prise en charge des PVVIH par la recherche de BAAR et des examens radiologiques du poumon chez les PVVIH.
- L'amélioration de la détection du VIH chez les personnes TB au niveau des centres anti-TB par le dépistage systématique des personnes TB
- La prise en charge de la co-infection TB/VIH par la prophylaxie au cotrimoxazole le traitement ARV et IO chez les patients tuberculeux, la prophylaxie à l'INH chez les PVVIH conformément aux recommandations nationales
- La prise en charge des formes multirésistantes de TB est prise en compte, dans leur diagnostic par l'achat de deux appareils de détection de mycobactéries par le Programme TB.

Les réalisations en 2007 sont :

- Elaboration de politique et plan d'action nationale de prise en charge de la co-infection TB/VIH
- Elaboration de documents de normes et protocoles de PEC de la TB et de la co-infection TB/VIH
- Formation des responsables des centres de traitement de la Tuberculose en conseil dépistage volontaire du VIH

3.2.3. Prise en charge communautaire des PVVIH et OEV

Dans le plan stratégique 2002-2006, la prise en charge communautaire n'était pas individualisé mais était une partie intégrante de la prise en charge psychosociale. Elle a démarré en même temps que la prise en charge médicale dès les premières heures de l'épidémie. En 1994, naissance des premières organisations de PVVIH (ASASFA et OASIS solidarité etc.)

Depuis 1997, la mise en œuvre de cette composante est marquée par l'organisation de forums nationaux sur l'accompagnement soutien des PVVIH, la naissance du RNP+ et l'émergence de diverses formes d'associations travaillant sur la PEC communautaire des PVVIH (association de PVVIH, association de femmes infectées et affectées, cellules régionale d'accompagnement, ONGs d'appui, etc.).

Des stratégies d'implication de la société civile dans la PEC globale des PVVIH pour compléter la PEC médicale ont permis un partenariat entre des organisations de la SC et les structures médicales pour assurer la continuité des soins.

En 2003, l'organisation de la conférence sur la prise en charge communautaire et à domicile des PVVIH a permis le passage à l'échelle de la prise en charge communautaire et traditionnelle des PVVIH. De même l'existence de partenaires qui acceptent de financer les activités de prise en charge communautaire pour les PVVIH, l'existence d'associations de PVVIH ou d'organisations travaillant sur la PEC des PVVIH dans toutes les régions ont appuyé la décentralisation des activités de PEC communautaire.

Les principales contraintes concernent la faible visibilité des PVVIH qui constitue un obstacle dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation. Le faible pouvoir économique des PVVIH lié à la pauvreté et au chômage ainsi que leur niveau d'instruction et de formation faible est un constat qui limite leur intégration sociale.

3.2.4. La prise en charge des OEV

La prise en charge et les interventions en direction des enfants vivant avec le VIH/Sida ou affectés par le Sida sont essentiellement exécutées par des ONG ou associations à base communautaire avec parfois la collaboration des structures étatiques. A Dakar, la prise en charge médicale des enfants vivant avec le VIH est effectuée en milieu hospitalier et est articulée à une prise en charge sociale menée essentiellement par les services sociaux de ces structures et/ou par des ONG comme Synergie pour l'Enfance, la SWAA, l'ANCS, l'ASBEF, Sida-Service, FAFS, etc.

En 2004, il s'est tenu un atelier de renforcement de capacité de la prise en charge des OEV dans un contexte marqué par l'importance croissante de la demande en matière de prise en charge de l'enfance affectée par le VIH en raison de la décentralisation et de l'extension de services de dépistage volontaire, de l'accès aux ARV et de la Prévention de la transmission Mère - Enfant ; il s'y ajoute la nécessité de combler les lacunes dans la réalisation des engagements pris par le Sénégal lors de la Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies consacrée au VIH/Sida en juin 2001.

Les objectifs de l'atelier ont été :

1. La mise à jour et l'harmonisation des connaissances des intervenants dans la prise en charge des Orphelins et Enfants rendus Vulnérables par le VIH/Sida (OEV) ;
2. La validation du Plan d'Action National (PAN) 2004-2006 sur les OEV comme composante du Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida ;
3. L'élaboration d'une maquette du guide de prise en charge communautaire des OEV (principes et stratégies) ;
4. La mise en place d'un Réseau national d'échanges techniques sur les OEV.

A la suite cet atelier des recommandations ont été faites parmi lesquelles la réalisation d'une analyse situationnelle nationale sur les OEV (Ngagne MBAYE, transformer les handicaps en opportunité).

En 2006, cette analyse situationnelle sur les OEV a été menée au niveau de tout le pays et a permis de ressortir les principaux résultats suivants:

Au plan sociodémographique, les 340 parents qui ont répondu au questionnaire ont au total 1047 enfants, dont les $\frac{3}{4}$ ont plus de 6 ans. 33% des enfants sont orphelins, et ont perdu leur père (69,3%), leur mère (21,7%) ou leurs deux parents (9%). Il apparaît donc que le chiffre de 17.000 orphelins du fait du VIH ne reflète que le $\frac{1}{3}$ des enfants affectés à degrés divers par le VIH/SIDA.

Le profil type de la personne assurant la tutelle de l'enfant est une femme (75% des cas) de la quarantaine, parente biologique de l'enfant, vivant avec le VIH, avec des revenus économiques mensuels inférieurs 32.500 et qui prend en charge 3 à 4 enfants.

Une aide extérieure provenant d'une organisation de la société civile a été fournie à 23,4 % des familles au cours des 6 mois précédant l'enquête, alors que 74,7 % des parents

rappellent des difficultés matérielles et financières pour subvenir aux besoins de base des enfants.

L'accès à l'école élémentaire n'est pas compromis pour les OEV de 6 à 12 ans, par rapport à leurs camarades d'âge, bien que les enfants dont les parents sont les plus pauvres et les moins instruits aient moins de chance d'être scolarisés. En plus, les parents déplorent leurs grandes difficultés pour le maintien dans le système éducatif et l'obtention de bonnes performances par les enfants, malgré le soutien d'organisations de la société civile. Le faible niveau de connaissance de la question des OEV au niveau des responsables régionaux de l'éducation n'a pas permis la mise en place d'un dispositif d'accompagnement dont devrait bénéficier l'enfant à haut risque de rupture scolaire.

Au plan médical, l'existence d'une prise en charge des enfants vivant avec le VIH et des nourrissons nés de mère séropositive est déclarée dans 21 sur 22 districts enquêtés. Si les nourrissons ont un taux de couverture vaccinale comparable à la moyenne nationale, ils connaissent par contre un taux d'insuffisance pondérale largement supérieur à la moyenne nationale (31,5% contre 17%). Les difficultés d'accès aux médicaments de base et à un appui nutritionnel adéquat de même que l'absence d'un cadre intégré de prise en charge médicosociale expliquent le faible niveau de satisfaction des besoins exprimés par les parents.

Au plan psychologique, si les états de détresse ne sont pas clairement rapportés, la description du vécu des familles et l'entretien approfondi avec les adolescents dépeignent une atmosphère particulièrement favorable à la survenue d'une souffrance psychique pour les enfants.

En fait, les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les acteurs associatifs engagés dans la prise en charge expriment un grand besoin de renforcement de compétences dans l'identification des besoins psychoaffectifs de l'enfant et la mise en œuvre des interventions appropriées pour y répondre.

La situation des familles affectées par le VIH est particulièrement favorable à la violation des droits fondamentaux des enfants qui y vivent. Cependant, la Convention de New York relative aux droits de l'enfant (ONU, 1989) et la Charte africaine des Droits et du Bien-être de l'enfant (Addis-Abéba, 1990), entre autres, constitueraient des instruments tout à fait appropriés pour la réalisation de ces droits, dans le contexte spécifique de l'infection par le VIH. Les obstacles à leur application effective seraient plutôt liés à leur méconnaissance auprès des familles et des acteurs de la prise en charge ainsi qu'à l'absence d'une promotion institutionnalisée en faveur des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA.

Enfin, des acteurs institutionnels clefs soulignent l'urgence de créer ou de redynamiser les instances multisectorielles de coordination, de promotion et de suivi des interventions au niveau central, régional et local.

La conséquence la plus visible de cette lacune est l'absence d'un cadre formel de collaboration des acteurs au niveau opérationnel autour d'un référentiel programmatique commun, condition garante de l'assurance aux OEV de soins globaux, intégrés et continus, articulés avec les autres composantes de la prise en charge de la cellule familiale.

Ainsi, les OEV sont pris en charge à plus de 75% par les organisations de la société civile.

La prise en charge directe des OEV porte essentiellement sur la prise en charge et le suivi médicaux des enfants infectés ; la prise en charge scolaire grâce à des programmes de bourses pour la scolarisation des orphelins et des enfants de parents vivant avec le VIH et l'accompagnement psychosociale.

Cette prise en charge constitue un des gaps stratégiques les plus importants du Plan stratégique 2002-2006 qui ne l'avait pas identifié comme composante prioritaire. Pour corriger cette insuffisance, un plan national des OEV a été élaboré par un groupe de travail multisectoriel et les Stratégies identifiées visent à :

Identifier, évaluer les besoins spécifiques des OEV afin d'aider la familles à dresser une échelle de priorités ;

Renforcer les capacités des familles, les responsabiliser, identifier et analyser les réponses familiales en vue de les renforcer ;

Développer les partenariats et exploiter les synergies en intégrant les activités dans les programmes préexistants et en développer une réponse multisectorielle ;

Plaidoyer pour l'adoption d'un cadre institutionnel et de dispositions légales favorables afin de créer un environnement propice et faire adopter une démarche respectueuse des Droits de l'enfant ;

Favoriser le continuum prévention prise en charge de l'enfant et de la famille ;

Evaluer l'impact des interventions en menant des recherches et en tenant compte des leçons apprises dans la conception des actions futures

De nombreuses activités ont été développées à l'endroit des OEV mais la principale contrainte est l'insuffisance de l'opérationnalisation du plan national liée à une faible mobilisation des ressources pour accompagner les interventions surtout pour le financement du volet de la prise en charge et appui aux familles pour la prise en charge des orphelins et enfants infectés et affectés.

4. MEILLEURES PRATIQUES

4.1. Direction politique

Le CNLS a été redynamisé avec la mise en place d'un groupe ADHOC des recommandations.

Le Forum des partenaires est mis en place et a tenu sa première réunion

Renforcement des engagements du secteur privé et des collectivités locales pour promouvoir la pérennisation des activités de promotion de la santé sur le VIH/SIDA

Renforcement du système de Santé

4.2. Environnement politique favorable

1. Elaboration de la Loi sur le VIH
2. Plus de 100 entreprises ont signé la charte de l'OIT sur le VIH/SIDA en milieu de travail et ont élaboré et mis en œuvre des plans de lutte
3. Approfondissement du processus de décentralisation par une approche de planification régionale intégrée multisectorielle qui part de plans opérationnels autour du district +++
4. Il y'a une véritable appropriation par certains Ministres de la République du besoin de pérennisation par l'inscription de budgets annuels pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA et qui cherchent à améliorer le cadre d'intervention de leur ministère par l'octroie

4.3. Intensification des programmes de prévention

1. La promotion du préservatif autant masculin que féminin a connu un très grand succès. En effet d'environ 4 000 000 de préservatifs distribués en 2006, plus de 10 000 000 préservatifs sont distribués en 2007.
2. L'intégration du service de dépistage volontaire dans les postes de santé ainsi que l'amplification de la stratégies avancées pour le dépistage dans la population générale, dans les secteurs jeunesse, de l'éducation, de la famille, du travail, du transport et aux sein des secteurs privés ont permis de mieux toucher le milieu rural et de booster très rapidement cette stratégie.
3. Renforcement de la prise en charge des populations clés les plus exposées au VIH notamment les TS et le HSH.
4. La décentralisation du dépistage qui est effective depuis 2004 renforcée en 2006 par l'intégration du service de dépistage au niveau des structures non sanitaires (CCCA, ASBEF, etc.) et des postes de santé en 2007 a permis d'augmenter le nombre de personnes bénéficiant du dépistage. Ceci a eu comme résultat de dépasser les prévisions en matière de dépistage.

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

L'intégration des ARV dans le circuit des médicaments essentiels PNA/PRA pour réaliser la décentralisation des approvisionnements a été une bonne réussite. Il a fallu pour cela créer des outils uniformisés et élaborer des procédures de gestion des stocks et de données, assurer la formation des acteurs pour leur rendre une autonomie de gestion, dans un cadre de concertation régulière avec un atelier national annuel de planification des approvisionnements et de quantification des besoins régionaux, une coordination mensuelle avec la PNA et l'existence de comités autour des ARV et réactifs.

La supervision formative qui est l'axe stratégique qui a permis de faciliter la décentralisation de l'approvisionnement en réactifs et autres produits du VIH/SIDA pour compléter le processus.

Cette décentralisation des médicaments au niveau des PRA a facilité la décentralisation de la PEC thérapeutique des PVVIH. La PEC qui se faisait à pré de 80% jusqu'en 2005 au niveau central est maintenant effectué à prés de 50% au niveau décentralisé en 2007.

4.5. Suivi - Evaluation

Harmonisation des Outils de collecte primaire par les acteurs nationaux

Jusqu'en 2005, chaque acteur de la lutte avait élaboré ses outils pour suivre les activités menées par leurs partenaires. Ceci avait posé un problème de synthèse au niveau national. En 2006, le CNLS en partenariat avec l'ANCS avait regroupé l'ensemble des acteurs de la société civile y compris des PVVIH, a un atelier d'harmonisation des outils. Cet atelier a permis d'avoir des outils simplifiés et harmonisés utilisés par tous les acteurs de la lutte. Ils sont le fruit d'une démarche participative avec les différents partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal et qui serviront de supports de collecte primaire. Leur bon remplissage est un impératif pour assurer des données fiables et ceci sera facilité par l'existence d'instructions de remplissage claires pour chaque type d'outil de collecte primaire. Ces outils sont en impression et seront présentés sur un CD et mis à disposition au niveau de tous les acteurs de la lutte au niveau du pays.

Désignation de gestionnaires de données de district, des hôpitaux régionaux et des gestionnaires régionaux de données

Pour assurer une bonne capitalisation des données au niveau le plus décentralisé, le CNLS a décidé de nommer des gestionnaires de données à tous les niveaux de production de données. Au niveau district, les gestionnaires de données sont chargés de collecter, de vérifier, d'analyser et de partager les données au sein du site. Les données validées sont transférées au niveau régional où le gestionnaire de données régional est chargé de synthétiser les données de tous les districts.

Le fait le plus original est l'appui technique substantiel obtenu aujourd'hui par les Secrétariats Permanents des CTR Régionaux par la mise à disposition de gestionnaires de données régionaux. L'assurance de l'opérationnalisation des gestionnaires de données de district et des hôpitaux régionaux complétera le maillage du territoire pour une collecte régulière des informations relatives aux IST/VIH/SIDA sur l'étendue du territoire. données IST-VIH-SIDA.

Renforcement des capacités

Mise en place d'une Task Force au niveau central (SE-CNLS, FHI, membres de la Task force gestion des données et autres partenaires) pour la formation des acteurs du niveau décentralisé dans le domaine du suivi évaluation. Cette pratique nouvelle rentre dans le cadre de l'approfondissement du principe des « three ones » dans le domaine du M&E.

4.6. Développement d'infrastructures

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

5. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

Le rapport de suivi des progrès 2005 avait identifié un certain nombre d'obstacles et des mesures correctives pour réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS. Les défis qui étaient identifiés en 2005 et les principales actions réalisées pour la période 2006-2007 sont présentés ci-dessous.

(1) Ciblage insuffisant des zones et des groupes à haut risque

D'importants efforts ont été consentis pour un meilleur ciblage de ces groupes. Le Round 6 du Fonds Mondial dont le Sénégal est bénéficiaire a pris en compte beaucoup d'aspects liés à la prise en charge des HSH, des TS, des groupes mobiles, etc. C'est ainsi qu'au cours de l'année 2006, 177 leaders ont été sensibilisés par les activités de plaidoyer pour une meilleure compréhension des stratégies sur les groupes vulnérables, 735 TS et 80 HSH ont été pris en charge à travers les groupes de discussion, le traitement, l'appui psychosocial et économique, 10 239 personnes vulnérables et /ou passerelles ont été sensibilisées par les interventions IEC/ICC

Pour les groupes mobiles :

- 1263 causeries modulaires ont été réalisées auxquelles ont participé : 7 669 personnes en milieu routier dont 5 656 hommes et 2 013 femmes; et 8 820 personnes en milieu pêcheur dont 3 581 hommes et 3 239 femmes;
- 4 511 personnes ont été touchées par les entretiens individuels de renforcement, dont 2 603 hommes et 1 908 femmes ;
- 424 hommes et 501 femmes sont référés auprès des services de santé et de centres de traitement d'IST en particulier ;

Pour les populations clés les TS et HSH ;

- 210 séances d'animation axées sur les IST/VIH/ SIDA ont été initiées dans les bars et clandos sur l'ensemble des sites d'intervention. Elles ont permis de sensibiliser 5 937 personnes dont 3 640 hommes et 2 297 femmes ;
- 99 séances d'animation axées sur les IST/VIH/ SIDA qui ont touché 3 384 personnes ont été réalisées avec les groupements de promotion féminine sur l'ensemble des sites d'intervention ;
- 190 séances d'animation axées sur les IST/VIH/ SIDA ont été organisées au niveau des centres IST sur l'ensemble des sites d'intervention. Elles ont permis de sensibiliser 3 891 personnes ;
- 13 542 dépliants sur les IST et les préservatifs ont été distribués sur l'ensemble des sites d'intervention ;

(2) Une intégration insuffisante entre les activités d'IEC/CCC et celles liées à la réduction de l'impact de l'épidémie sur les personnes infectées ou affectées.

Jusqu'à présent le bilan de suivi biologique n'est pas pris en charge gratuitement par l'état comme les ARV. Toutefois, il existe de nombreuses organisations de la société civile qui prennent en charge le bilan de suivi et le traitement des IO. Certaines d'entre-elles assurent même aux PVVIH et les OEV le transport pour les rendez vous de suivi.

Néanmoins, la dernière réunion du comité interne de lutte contre le sida du ministère de la Santé avait recommandé la mise sur pied d'un comité de réflexion pour l'aboutissement à la gratuité totale du bilan de suivi.

Sur le plan politique, le CNLS s'est fixé comme objectif d'ici de 2011, 70 % d'organisations communautaires ciblant les OEV recevront un soutien.

(3) Des performances encore limitées du Programme National en termes d'utilisation des services de dépistage et de PTME.

La période 2006-2007 a été marquée par une bonne utilisation des services de CDV. Les objectifs de dépistage ont été largement atteints. Ceci par un développement des stratégies avancées, l'intégration du CDV au niveau des postes de santé et au niveau de structures non médicales et aussi avec une très bonne implication de la société civile et du secteur privé. Malgré les nombreux efforts déployés (augmentation du nombre de sites PTME, développement de stratégies avancées de PTME en milieu rural, renforcement de capacité des prestataires médicaux et communautaires, etc.) le taux d'atteinte des objectifs en matière de PTME est de loin inférieur à 50%.

(4) Une production insuffisante de supports de transmission de données (rapports périodiques d'activités, bilans annuels, etc.) à soumettre aux membres du CNLS, aux partenaires et au grand public.

Des progrès ont été notés dans le dépôt des rapports par les membres du CNLS, les bénéficiaires de subvention, les partenaires clés de la lutte contre le VIH/SIDA (DLSI, ANCS, FHI, World Vision, ADEMAS, ...)

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

Les capacités d'une bonne partie des organisations de la société ont été renforcées dans ces différents domaines par l'ANCS.

(6) Une trop grande implication de la structure nationale de coordination dans les activités d'exécution.

Le CNLS a opté pour le faire – faire. En effet, il contractualise avec des institutions pour mener des activités. C'est ainsi qu'en 2007, des ONG d'encadrement étaient chargées de la formation, du suivi des OCB et GIE financés par le CNLS.

Aussi, plus de 80% des activités sont menées au niveau décentralisé.

(7) Des insuffisances assez sérieuses ont été enregistrées dans l'approvisionnement et la distribution des ARV, des réactifs et autres produits de laboratoire au niveau national.

Un comité technique de gestion des médicaments et réactifs a permis une bonne disponibilité des médicaments et réactifs. Toutefois, malgré une estimation rigoureuse des besoins en réactif, le Sénégal a connu une forte diminution de son stock qui a poussé la

DLSI, en charge de la mise à disposition des tests, à réduire les besoins des structures qui a fortement limité les objectifs de dépistage.

Par rapport à la distribution, les ARV sont inscrits dans le circuit des médicaments essentiels PNA/PRA pour réaliser la décentralisation des approvisionnements. Chaque région est dotée d'une PRA qui assure le stockage et l'approvisionnement des sites de prestation de service.

(6) Une utilisation particulièrement limitée des informations stratégiques pour la planification et la mise en oeuvre des interventions.

Un grand bon a été noté dans l'utilisation des données fournies par le système de suivi en place. En effet, les résultats du suivi sont utilisés pour identifier les gaps et aide à une meilleure planification. Le Système national de SE s'est doté d'un manuel de SE largement partagé. La définition des indicateurs existe et est en cours de validation. Ce manuel prévoit l'élaboration périodique de rapport de suivi et des rencontres de partage.

(7) L'implication du secteur public dans la riposte nationale tarde à se traduire par la mobilisation et la mise à disposition de ressources propres. Une bonne appropriation de la lutte par les ministères est notée. En effet cinq des six ministères clés ont alloué un budget pour la lutte contre le VIH/sida soit 83%. Il s'agit des ministères en charge : de la santé, de la femme, du travail, des forces de sécurité, de l'éducation

DIFFICULTES LIEES A L'ELABORATION DU RAPPORT

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

- Une perturbation de la feuille de route par l'attente des promesses financières non recouvertes par l'ONUSIDA
- Le retard dans la réception des Directives
- Le retard de l'atelier d'Orientation qui ne s'est tenue qu'au mois de Novembre
- La non préparation du Secrétariat Exécutif du CNLS pour le financement de cette activité
- L'inexistence de moyens financiers pour le REDES et l'enquête dans le milieu de l'Education pour l'indicateur N°11
- La difficulté de mobilisation des acteurs de la société civile

Il faut signaler aussi que le rapport a été élaboré sans l'intervention d'un consultant. Il s'agit de l'effort d'un certain nombre d'acteurs soucieux de l'importance de cet exercice qui se sont déterminés pour sa réalisation.

6. SOUTIEN DES PARTENAIRES

Le soutien obtenu des partenaires au développement a été important au cours du processus. L'ONUSIDA a facilité l'orientation du processus avec la mise à disposition d'un consultant qui a joué un rôle important dans la compréhension des indicateurs mais aussi de la démarche, que pour la documentation des meilleures pratiques en cours par la mise à disposition d'une consultante.

Le point faible semble être l'insuffisance et surtout l'énorme retard de l'appui financier des partenaires dans un contexte où le SE/CNLS n'était pas préparé pour le financement de cette activité dans le cadre des projets qu'il gère directement (Projet IDA-BLM et Projet Fonds Mondial).

7. SUIVI ET EVALUATION

7.1. Système actuel de SE

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

Il comprend les principales composantes suivantes :

- Le Système d'Information Globale
- Suivi de programme et le suivi de la mise en œuvre des Projets
- La surveillance et les enquêtes complémentaires
- Les audits (technique et financiers), Revues et évaluations de Programme
- La Recherche
- Le renforcement des capacités des acteurs en Suivi-Evaluation
- La Documentation des Bonnes Pratiques
- l'informatisation dans le cadre de la collecte, de la remontée et de l'analyse des données du système de Suivi évaluation
- Le Plan de communication et de Diffusion

Le CNLS a créé un Comité Consultatif en Suivi – Evaluation (CCSE) qui comprend les Partenaires de la lutte contre le SIDA, les Points Focaux Ministériels, les représentants de la Société Civile et du Secteur Privé et des spécialistes en Suivi évaluation et Recherche. Un groupe Technique Restreint composé de spécialistes en S-E émane de ce Comité consultatif et constitue le Groupe d'Appui à la Surveillance Epidémiologique (GASE) plus une Task force Gestion des données. Il est chargé de :

- Veiller au respect des « Trois Principes Directeurs » en assurant la mise en place d'un système de SE national autour du CNLS
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du Système de Suivi évaluation national

- Définir les grandes orientations stratégiques du système de SE national
- Valider le manuel de mise en œuvre du système de SE national
- Assurer le plaidoyer pour l'impulsion et la promotion du système de Suivi évaluation national et de la recherche
- Développer les capacités du système de Suivi évaluation national
- Veiller à l'Intégration des acteurs de la lutte contre le SIDA dans le système de Suivi évaluation national
- Veiller à l'obtention d'un tableau consolidé des indicateurs clefs nationaux
- Faire le plaidoyer pour l'établissement et l'utilisation d'un fond de recherche sur le VIH/SIDA
- Veiller à la liaison effective avec les comités éthiques de recherche existants

Ce CCSE souffre d'une irrégularité de ses réunions trimestrielles mais a beaucoup aidé à l'amélioration du système de SE.

Le système de SE ne parvient pas aussi à capitaliser toutes les données sur le suivi du programme car les rapports des acteurs ne sont pas régulièrement transmis.

Aussi, ce système souffre d'un manque de personnel par rapport à la charge de travail importante.

L'USER est composée de trois membres permanents (un chargé du SE, un assistant et un gestionnaire de la base de données).

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

L'USER gère une base de données informatique (Hi project) qui permet un suivi technique et financier des activités. Aussi, au cours de l'année 2007, a été mis en place avec la DLSI, le Health Mapper de l'OMS qui permet la gestion des données du secteur Santé et de faire une analyse cartographique des données.

Les données collectées sont des données de routine, de surveillance et d'études ou d'enquêtes etc.)

Les rapports des surveillances et études font l'objet d'une publication à travers des ateliers de restitutions, conférences de presse, à travers l'Internet, sous forme de bulletin ou rapport, etc.

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

Du fait de la particularité des données liées à l'infection à VIH, le système de SE du CNLS n'a pas pu intégrer le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) mais travail en étroite collaboration avec ce dernier.

7.2. Besoins en assistance

1. Besoins de financement d'un exercice d'autoévaluation du système de suivi évaluation dans sa composante sanitaire (Outils, reportage, synthèse, analyse et partage). Un consultant ayant un œil extérieur + un consultant interne connaissant le contexte sénégalais et organisation d'un atelier national avec tous les acteurs du secteur de la santé.
2. Le renforcement du « three ones » dans sa composante suivi-évaluation : Forum de discussion avec les partenaires des secteurs publics, de la société civile et du secteur privé, des partenaires au développement.
3. Appui à l'équipement des gestionnaires de données régionaux, de district et des hôpitaux pour un reportage régulier des données IST-VIH-SIDA à partir de tous les districts et hôpitaux du Sénégal.
4. L'appui à l'élaboration commune de tous les partenaires du Rapport annuel SENEGAL dans le domaine de la lutte contre les IST-VIH/SIDA.

8. ANNEXES

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

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

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

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

Echange des documents relatifs au tableau des indicateurs :

Des réception du tableau des indicateurs de l'exercice UNGASS 2008, une large diffusion a été assurée par courrier électronique dès le mois d'Août 2007.

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

Le premier atelier d'Orientation n'a pu se tenir que les 12 et 13 Novembre 2007 respectivement à la DLSI le Lundi 12 Novembre pour la task Force UNGASS Sénégal et Mardi 13 Novembre 2007 au siège de l'ONUSIDA pour la réunion de l'équipe restreinte chargée de la coordination de la mise en œuvre. Après un large partage avec toutes les Organisations de la société civile, les secteurs publics et privés sur les Orientations données par l'ONUSIDA sur le processus d'élaboration des rapports 2008, le deuxième jour a permis la revue de la première feuille de route élaborée ainsi que du budget de la mise en œuvre. Cet atelier d'orientation a été facilité par un Consultant de l'ONUSIDA.

Réunions du comité chargé de la collecte des données

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

Atelier de partage avec les Organisations de la société civile

Une deuxième réunion de partage avec les Organisations de la société civile sur l'état d'avancement de l'élaboration du rapport UNGASS 2008 pour le Sénégal a été organisée le

Vendredi 28 Décembre 2007 au Centre Paul CORREA. Un focus particulier a été mis sur l'indice composite des politiques avec la présence du Secrétaire Exécutif du CNLS. A la suite de cet atelier, un groupe restreint a été identifié pour collecter des informations complémentaires de la partie B de l'indice composite auprès d'informateurs clés. Ce groupe a restitué son travail lors d'une réunion du groupe restreint

Atelier de validation du rapport

Le rapport a été validé le 28 janvier 2008 avec la participation des acteurs clés de la lutte y compris les représentants de la société civile, des personnes vivant avec le HIV, des organisations des femmes et des jeunes, des partenaires multilatéraux, des secteurs publics et privé, etc.

Les recommandations et suggestions de l'atelier ont permis d'améliorer ce rapport dont la dernière version est partagée à grande échelle.

9. BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) – 2005. *Enquête Démographique et de Santé 2005 – Sénégal (EDS IV) :* Avril 2006. MSMP/CNLS/DLS-Measure DHS+-ORC Macro, Calverton, Maryland, USA.

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

Conseil National de Lutte contre le SIDA/Sénégal, avril 2005. *Rapport de l'audit technique du Plan stratégique 2002-2006 du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA.*

Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007. *Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011.*

Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007. *Manuel de Mise en Œuvre du Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011.*

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

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

Division de Lutte contre le Sida et les IST – 2006. Rapport annuel 2006.

Family Health International – 2006. *Rapport final 2001-2006,* Accord de subvention USAID/FHI 685-A-00-00-00102-00, 2006

Family Health International – 2006. *Rapport Annuel,* Octobre 2006 – Septembre 2007, Accord de subvention n°685-A-00-06-00059-00

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

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

Laboratoire de Bactériologie et de Virologie – 2006. *Données Epidémiologiques du VIH/sida n° 11* – 2006. Dakar, MSPM-FHI-CDC, 53.

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

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

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

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

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

Ngagne MBAYE, Transformer les handicapés en opportunité

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

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

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

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

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

Wade, A., Comité Interne de lutte contre le Sida du Ministère de la Santé. Présentation des résultats 2007.