

Rapports d'avancement nationaux - Sénégal

Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida 2020



Table des matières

- I. Global - Objectifs Accélérer la Riposte
- II. Cascade du test et traitement du VIH - Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90–90–90 d'ici 2020
- III. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH - Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018
- IV. Programmes de prévention du VIH; Populations clés - Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers
- V. Genre; Stigma et discrimination - Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020
- VI. Connaissance du VIH et accès aux services de santé sexuelle et reproductive - S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes
- VII. Protection sociale - S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici 2020
- VIII. Prestation de services à base communautaire - Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020

- IX. Dépenses associées au VIH - Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6% pour les acteurs sociaux
- X. Renforcement et accès à la justice - Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque ou bien affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme
- XI. Sortir le sida de l'isolement - S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C

Global

Objectifs Accélérer la Riposte

Résumé des progrès

Le Sénégal a une épidémie de type concentrée avec un taux de prévalence faible dans la population générale estimée à 0,5 % (Annexe 6 : p. xx) et élevée chez les populations clés les plus exposées notamment les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH), les Professionnels du Sexe (PS) et les Consommateurs de Drogue Injectables (CDI).

Population générale

Les dernières estimations du Spectrum montrent une baisse progressive de la prévalence chez les 15 à 49 ans depuis 2005 passant de 0,7% à 0,5% (Annexe xx : p. xx). Au Sénégal, 0,5 % des femmes et 0,4 % des hommes de 15-49 ans sont positifs au VIH. Chez les femmes, la prévalence augmente avec l'âge ; elle est très faible chez les moins de 20 ans mais augmente pour atteindre un maximum de 1,2 % pour la tranche d'âge 45-49 ans. Chez les hommes, les variations par âge sont plus irrégulières. En excluant le groupe d'âge 30-34 où la prévalence est plus basse, le pourcentage de séropositifs augmente jusqu'au maximum de 1,5 % chez les hommes de 40-44 ans.

Selon les données du rapport national de la riposte au Sida au Sénégal de l'année 2019, le nombre estimé de PVVIH (adultes et enfants) est de l'ordre de 41500 personnes dont près de 25 000 femmes et 4000 enfants de moins de 15 ans comme le montre le tableau 1. Le mode de transmission dominant du VIH reste essentiellement la voie sexuelle.

Tableau 1 : Résumé du profil pays selon Spectrum 2019

Adultes et enfants vivant avec le VIH 41 500 [35 905 - 46 703]

Adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH 41 500 [32 208 - 42 163]

Femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH 25 000 [21 995 - 28 355]

Hommes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH 12 500 [10 306 - 13 651]

Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH 4 000 [3 260 - 4 685]

Prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans 0,4 [0,4 - 0,5]

Prévalence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 49 ans 0,5 [0,5 - 0,6]

Prévalence du VIH chez les hommes âgés de 15 à 49 ans 0,3 [0,2 - 0,3]

La répartition de la prévalence selon la région géographique montre des disparités. Certaines régions du sud, du sud-est et du centre présentent des prévalences au-dessus de la moyenne nationale. Il s'agit respectivement des régions de Kolda et Ziguinchor (1,5 %) suivies de Kaffrine (0,9 %), Tambacounda (0,8 %), Kédougou (0,6 %) (Figure 1).

Au cours de ces dernières années, bien qu'on ait observé une tendance à la baisse du taux d'incidence du VIH dans la population générale ainsi que du nombre estimé de nouvelles infections, on note cependant une augmentation chez les 15-24 ans et 25-49 ans (Figure 2).

Concernant les nouvelles infections, elles sont en baisse de manière générale, dans toutes les tranches d'âge en dehors des 15-24 et 25-49 ans où elles augmentent de façon préoccupante.

En effet les estimations du Spectrum 2019 font état de 1236 nouvelles infections en 2019 (Annexe 6 : p. xx). La répartition selon l'âge montre que 58 % des nouvelles infections surviennent chez les 0-25 ans et plus parmi lesquelles 28,7 % sont attribués aux 0-4 ans et 29,6 % aux 15-24 ans représentant plus du ¼ des estimations (Figure 3). On note également cette tendance qui évolue depuis 2014 (Figure 4 et 5). L'analyse des nouvelles infections chez les jeunes populations clés montre également des situations préoccupantes notamment chez les HSH. Sur l'ensemble des nouvelles infections parmi les hommes de 15-49 ans, 68% sont survenus chez les HSH. Pour les PS, elles représentent 37% chez les femmes de 15-49 ans. Au bilan, 51% des nouvelles infections des 15-49 ans surgissent chez les populations clés (HSH et PS). Cette situation témoigne plus que par le passé la nécessité de centrer d'avantage les efforts de la lutte à l'endroit des populations clés et des jeunes de 15-24 ans. Par ailleurs, chez les 0-4 ans la situation reste également préoccupante et des mesures énergétiques s'avèrent indispensable pour la PTME afin que « la génération sans sida une réalité ».

Le mode de transmission dominant du VIH reste essentiellement la voie sexuelle. L'augmentation des nouvelles infections chez les adolescents et les jeunes de 15-24 ans est certainement liée à l'insuffisance des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées pour cette cible jeune aussi bien chez les populations clés que dans la population générale.

Aussi des interventions en faveur des jeunes populations doivent être promues et adaptées comprenant des activités visant à améliorer les services en faveur des jeunes populations clés.

Cette situation s'explique également par le faible niveau de connaissance des adolescent(e) s sur les modes de transmission du VIH du fait des investissements insuffisantes sur les programmes structurés de sensibilisations destinés aux adolescentes et adolescents.

Le niveau de connaissance complète sur le VIH augmente avec le niveau d'instruction. Il varie chez les jeunes femmes de 10 % parmi celles sans niveau d'instruction à 41 % parmi celles ayant le niveau moyen/secondaire ou plus. Chez les jeunes hommes, elle varie de respectivement 9 % à 51 % montrant ainsi l'importance des interventions

En effet l'EDS Continue de 2018 a montré que les jeunes femmes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant 15 ans sont presque deux fois plus importants que chez les hommes (7 % contre 4 %). Ce pourcentage passe respectivement de 30 % à 16 % chez les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant 18 ans

Au cours de ces trois dernières années, on note une quasi-stagnation des connaissances sur le VIH aussi bien chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes auprès des

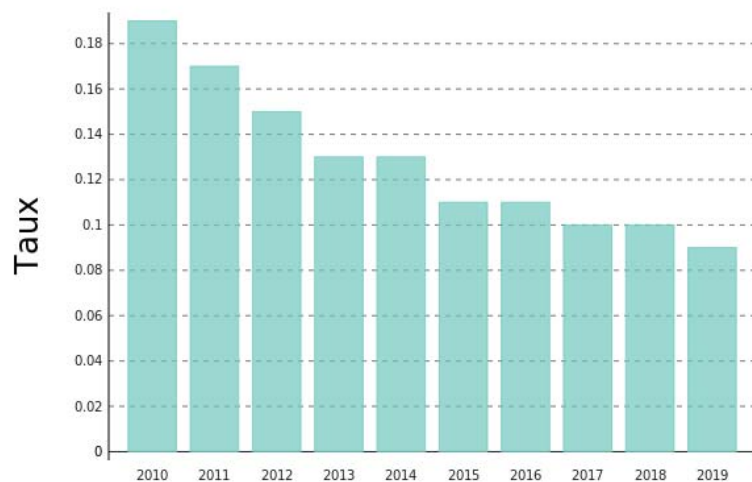
adolescents non scolarisés

De ce qui précède, des interventions structurées et adaptées aux besoins des jeunes filles et jeunes garçons, aussi bien en milieu scolarisé que non scolarisé mettant en œuvre une combinaison différenciée d'interventions formant un ensemble cohérent, deviennent une priorité pour rompre la transmission dans cette tranche d'âge qui constitue l'avenir du pays. Ces interventions vont tirer profit du potentiel du secteur de l'éducation et de celui de la jeunesse en s'adaptant à leurs circuits d'information notamment les technologies de l'information et de la communication (Followers-Influenceurs, Tags, et les plateformes utilisées par les jeunes etc.) en fonction des groupes d'âge ciblés 15-19 ans et 20-24 ans mais aussi aux innovations numériques.

Concernant les décès, les estimations du Spectrum 2019 font état d'environ 1066 décès liés au VIH en 2019. Les tranches d'âge les plus touchées sont respectivement les 0-4 ans (18%) suivi des 40-44 ans (13%), 35-39 ans (13%) et ensuite les 45-49 ans (11%). Ces tranches d'âges représentent plus de la moitié des décès. Malgré une évolution irrégulière des décès liés au VIH depuis 2006, on observe une tendance à la baisse ces dernières années notamment à partir de 2014 (figure 7). La mise en œuvre de la stratégie Tatarsen en a fortement contribué avec l'augmentation croissante des PVVIH sous ARV.

3.1 Incidence du VIH par 1000, Sénégal (2010-2019)

Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées



Source: fichier Spectrum

1.6 Mortalité due au sida par 100000, Sénégal (2010-2019)

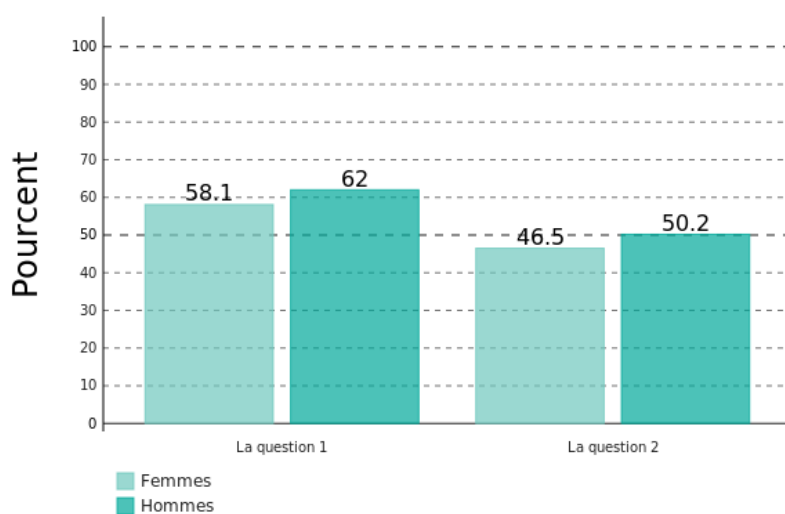
Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes



Source: fichier Spectrum

4.1 Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, Sénégal (2019)

Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant répondu « Non » à : La question 1, « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un épicier ou d'un vendeur si vous saviez que cette personne est atteinte du virus du SIDA ? » ; La question 2, « Pensez-vous que les enfants séropositifs doivent pouvoir aller à l'école avec des enfants non atteints par le VIH ? »



Cascade du test et traitement du VIH

Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90–90–90 d'ici 2020

Résumé des progrès

Quelles sont les performances ?

La mise en œuvre de la stratégie tester et traiter, ainsi que les stratégies novatrices de dépistage (dépistage communautaire démedicalisé, index testing, self testing, autotest, EPOA) ont permis d'améliorer le niveau d'atteinte de la cible des 90-90-90 en 2019 au Sénégal avec 80% des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique, 87% sous ARV et 81% pour la suppression virale.

Le nombre de PVVIH sous TARV augmente régulièrement au Sénégal. Il a doublé en 5 ans passant de 13 716 à 28 960 entre 2013 et 2019.

En 2019, 87% des PVVIH diagnostiquées sont sous traitement. Cette couverture en est passée de 71% en 2017 à 80% en 2019. La couverture en ARV est passée de 54% à 70%. Quant à l'accès à la charge virale est passée de 41% à 57%.

Une analyse opérationnelle de la cascade des soins a permis de mettre en évidence les facteurs de succès et les gaps dans l'accès aux tests et aux traitements.

La rétention sous TARV parmi les patients ayant démarré leur traitement en 2018 est de 79,8%. Elle s'améliore d'années en années passant de 78,5% en 2017 à 79,5% en 2018 pour atteindre 79,8% en 2019. Cette amélioration régulière du taux de rétention à 12 mois pourrait s'expliquer par la mise en œuvre d'interventions de maintien des patients dans les soins telles que l'effectivité des séances d'éducation thérapeutique, du programme d'annonce du statut VIH chez les adolescents, de recherche active des perdus de vue et de relance des patients irréguliers et la mise systématique sous traitement ARV. Cependant, nous constatons au fil du temps une baisse progressive des taux de rétention selon la durée du TARV. Cette baisse est grandement attribuée au taux de perdus de vue. Les pourcentages de patients sous TARV à 60, 120 et 180 mois après la mise en route du traitement étaient respectivement à 56,6%, 54,8% et 50,3% en 2018.

L'analyse des gaps par âge et par sexe montre que 77% des femmes vivant avec le VIH âgées de plus de 15 ans ont accès aux ARV contre seulement 66% des hommes pour cette

même tranche d'âge.

Au regard de l'analyse des résultats de la cascade des soins durant ces trois dernières années, le nombre de PVVIH dépistées et qui connaissent leurs résultats s'est nettement amélioré de 2017 à 2019 passant de 71% à 80%. Ceci a considérablement diminué le gap à combler pour l'atteinte du premier « 90 », qui est de 4 237 PVVIH à diagnostiquer. Ces dernières personnes à trouver demandent des innovations et des efforts soutenus.

Par rapport au traitement, le nombre de PVVIH sous ARV a également augmenté de 2017 à 2019. En 2019 le nombre de PVVIH sous ARV est de 28 960 avec une augmentation annuelle de 9,4% entre 2018 et 2019 soit 2496 patients. Ces résultats encourageants cachent des disparités selon les sexes et les âges au regard des données. En effet, les différentes analyses des cibles montrent que les hommes ont moins eu accès au traitement VIH avec 62% contre 74% pour les femmes.

Il est dès lors nécessaire de développer des stratégies de dépistage et de prise en charge différenciée, ciblant particulièrement les hommes notamment ceux dans les couples dits stables mais qui ont par ailleurs des relations avec d'autres hommes. Aussi les femmes transgenres présentent une vulnérabilité particulière. Une étude qualitative est en cours pour mieux les comprendre et adapter les réponses à leur besoin ; Il s'agit enfin de cibler les groupes les plus difficiles à atteindre pour dépister le maximum de personnes infectées pour les mettre sous traitement.

Cependant, des efforts restent à faire pour le linkage et dans la rétention aux soins des PVVIH pour réduire davantage ce gap. En effet, en 2019 on note une augmentation du taux de déperdition entre les personnes nouvellement diagnostiquées comme séropositives et celles admises dans des services de prise en charge du VIH atteignant 3 798 PVVIH versus 2 201 en 2018.

Cette déperdition est plus accentuée chez les femmes que chez les hommes (2 496 femmes soit 66% vs 1 302 hommes soit 34% en 2019). Ainsi, des efforts devront être consentis pour le Linkage notamment chez les femmes.

Concernant les charges virales (CV), peu de PVVIH sous traitement ARV ont une CV < 1 000 copies /ml (suppression virale) même s'il y a une légère amélioration passant de 12% entre 2016 et 2019 (57%). Malgré les efforts considérables, il reste encore à faire dans le maillage et la fonctionnalité des appareils de charges virales comme le montre la figure 11, dans l'acheminement des prélèvements et le rendu des résultats.

Afin d'accélérer l'atteinte du 3ème 90 c'est-à-dire réaliser la charge virale chez au moins 90% des patients sous traitement ARV et obtenir la suppression virale de façon durable, l'offre pour les examens biologiques de routine y compris la charge virale a été étendue avec l'introduction du Projet Point Of Care (POC) et la mise en œuvre du projet CAR « Collecte Acheminement et Rendu des Résultats pour la charge virale et la PCR, les CD4 ». Ces initiatives ont significativement contribué à l'amélioration de l'indicateur sur la charge virale. En effet, entre 2017 et 2019 le nombre de PVVIH qui sont traitées par ARV et ayant une charge virale supprimée est passé de 7 975 à 23 399 patients soit une augmentation de 193,4%.

Concernant les enfants, la cascade des 90-90-90 montre une couverture ARV particulièrement faible de 37% contre 74% chez les adultes. Ce qui est inacceptable et justifie la stratégie d'accélération en cours dans le pays, couplée à une campagne de mobilisation nationale pour appuyer la prise en charge sociale des enfants vivant avec le VIH. En effet sur les 4 000 enfants estimés vivants avec le VIH en 2019, seuls 41% (1 643/4 000) versus 35%

en 2018 sont dépistées parmi lesquels 1 461 enfants sont mis sous ARV et seulement 765 ont eu une charge virale supprimée. Cette situation corrobore avec l'estimation des décès du Spectrum 2019 qui montre un nombre très important chez les enfants.

Cette situation de la cascade des enfants est liée à la conjugaison de diverses lacunes dont les principales sont les suivantes : (i)

L'enquête Emprise 2 financée dans le cadre du NFM2 réalisée en 2018 pour réévaluer le niveau virologique des enfants montre que 68% des enfants sous ARV ont eu une charge virale > 1 000 cp/ml avec une proportion plus élevée chez les garçons que chez les filles. L'insuffisance pondérale est présente dans la moitié des cas et un enfant sur cinq présente un retard de croissance. Cet échec virologique est de 80% chez la tranche d'âge 1-5 ans et 86% chez les garçons de 15-18 ans. Les problèmes identifiés sont : (i) Problèmes d'observance à cause des facteurs socioéconomiques comme l'absence de revenus des parents en charge de l'enfant (ii) Situations difficiles : confiage, orphelins (50%) (iii) Distances domicile-site PEC impliquant des problèmes de transports (iv) Disponibilités ARV pédiatriques (v) Disponibilité CV (vi) absence de petit déjeuner.

Quels sont les défis et les points à améliorer ?

- L'insuffisance dans le remplissage des dossiers des patients, des registres, de la maquette de PEC et dans la saisie des données dans la plateforme DHIS2,
- Le dépistage du VIH associé à l'arrimage des nouveaux cas positifs est essentiel pour réduire les taux de transmission du VIH et atteindre les cibles 90-90-90. Ainsi, en 2019, parmi les 8 210 personnes dépistées positives au VIH, 5 742 ont été arrimées dans la prise en charge représentant un taux de déperdition d'environ 30 %. Cette déperdition a été estimée à 47 % chez les femmes-jeunes (365/784) et qu'environ 1 164 femmes en âge de procréer n'ont pas été arrimées dans les soins VIH.
- Cette déperdition (30 %) des personnes diagnostiquées associée aux 20 % de personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées et aux 16 % des personnes vivant avec le VIH sans suppression virale parmi les 41500 personnes estimées infectées par le VIH constitueraient des facteurs de transmission du VIH.
- La faible suppression de charges virales parmi l'ensemble des enfants vivant avec le VIH et la forte proportion d'échec thérapeutique.
- Le retard dans le passage en deuxième ligne et en troisième ligne des patients en échec thérapeutique.
- L'absence d'outils harmonisés pour la collecte des données de charges virales au niveau des plates-formes conventionnelles et POC.
- L'insuffisance dans la décentralisation de la PEC aux postes de santé dans certaines régions,
- L'insuffisance dans la remontée des fiches de liaison des postes de santé décentralisés vers le centre de santé principal ayant effectué la décentralisation.
- La faiblesse dans la demande du premier taux de CD4 pour les nouveaux patients.

Quelles sont les perspectives de 2020 pour atteindre les résultats ?

Dans le souci d'atteindre les objectifs, il est impératif de mettre en œuvre des approches innovantes de diagnostic des cas et leur arrimage dans les soins VIH, les stratégies de maintien des patients en vie et sous ARV dans les cohortes et de suppression virale sans oublier l'approche différenciée des patients stables, de ceux diagnostiqués au stade avancé de la maladie, des femmes enceintes et les populations clés. En ce qui concerne les coinfections et les comorbidités, la disponibilité et la gratuité des intrants et services associée à la mise en œuvre de dispositif de prévention de l'hépatite B et du cancer du col de l'utérus participeraient à l'atteinte des résultats. Ainsi, pour mieux capter les données, le S&E devrait rendre opérationnel le logiciel de gestion de cohorte.

Questions de politique (2019)

Existe-t-il une loi, une réglementation ou une politique spécifiant que le dépistage du VIH :

a) Est obligatoire avant le mariage

Non

b) Est obligatoire pour obtenir un permis de travail ou de résidence

Non

c) Est obligatoire pour certains groupes

Non

Quel est le seuil de CD4 recommandé pour débiter un traitement antirétroviral chez les adultes et les adolescents asymptomatiques, selon les directives du ministère de la Santé (MS), et à quel stade en est sa mise en oeuvre?

Pas de seuil, traitement pour tous indépendamment de la numération de CD4; Mise en oeuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)

Votre pays possède-t-il une politique nationale actuelle sur le test systématique de la charge virale pour effectuer le suivi de la thérapie antirétrovirale et dans quelle mesure est-elle mise en oeuvre ?

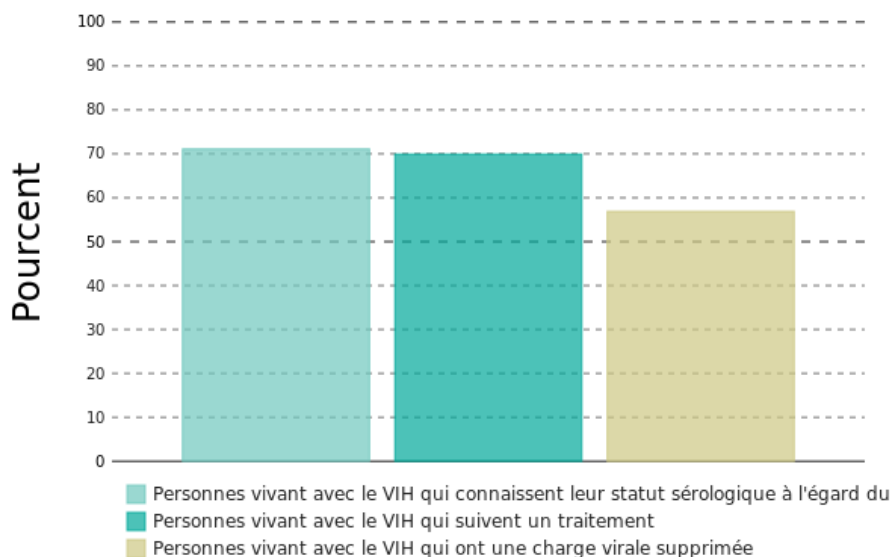
a) Pour les adultes et les adolescents

Oui; Mise en oeuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)

b) Pour les enfants

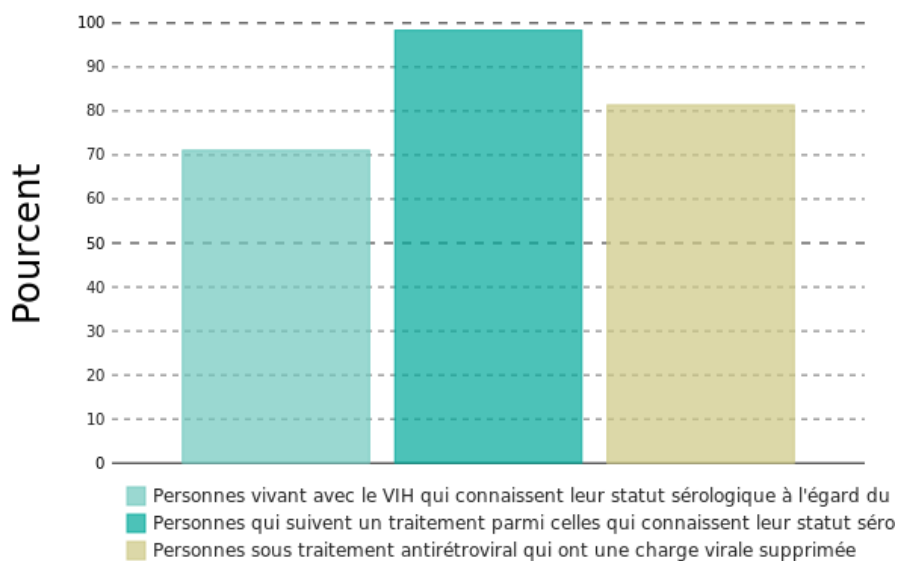
Oui; Mise en oeuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)

Cascade du test VIH et du traitement, Sénégal (2019)



Source: fichier Spectrum

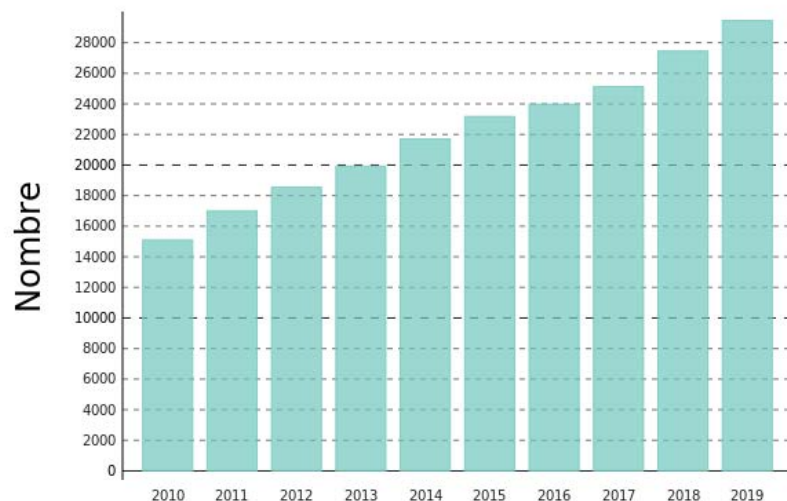
Progrès vers les objectifs 90-90-9, Sénégal (2019)



Source: fichier Spectrum

1.1 Personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique, Sénégal (2010-2019)

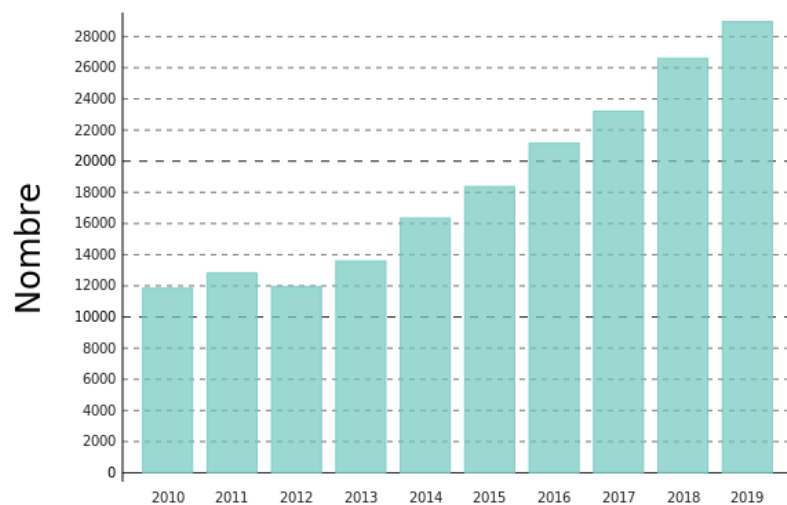
Nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique



Source: fichier Spectrum

1.2 Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral, Sénégal (2010-2019)

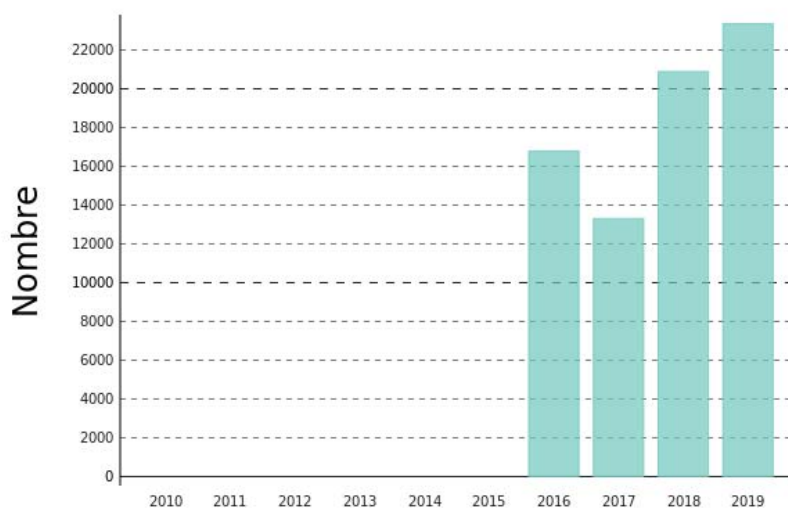
Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral



Source: fichier Spectrum

1.3 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée, Sénégal (2010-2019)

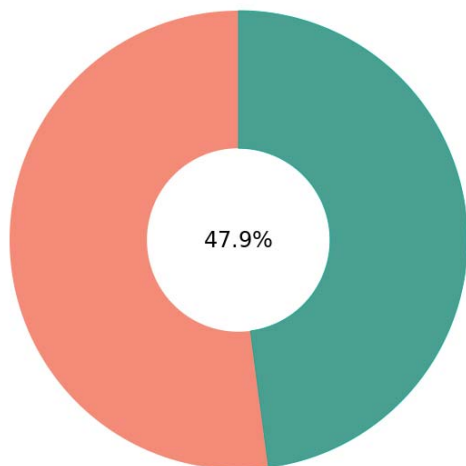
Nombre de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée au cours de la période de référence



Source: fichier Spectrum

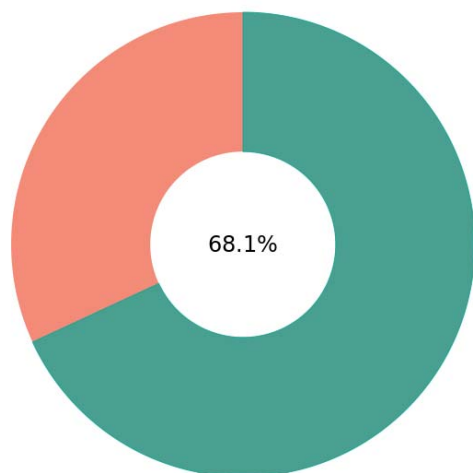
1.4 Diagnostic tardif du VIH, Sénégal (2019)

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la numération initiale des cellules CD4 <200 cellules/mm³ durant la période de référence



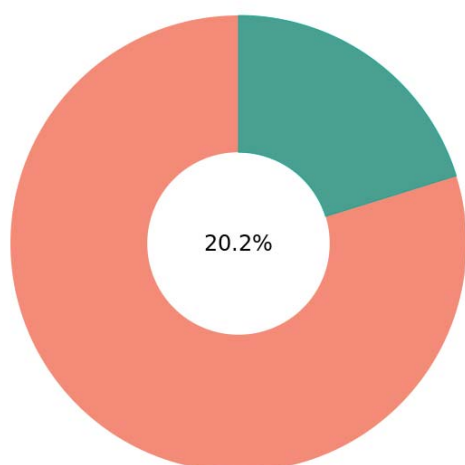
1.4 Diagnostic tardif du VIH, Sénégal (2019)

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la numération initiale des cellules CD4 <350 cellules/mm³ durant la période de référence



1.5 Rupture de stock de médicaments antirétroviraux, Sénégal (2019)

Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires sur une période déterminée



1.6 Mortalité due au sida sur une population de 100 000 personnes, Sénégal (2010-2019)

Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes



Source: fichier Spectrum

1.6 Mortalité due au sida sur une population de 100 000 personnes (adultes 15+), Sénégal (2010-2019)

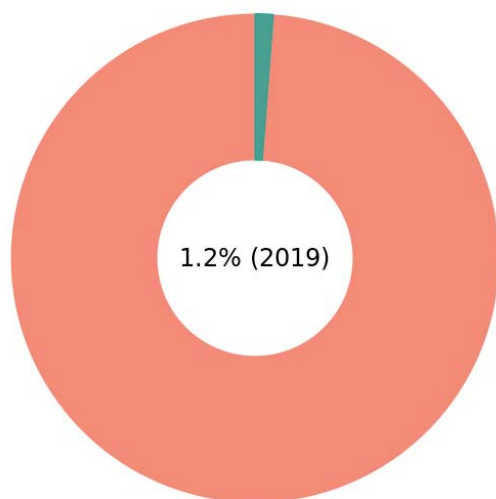
Nombre total d'adultes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes



Source: fichier Spectrum

1.7 Volume de dépistage et dépistage positif du VIH, Sénégal

Le pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) au cours de l'année calendaire



Nombre de tests réalisés = 687 865

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018

Résumé des progrès

Quelles sont les performances ?

- L'accès aux services de PTME a fait l'objet d'une extension importante jusqu'au niveau des postes de santé offrant ainsi des services de PTME avec le dépistage du VIH en CPN et le traitement à travers la délégation des tâches autorisant le personnel paramédical des centres de santé (sages-femmes) et les Infirmiers Chefs de Poste et sages-femmes des Postes de Santé à prendre en charge le couple mère enfant dans le cadre de l'Etme. La délégation des tâches n'est pas passée à l'échelle: 43 % des PS offraient le paquet complet PTME en 2018;

Entre 2018 et 2019, il a été mis en œuvre un plan de rattrapage e-TME avec un système de parrainage « Ndéye-Dické » et « Mother Mentor » qui met au centre du dispositif la sage-femme et les acteurs communautaires.

L'augmentation de la couverture en PTME malgré sa baisse en 2017 a fortement contribué à la baisse des nouvelles infections pédiatriques entre 2017 et 2019.

Au bilan, des résultats encourageants ont été enregistrés pour les principaux indicateurs. En effet, la proportion de femmes enceintes dépistées est passée de 51,0 % à 81,3 %, entre 2017 et 2019 soit une augmentation de 30,3 % et celle qui a reçu des ARV pour réduire le risque de transmission à leur enfant est passé de 53 % à 70 % pour la même période avec un taux d'utilisation CPN qui est passé de 86 % à de 92 % de 2017 à 2019.

Au regard des données de routine on note des améliorations significatives de la proposition des tests qui dépasse 91 % pour l'ensemble des 14 régions avec une moyenne nationale de 96 %. Quant à l'acceptation, la moyenne nationale est de 91 % et seule la région de Diourbel n'a pas atteint la barre des 90 %. Cette situation témoigne de la qualité des counseling et l'acceptabilité du test.

L'offre de service de soins de santé du secteur public est complétée par les secteurs communautaire et privé qui ne sont pas totalement capitalisés malgré une proportion importante de femmes enceintes qui font recours au secteur privé ce qui constitue des occasions importantes manquées.

L'analyse des quatre piliers de la prévention de la transmission Mère Enfant du VIH ont reçu une réponse très différente.

Le premier pilier « dépistage des FAR et leurs Partenaires » montre qu'en 2019 selon les données de routine une faible proportion des jeunes âgés de 15 à 24 ans connaissent leurs statuts sérologiques bien qu'ils soient sexuellement actifs.

Le deuxième pilier « la prévalence contraceptive chez les FE séropositives » montre un gap en termes d'intervention liées à la faible intégration de la Planification familiale dans les services de PTME. S'y ajoute une difficulté à capitaliser la couverture en planification familiale chez les femmes séropositives. Les données de routine montrent qu'en 2019 on dénombre 617 femmes anciennement mises sur ARV qui tombent enceintes représentant ainsi 41

L'insuffisance de programmes de prévention des grossesses non désirées ciblant les FAR positives pourrait expliquer cette situation même si par ailleurs on note un manque d'informations sur les facteurs explicatifs. L'hypothèse pourrait être le fort désir de grossesse chez les femmes séropositives selon une étude Anthropologique .

Le troisième pilier « La prévention de la transmission du VIH des femmes infectées à leurs bébés avec adoption de l'option B+ »

L'analyse de la cascade PTME, montre que des lacunes subsistent entre l'acceptation du test par les femmes enceintes et la réalisation du test occasionnant plusieurs opportunités manquées. En 2018, plus de 19300 femmes enceintes qui ont accepté le test n'ont pas été testées. Les raisons récurrentes évoquées lors des revues régionales sont celles relatives aux ruptures de tests ou l'absence de formations/recyclage sur les nouveaux protocoles de dépistage. En 2019, les cas manqués pour le dépistage des femmes enceintes sont passés de 19 300 à 1 466. 11 % des femmes venues en CPN n'ont pas réalisé le test VIH mettre les effectifs de 2019 (comparer les femmes ayant utilisé et réalisé le test).

La mise sous traitement ARV a évolué de 51 % à 70 % de 2017 à 2019 avec une progression de près de 20 %. Les données de routine montrent qu'en 2019 on dénombre 617 femmes enceintes anciennement mises sur ARV représentant ainsi 41.

Cependant on note une faible proportion de FE VIH+ qui ont bénéficié de la mesure de la CV en 2018. Il est de 23 % (323/1401) et de 21 % en 2019 avec 5/14 régions qui n'ont pas dépassé le seuil de 10 % et Il s'agit des régions de Fatick, Kaffrine, Kolda, Matam et Kédougou. Il y'a eu un rattrapage de la CV organisée dans les régions médicales en 2018 et 2019, les femmes enceintes ont également fait l'objet de rattrapage mais ce n'est pas spécifié sur le bulletin donc les données ont été capitalisées pour le compte des adultes de sexe féminin suivies il s'y ajoute un non respect des directives de demande de CV en fin de grossesse par les prestataires.

Le quatrième pilier « l'offre d'un traitement, des soins et soutiens appropriés aux mères séropositives, leurs enfants et leur famille » ont reçu les principales interventions.

Quant aux enfants nés de mères séropositives, on dénombre 1052 enfants parmi lesquels 94 % en 2018 et 91 % ont reçu une prophylaxie ARV en 2019, 49 % ont bénéficié d'un diagnostic précoce entre 6 et 8 semaines en 2018. Cet indicateur a connu une évolution de

49 % à 72 % en 2019, des PDV des mères séropositives après accouchement ont été notés. Cependant on note un taux de perdu de vue de 11,2 % dû aux facteurs nutritionnels et de transport selon les résultats des revues régionales , les régions les moins performantes en 2019 sont celles de Kafrine, de Kaolack et de Kolda.

Les prestataires demandent la PCR au-delà du délai recommandé de 8 semaines donc n'est pas comptabilisé dans le calcul de l'indicateur,

Le taux de couverture global en PCR sans tenir compte de l'âge de l'enfant est 110 % des ruptures d'intrants de DBS et de réactifs ont été notées en 2019

L'accessibilité de la PCR s'est améliorée par la disponibilité des POC.

Pour le dépistage il y'a 11 % de déperdition entre les femmes enceintes reçues en CPN et la réalisation du test.

Les régions à plus faibles performances restent les grandes villes Dakar, de Ziguinchor etc.

Ainsi, on constate des situations préoccupantes dans certains districts sanitaires.

Pour répondre de manière appropriée aux différents défis, le programme a entrepris une classification des districts sanitaires à partir des critères suivants dans une optique de consolider les acquis :

Proposition de classification basée sur l'atteinte des objectifs d'élimination de la TME

Qui sont : le taux d'utilisation CPN (95 %) ; couverture en dépistage (95 %), couverture en ARV et PCR des nourrissons nés de mères séropositives (90 %)

Cette approche permettra de mettre l'accent sur une approche différenciée d'offre de paquet de service selon les districts. Ces changements permettront d'optimiser les résultats et d'atteindre le contrôle de l'épidémie dans certains districts sanitaires qui plombent les performances du programme.

Quels sont les défis et les points à améliorer ?

Selon l'EDS de 2017, Les CPN sont tardives : c'est dans 64 % des cas seulement que la première visite prénatale a eu lieu à moins de quatre mois de grossesse) et la couverture adéquate ou achèvement CPN est aussi faible (57 %) ;

La persistance des croyances culturelles et les tabous imposent les femmes enceintes à cacher leur grossesse dans les premiers mois ; ce qui justifie les 1ères CPN tardives ;

Existence de grossesses précoces chez les ado-jeunes alors que le dépistage VIH est faible ; faiblesse des activités de prévention primaire ;

Toutes les femmes qui sont venues en CPN ne sont pas dépistées (gap de 11 %) soit par non-retour après l'autorisation du mari ou par rupture de test ;

Les stratégies de parrainage et d'accompagnement du couple mère-enfant notamment le « Ndèye-Dické » et le Mother-mentor sont efficaces mais ne sont pas effectives dans toutes les régions par insuffisance d'appropriation des prestataires et autorités médicales.

La délégation des tâches n'est pas passée à l'échelle (couverture de 43 % d'offre du paquet

PTME complet dans les postes de santé) ;

Le diagnostic précoce a enregistré des résultats importants mais le plus souvent grâce aux campagnes d'accélération. Il est noté des pertes de vues des mères après accouchement et les PCR sont faites au-delà de 8 semaines donc non capitalisées dans le calcul de l'indicateur couverture en PCR ; la couverture globale en PCR sans tenir compte de l'âge est de 100 % et est de 72 % avant 8 Semaines .

Les obstacles économiques auxquels les mères sont confrontées limitent le recours aux soins pour une continuité des services ;

Non implication des hommes dans la SMNI en général et dans la PTME alors qu'ils détiennent le pouvoir décisionnel des femmes à faire recours aux structures sanitaires ;

Non partage du statut sérologique dans le couple expliquerait la rupture des soins après accouchement

Faible intégration de la SR et du VIH alors que les cibles sont les mêmes ;

Faible intégration du secteur privé dans la PTME et la non capitalisation de leurs données ;

Incohérence et incomplétude des données à tous les niveaux.

Quelles sont les perspectives de 2020 pour atteindre les résultats ?

Pour l'utilisation en CPN : capitaliser les données des structures privées dans les grandes villes

Questions de politique (2019)

Votre pays a-t-il mis en place un plan national pour l'élimination de la transmission mère-enfant (TME) du VIH ?

Oui

Objectif(s) concernant le taux de transmission de la mère à l'enfant et l'année <5%; 2020

Objectif(s) d'élimination (tels que le nombre de cas/population) et l'année <50 cas / 100000naissances vivantes; 2020

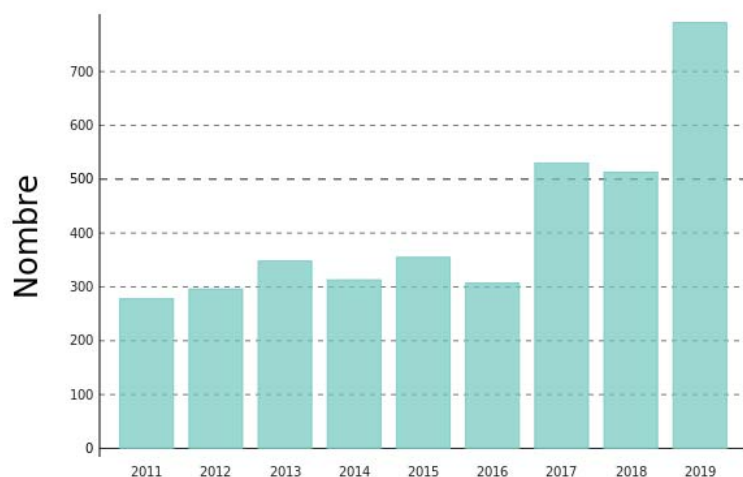
Les directives nationales recommandent-elles le traitement de tous les nourrissons et les enfants séropositifs, indépendamment de leurs symptômes ? Si oui, quel est le statut de mise en oeuvre de la politique d'âge limite adoptée dans votre pays ?

Traitement pour tous, indépendamment de l'âge

Mise en oeuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)

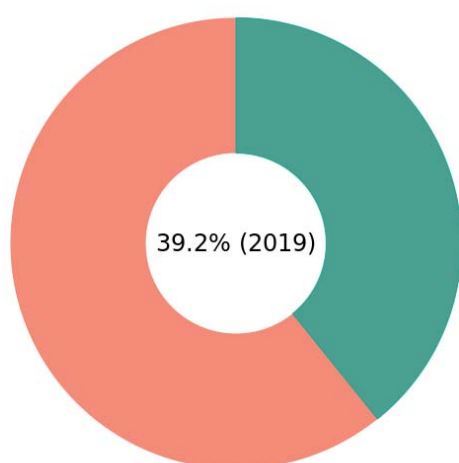
2.1 Diagnostic infantile précoce, Sénégal (2011-2019)

Nombre de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie



2.1 Diagnostic infantile précoce, Sénégal (2018-2019)

Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH qui subissent des tests virologiques dans les deux mois suivant la naissance

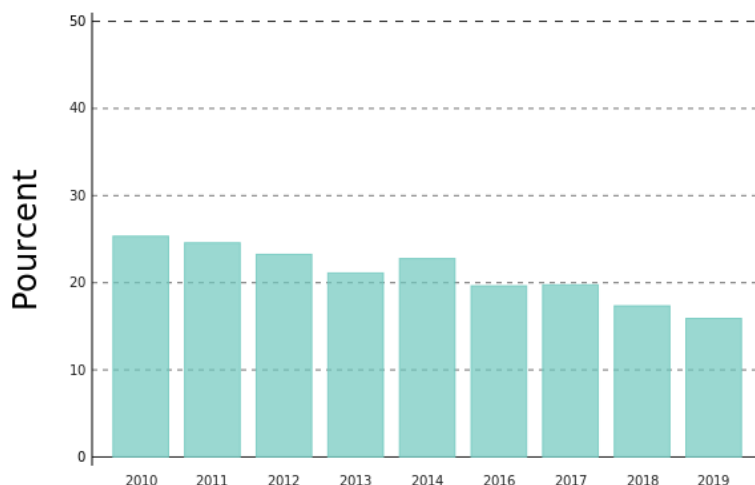


↑ 24.5% (2018)

Source: fichier Spectrum

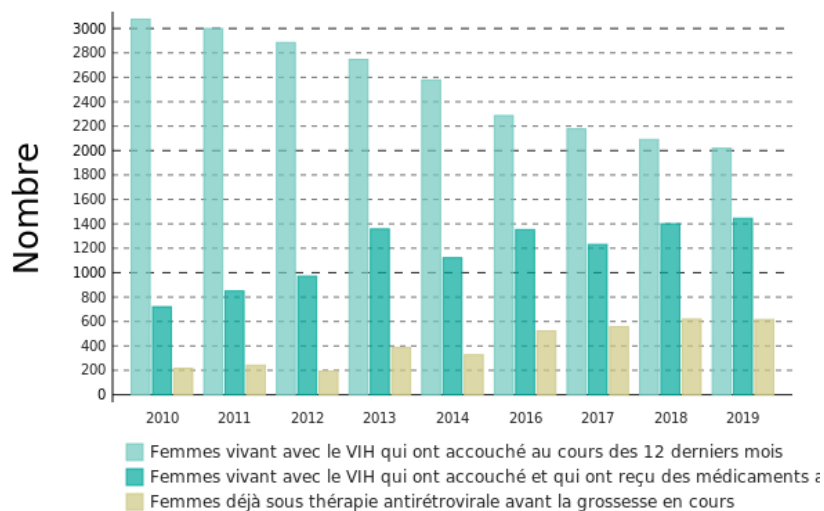
2.2 Transmission mère-enfant du VIH, Sénégal (2010-2019)

Pourcentage estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois



Source: fichier Spectrum

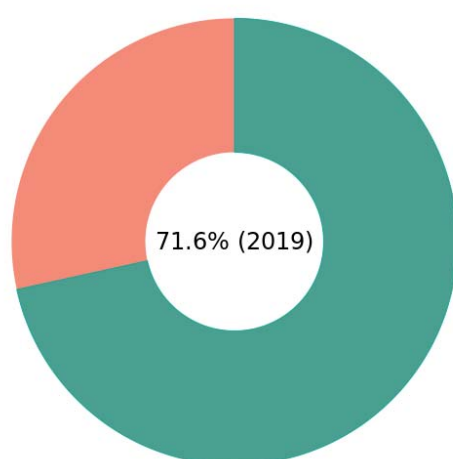
2.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, Sénégal (2010-2019)



Source: fichier Spectrum

2.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, Sénégal (2018-2019)

Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant

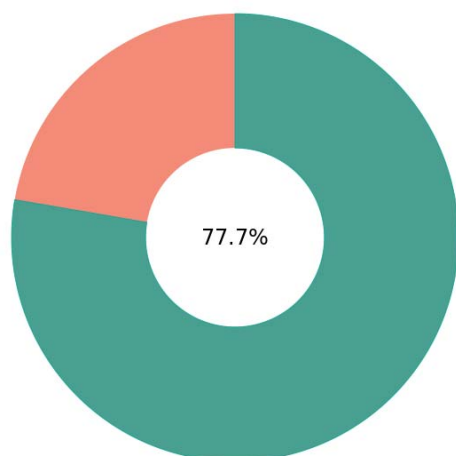


↑ 66.99% (2018)

Source: fichier Spectrum

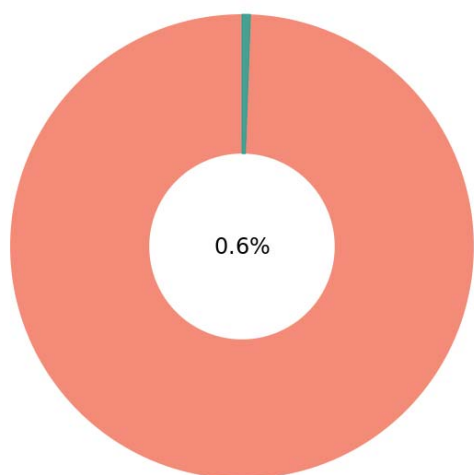
2.4 La syphilis chez les femmes enceintes, Sénégal (2019)

Pourcentage de femmes qui ont fait l'objet d'un dépistage de syphilis



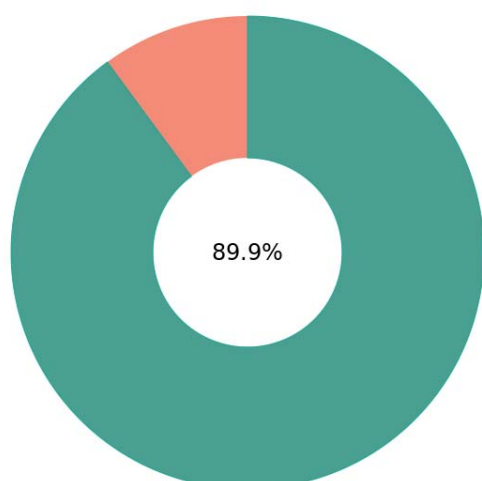
2.4 La syphilis chez les femmes enceintes, Sénégal (2019)

Pourcentage de femmes enceintes dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif



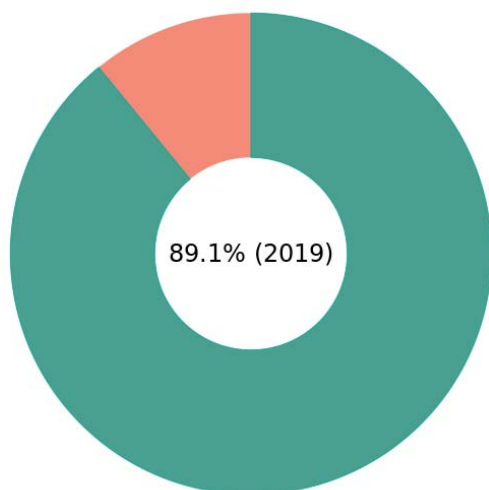
2.4 Syphilis chez les femmes enceintes, Sénégal (2019)

Pourcentage de femmes sous traitement parmi celles séropositives



2.6 Test du VIH chez les femmes enceintes, Sénégal (2018-2019)

Pourcentage de femmes enceintes séropositives dont le statut VIH est connu



↑ 75.8% (2018)

Programmes de prévention du VIH; Populations clés

Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers

Résumé des progrès

- Analyse de la situation épidémiologique

Chez les populations clés, les prévalences sont 10 à 50 fois supérieures à la moyenne nationale avec des situations très préoccupantes chez HSH.

Les HSH ont une prévalence du VIH qui augmente régulièrement. Elle est passée de 17,8 % en 2014 à 27,6 % en 2017 soit une augmentation de 10 points en 3 ans. Cette augmentation est plus marquée chez les jeunes HSH avec des prévalences plus élevées dans les régions du Nord et du centre ouest particulièrement à Saint-Louis, Louga et Dakar où la prévalence peut aller au-delà de 40% dans certains groupes de HSH.

Concernant les comorbidités, l'enquête menée en 2017 auprès des HSH, montre une séroprévalence à l'hépatite virale B de 15,9 % avec des disparités régionales.

- Professionnelles du sexe.

Chez les PS, la prévalence du VIH a baissé en 2015 passant de 18,5 % à 6,6 % entre 2010

et 2015. Cette baisse a été confirmée par les données de 2019 (Annexe xx : p. xx) avec un taux de prévalence du VIH pour la cible PS estimé à 5,82%. Ce taux reste cependant assez élevé comparé à celui des femmes de la population générale (0,5%). Dans 3 des 14 régions du pays, les taux sont supérieurs à la prévalence nationale chez les PS, il s'agit de Ziguinchor 6,50%, Dakar 6,48% et Tambacounda 6,34. Quant aux IST, on note un recul du taux de prévalence de la Syphilis 2,03% tandis que celui de l'Hépatite B a connu une augmentation (7,90% en 2015 vs 9,87%) et celui de l'hépatite C'est estimé à 0,43%

□ Consommateurs de drogues injectables.

Au niveau des consommateurs de drogues injectables, l'enquête UDSEN, réalisée en 2011 avait montré une prévalence de 5,2 %. Elle est plus élevée chez les femmes (13,0 %) que chez les hommes avec 3,0 %. Par ailleurs une enquête plus récente réalisée dans la région de Thiès à Mbour a montré une prévalence de 3,7 % (Annexe xx : p. xx). De plus dans le cadre du programme PARECO piloté par l'ANCS, les mêmes tendances sont observées dans les régions de Kaolack et Dakar.

□ Analyse de la réponse, quelles sont les performances?

Concernant les jeunes et adolescent (e)s

Au Sénégal, selon la dernière Enquête Démographique de Santé-Continue (EDSC 2017), la prévalence du VIH chez les jeunes filles âgées de 20 à 24 ans est de 0,5% contre 0,2% chez les jeunes garçons. De plus, il est constaté que les 15-24 contribuent pour plus de ¼ des nouvelles infections

En réponse à cette situation, des initiatives sont prises par l'Etat du Sénégal à travers les secteurs en charge des jeunes, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et la société civile en faveur de la protection des jeunes. Une stratégie est en cours avec l'appui de l'UNICEF à travers la stratégie ALL IN qui est alignée à l'agenda pour l'action : "Mettre fin à l'épidémie du VIH chez les adolescent(e)s jeunes d'ici 2030". Cette stratégie a pour but d'amplifier et de compléter les initiatives agissant pour et avec les adolescent(e)s jeunes et maximiser ainsi les investissements et efforts de mobilisation des ressources en faveur de la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s jeunes y compris la lutte contre les IST/VIH SIDA.

Une analyse rigoureuse de l'accès des jeunes et adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive y compris la lutte contre les IST/VIH SIDA a été réalisé en janvier 2020 à travers l'application de l'outil AADM et les entretiens avec des acteurs clés de la réponse. Cette analyse a permis d'objectiver des défis cruciaux à relever pour "Mettre fin à l'épidémie du VIH chez les adolescent(e)s jeunes d'ici 2030" au Sénégal. Ces défis sont liés notamment : (i) à la faible connaissances sur les moyens de prévention du VIH chez les jeunes et adolescents (33% chez le garçon et 26% chez les filles de 15-24 ans selon l'EDSC 2017), (ii) à la faible utilisation du préservatif par les jeunes lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire (57% pour les garçons de 15-19 ans, et de 45% chez les 20-24 ans), (iii) à la faible couverture, du dépistage VIH avec seulement 41% des enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique, 37% qui bénéficient d'un traitement ARV et seulement 19% ont une charge virale supprimée.

Concernant la PreP, les activités préliminaires qui vont permettre la mise en œuvre de cette stratégie sont finalisées (élaboration de documents d'orientation, validation des documents par le Ministère de la santé, formation) et un atelier national organisé. Mais on note une lenteur dans le démarrage des activités. Les activités pourraient commencer au 2ème trimestre de 2020 pour la cible des HSH et des PS avec des cohortes de 500 pour les HSH et

1 400 pour les PS. Ainsi, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie PreP, une recrudescence des infections sexuellement transmissibles est attendue et pour cela des activités de prévention doivent être mises en œuvre.

Concernant la Cascade des populations clés notamment les HSH et les PS, des gaps importants existent chez les HSH et les PS en 2019

Concernant les HSH, les données de la cascade des 90-90-90 donne des orientations importantes pour guider les programmes d'accès aux tests et aux soins. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, seuls 34,0% ont été dépistés du fait d'un environnement peu favorable qui pousse les HSH à se cacher. Malgré ce faible taux de dépistage on remarque un lien au traitement de 83% ce qui traduit les efforts pour la prise en charge. D'avantages d'efforts doivent être orientés vers le dépistage car s'ils connaissent leurs statut sérologique le lien aux soins est pratiquement assuré pour les HSH.

Concernant les PS, seuls 53% ont été dépistés. Contrairement aux HSH, le lien au traitement reste problématique. Au même titre que les HSH, des efforts doivent être consentis sur toute la chaîne de la cascade de soins.

Afin de mettre en place des interventions ciblées et différenciées, la Division de Lutte contre le Sida (DLSI) a mis en place en 2018 des cohortes HSH et PS au sein de certaines structures de prise en charge qui ont donné des résultats encourageants. L'analyse des programmes ciblant les populations clés montrent des gaps en termes de cibles, d'interventions et de couverture géographique. Une cartographie des hot spots, réalisée en 2018 a permis une meilleure connaissance de ces groupes et va permettre de relever les résultats fixés au niveau des populations clés. En effet, les initiatives développées ayant montré une efficacité touchent encore faiblement les sous-groupes de populations clés (jeunes HSH, jeunes PS, PS clandestines, jeunes, transgenres et femmes CDI) et sont souvent limités dans certaines régions notamment Dakar, Ziguinchor et Mbour. Pour répondre aux besoins spécifiques de ces groupes, une meilleure connaissance des hot spots ainsi qu'un ciblage par district a démontré une plus grande efficacité avec un yield qui est passé de 1,9% à 17% avec la mise en œuvre des actions initiées par le Pefpar (Annexe Pefpar COP 2020 FY20Q1 Performance).

Le tableau 3 qui présente les résultats du projet Pefpar réalisés dans 4 Districts Sanitaires (DS Sud Dakar; DS Pikine DS Mbour DS Ziguinchor) montre des taux de positivité variant entre 1 et 22 % selon le district avec un linkage dépassant les 75 % et un taux de suppression virale de 60 %

Concernant les transgenres, le pays ne dispose pas actuellement d'informations sur leur taille malgré leur existence. Ainsi, il est prévu une étude qualitative pour explorer la situation des transgenres au Sénégal dans le cadre des fonds catalytiques. Cette étude exploratoire dont les résultats sont prévus en 2020 va permettre d'avoir les données sur cette sous populations particulièrement vulnérables car plus exposées à la discrimination et à la stigmatisation et donc susceptibles de subir les violences liées au genre. Ce qui limite leur accès aux services VIH dans les structures ou le personnel n'est pas formé à les protéger.

En s'inspirant des bonnes pratiques de ce projet, certaines interventions de la société civile seront réadaptées dans une optique d'efficacité et d'efficience. En vue d'optimiser les interventions à l'endroit des populations clés, une cartographie des organisations de la société a été effectuée. Par exemple dans une région et parfois au sein des mêmes hot spots on constate plusieurs organisations qui interviennent auprès des mêmes cibles sans un mécanisme collaboration efficace. De cette cartographie, il s'agira dans cette subvention de rationaliser les intervenants dans les régions et selon les cibles dans une optique d'efficience

et d'éviter les doublons.

Par ailleurs une extension de la couverture géographique de la prise en charge des CDI jusque-là limitée à Dakar et Mbour, est prévue dans d'autres départements du pays pour plus d'équité et une couverture géographique plus importante des populations clés.

Malgré les progrès obtenus en termes d'accès aux traitements antirétroviraux, le dépistage et la prise en charge des populations clés moteurs de l'épidémie constituent un enjeu majeur dans un contexte de ressources limitées et d'une perspective de transition de financement.

Une approche selon les types de vulnérabilités (localités, comportements sexuels, mobilité et handicap) associée à une approche selon le genre sera adoptée notamment pour adresser les besoins des populations clés dans la présente subvention. Elle va permettre de combler les écarts dans l'accès aux services de prévention et de soins entre les populations clés et la population générale. Le but étant de réduire considérablement la chaîne de transmission du VIH et contrôler l'épidémie du sida dans le pays.

Au bilan, l'analyse des différentes cascades montre que des gaps persistent et sont plus accentués chez certaines catégories de populations. Ainsi, des efforts rapides et soutenus sont nécessaires à l'endroit des enfants notamment chez les 0-4 ans, des populations clés, des jeun

Questions de politique : Populations clés (2019)

Criminalisation et/ou poursuite des populations clés

Personnes transgenres

- Ni criminalisées ni poursuivies en justice

Professionnels du sexe

- Autre réglementation répressive et/ou administrative sur le commerce du sexe

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- Oui, l'emprisonnement (14 ans maximum)

La consommation de drogues ou la détention de drogues pour usage personnel constituent-elles un délit dans votre pays ?

- La détention ou la consommation de drogues constituent une infraction
- La détention de drogues pour usage personnel constitue une infraction

Protections juridiques pour les populations clés

Personnes transgenres

- Ni criminalisées ni poursuivies en justice

Professionnels du sexe

- Autres dispositions non discriminatoires spécifiant le commerce du sexe

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- Non

Personnes qui s'injectent des drogues

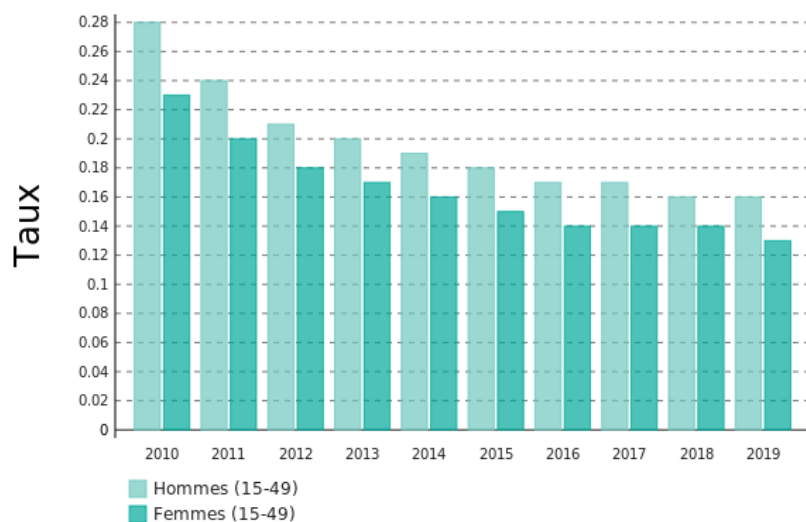
- Oui

La recommandation de l'OMS sur la PrEP orale a-t-elle été adoptée dans les lignes directrices nationales de votre pays?

Oui, les recommandations relatives à la PrEP ont été adoptées mais ne sont pas encore mises en oeuvre

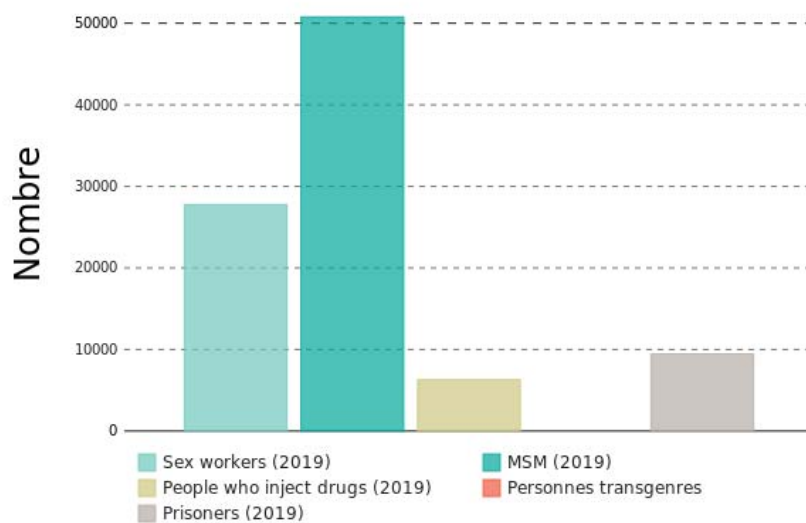
3.1 Incidence du VIH par 1000, Sénégal (2010-2019)

Nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées (Adultes, 15 à 49 ans)



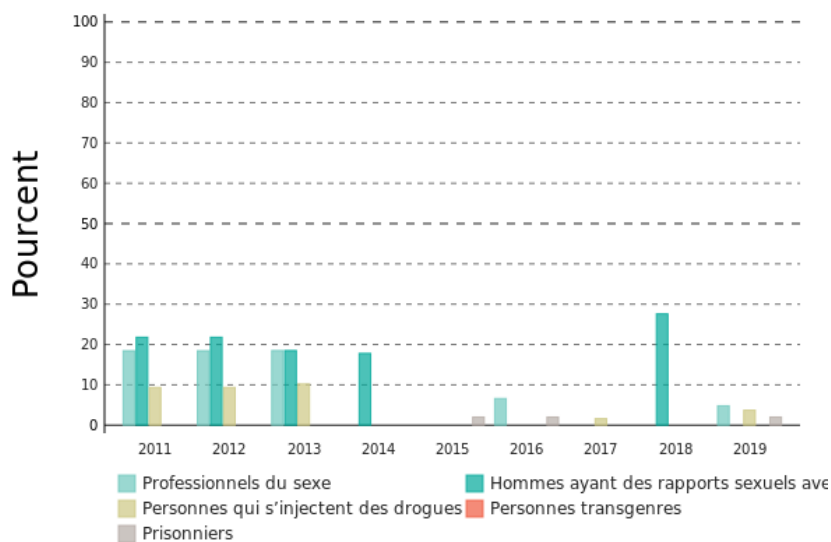
Source: fichier Spectrum

3.2 Estimations de la taille des populations clés, Sénégal



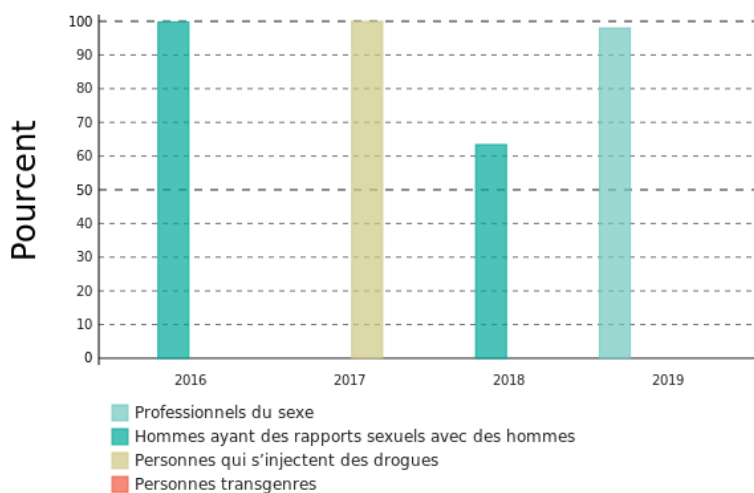
3.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés, Sénégal (2011-2019)

Pourcentage de populations clés spécifiques vivant avec le VIH



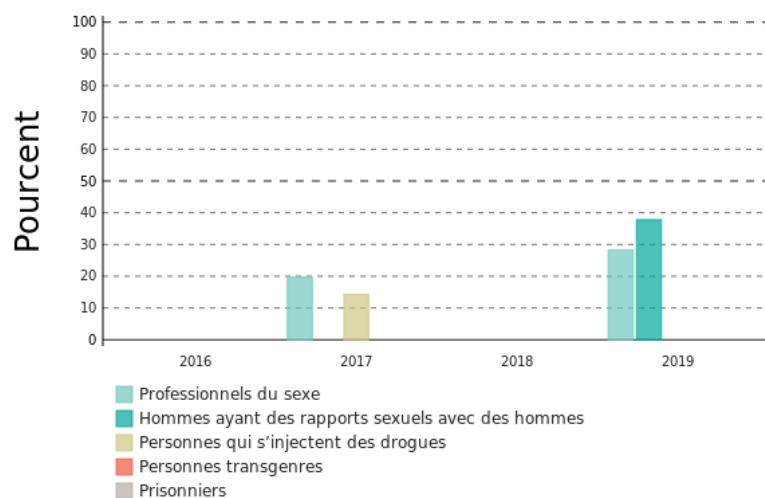
3.4 Dépistage du VIH parmi les populations clés, Sénégal (2016-2019)

Pourcentage de personnes d'une sous-population clé testées pour le VIH dans les 12 derniers mois ou qui connaissent leur statut sérologique VIH actuelle



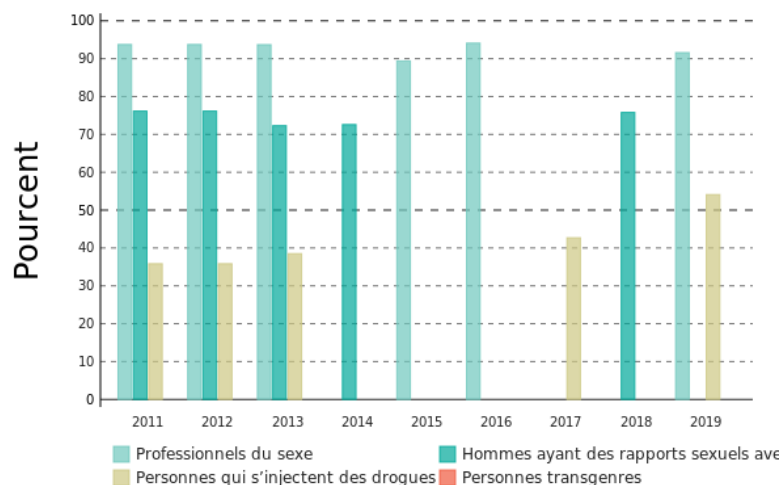
3.5 Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés, Sénégal (2016-2019)

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dans une population clé qui ont reçu un traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois



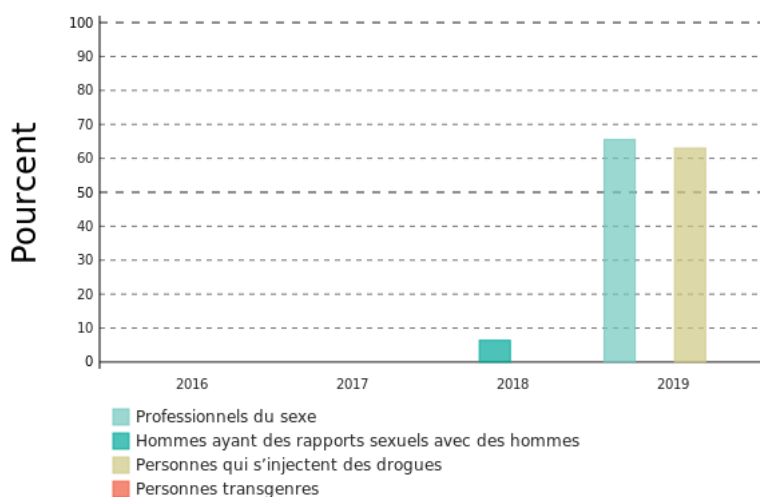
3.6 Utilisation du préservatif parmi les populations clés, Sénégal (2011-2019)

Pourcentage parmi une population clé indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel



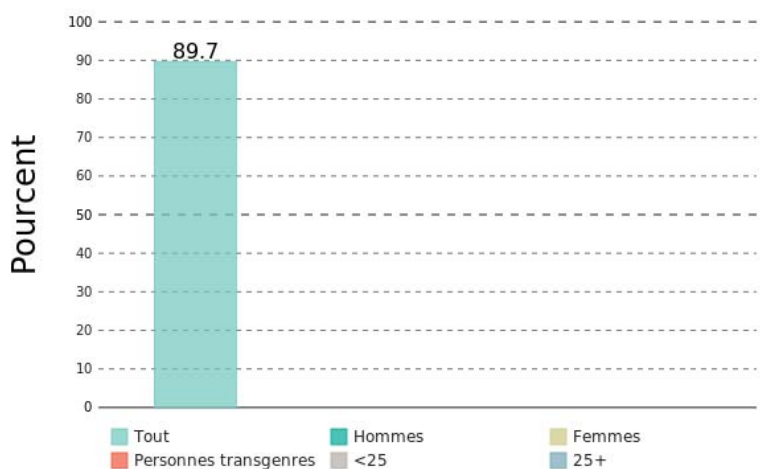
3.7 Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés, Sénégal (2016-2019)

Pourcentage de personnes au sein d'une population clé qui indiquent avoir bénéficié d'un ensemble intégré d'interventions de prévention du VIH



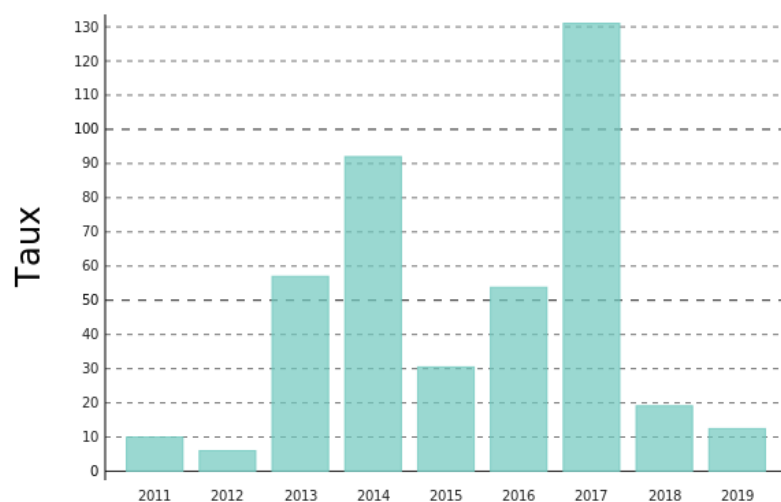
3.8 Pratiques d'injection sans risques parmi les personnes qui s'injectent des drogues, Sénégal (2019)

Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui déclarent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection



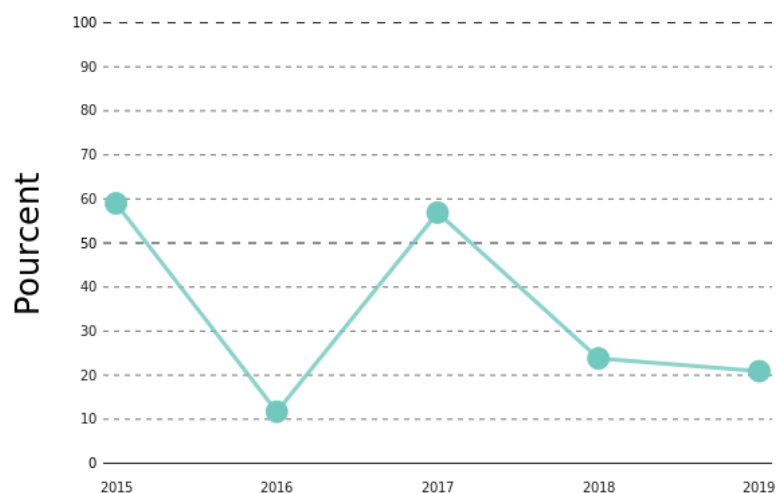
3.9 Aiguilles et seringues distribuées par personnes qui s'injectent des drogues, Sénégal (2011-2019)

Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues et par an, par le biais des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues



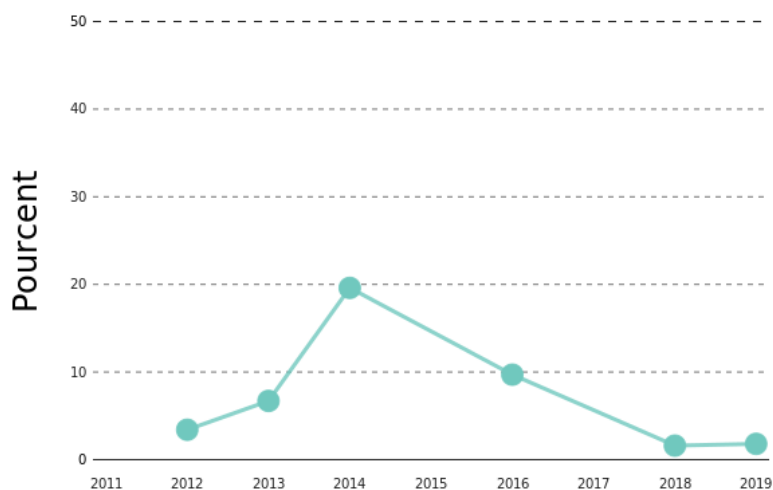
3.10 Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés, Sénégal (2015-2019)

Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues recevant un traitement de substitution aux opiacés (TSO)



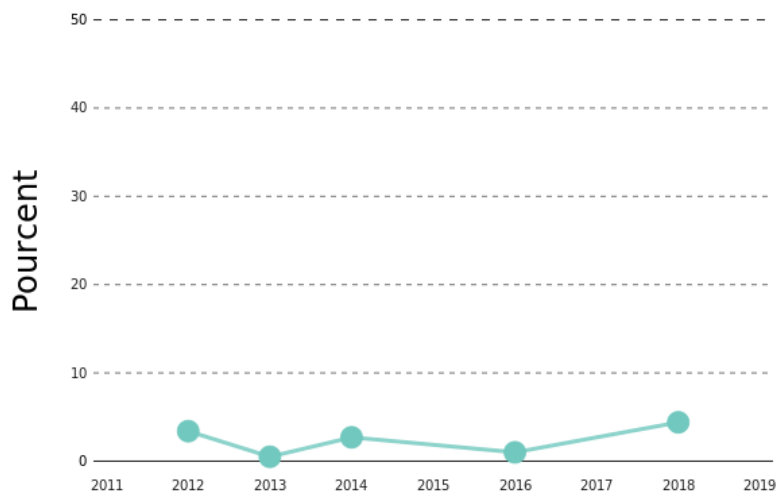
3.11 Syphilis active chez les professionnels du sexe, Sénégal (2011-2019)

Pourcentage de professionnels du sexe présentant une syphilis active



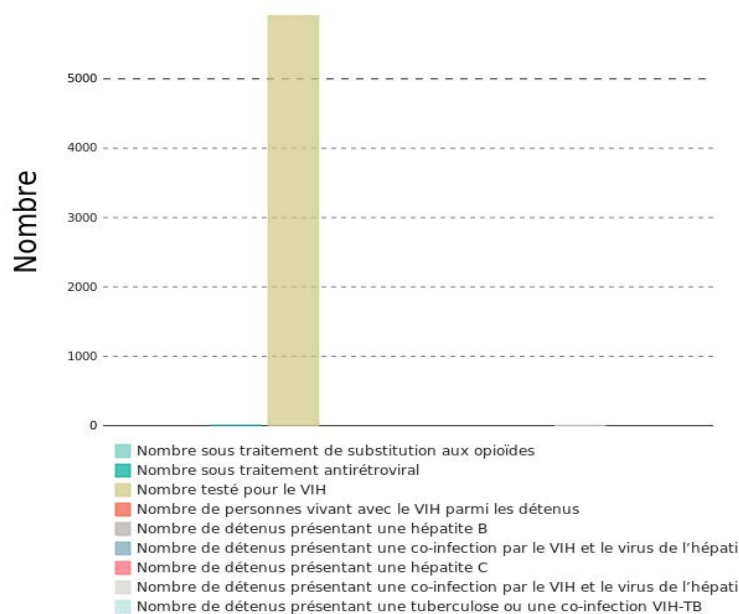
3.12 Syphilis active parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Sénégal (2011-2019)

Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et présentant une syphilis active



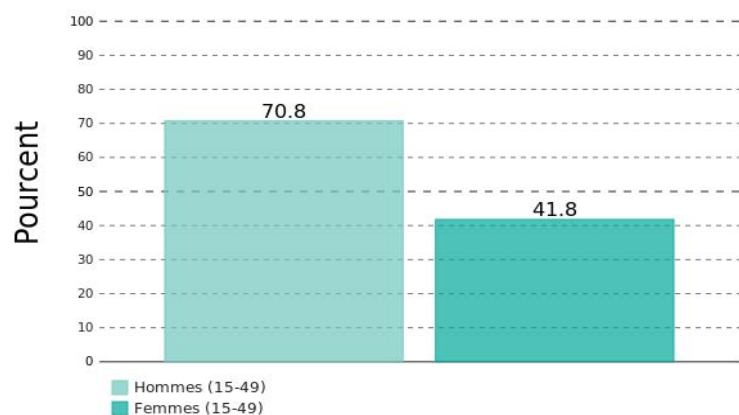
3.13 Programmes de prévention du VIH dans les prisons, Sénégal (2019)

Programmes de prévention et de traitement du VIH offerts aux prisonniers en détention



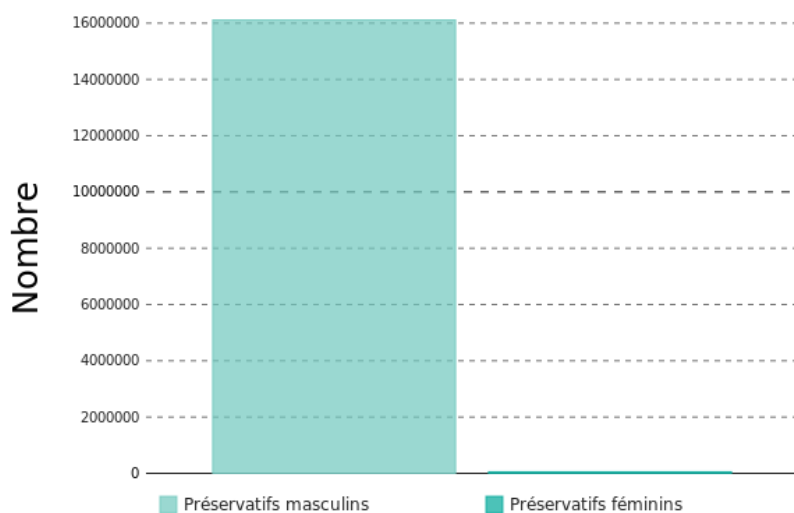
3.18 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, Sénégal (2017)

Pourcentage de personnes interrogées qui disent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non cohabitant, parmi celles qui ont eu des rapports sexuels avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois



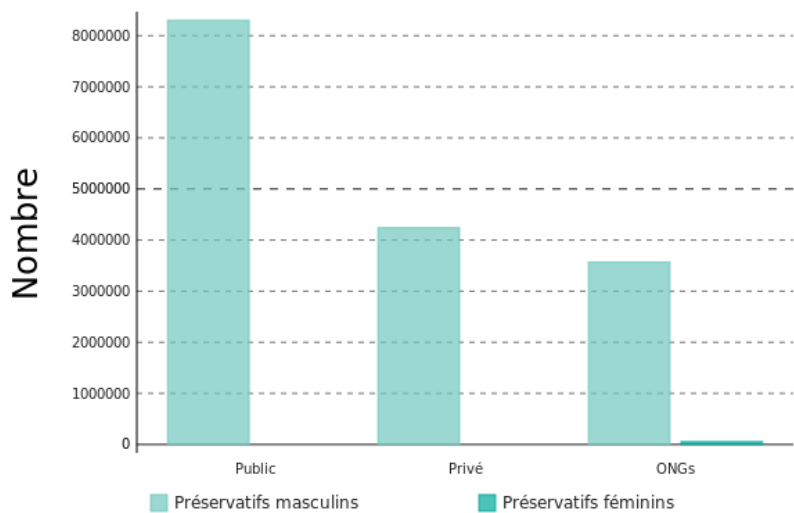
3.19 Nombre annuel de préservatifs distribués, Sénégal (2019)

Nombre de préservatifs distribués au cours des 12 derniers mois



3.19 Nombre annuel de préservatifs distribués, Sénégal (2019)

Nombre de préservatifs distribués au cours des 12 derniers mois



Genre; Stigma et discrimination

Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020

Résumé des progrès

Analyse de la situation et de la réponse

La discrimination fondée sur le genre a été identifiée comme un obstacle, en particulier en ce qui concerne les travailleuses du sexe et les femmes vulnérables, mais également les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les facteurs sociaux, tels que le divorce et les difficultés financières, ont été repérés comme vecteur poussant les femmes sénégalaises à pratiquer le commerce du sexe, et représentent un niveau de vulnérabilité spécifique aux femmes. Il est nécessaire toutefois de mieux comprendre les facteurs et vulnérabilités économiques spécifiques liés au commerce du sexe au Sénégal.

Les inégalités entre les genres auxquelles sont confrontées les femmes limitent leur capacité à négocier des pratiques sexuelles sans risque ou des prestations médicales et les dépenses associées. Ces inégalités s'étendent jusqu'à la violence fondée sur le genre, qui peut à la fois engendrer un risque biologique de transmission du VIH et entraver le recours aux services de santé.

Les rôles attribués aux genres et les attentes qui y sont associées à l'égard des femmes influent sur le risque d'infection à VIH au Sénégal. Lorsque l'on attend d'elles qu'elles effectuent davantage de tâches domestiques, le temps dont elles disposent et leur capacité à s'occuper d'elles-mêmes ou de solliciter des soins médicaux sont plus limités.

En outre, les programmes de lutte contre le VIH passés n'ont pas traité de manière efficace la vulnérabilité économique et sociale des femmes (Foley et Nguer 2010). Des obstacles économiques ont été repérés, notamment le coût du transport, les frais associés au diagnostic et au traitement du VIH, le manque d'infrastructures sanitaires, et l'inadéquation des capacités des ressources humaines, de la prévention, des soins et des activités de soutien (Open Society Foundation 2007).

Un nombre limité d'interventions sont actuellement spécifiquement destinées à réduire la discrimination à l'égard des femmes et des filles dans le contexte du VIH, mais l'analyse de la situation a permis de constater ce qui suit : 1) des activités rémunératrices pour les

travailleuses du sexe ; 2) une meilleure sensibilisation à la violence à l'égard des femmes à l'échelle communautaire ; 3) des formations destinées aux prestataires de santé et à d'autres personnes en vue d'élaborer une riposte globale à la violence fondée sur le genre, à l'aide de modules spécifiques en la matière dans le contexte du VIH ; et 4) la création par le CNLS de politiques relatives au genre et d'activités de formation liées au genre. (source :Etude baseline assessment 2018)

Quels sont les défis et les points à améliorer ?

- La levée des barrières financières (coût) et sociales (pauvreté) au sein des populations clés et des femmes;
- garantir un accès à la justice pour les femmes,
- d'attirer l'attention sur les pratiques et les risques relatifs aux mutilations génitales féminines/à l'excision,
- Renforcement des services de lutte contre la violence fondée sur le genre, en intégrant notamment des composantes VIH pertinentes dans le système de santé, en formant les prestataires de service au respect des directives relatives à la prophylaxie post exposition et à sa mise en œuvre ;
- adaptation des directives en faveur des soins tenant compte de traumatismes et élaboration d'outils à destination des prestataires de services.
- Prise en compte des besoins spécifiques des femmes CDI
- la masculinité dans la réponse au VIH
- Disponibilité des données sur les VBG
- Atteindre et dérouler des programmes de prévention destinés aux jeunes populations-clés

Quelles sont les perspectives pour garantir une égalité de genre et assurer un environnement favorable ?

- Développer une approche multisectorielle pour des réponses appropriées, complémentaires et pérennes basées sur les objectifs nationaux d'Egalité et d'équité de genre
- Renforcer les capacités d'interventions des communautés pour identifier les obstacles liés au genre dans l'accès aux services de lutte contre le VIH, la PEC des VBG et assurer le référencement et le suivi
- Développer des Programmes de promotion de la Santé sexuelle et reproductive avec un focus sur les filles et les jeunes garçons
- Elaborer des Outils genre et VIH (revue des outils existant, supports adaptés) pour une appropriation des questions d'Egalité et d'équité de genre
- Analyser les déterminants liés à la faible participation des hommes pour les engager et responsabiliser dans la lutte contre le VIH

Questions de politique (2018)

Votre pays a-t-il établi un plan ou une stratégie national(e) afin de lutter contre la violence sexiste et la violence faite aux femmes incluant les problématiques de prévention à VIH ?

Oui

Votre pays possède-t-il une loi concernant la violence domestique ?

Oui

- Violence physique
- Violence sexuelle
- Violence psychologique
- Violence émotionnelle
- Violence économique

Quelles protections, si existent, votre pays a-t-il pour les populations clés et les personnes vivant avec le VIH contre la violence ?

- Droit pénal général interdisant la violence
- Dispositions juridiques spécifiques interdisant la violence fondée sur la séropositivité ou sur l'appartenance à une population clé
- Programmes de lutte contre la violence perpétrée par un partenaire intime*
- Programmes de lutte contre la violence sur le lieu de travail
- Actions de lutte contre les violences policières
- Actions de lutte contre la torture et le mauvais traitement en prison

Votre pays a-t-il mis en place des politiques exigeant que les établissements de santé fournissent des soins en temps opportun et de qualité à toutes les personnes, indépendamment de leur genre, nationalité, âge, handicap, ethnie, origine, orientation sexuelle, religion, langue, statut socio-économique, statut VIH ou autre état de santé, ou parce qu'elles ont recours au sexe tarifé, consomment des drogues, vivent en prison ou pour toute autre raison ?

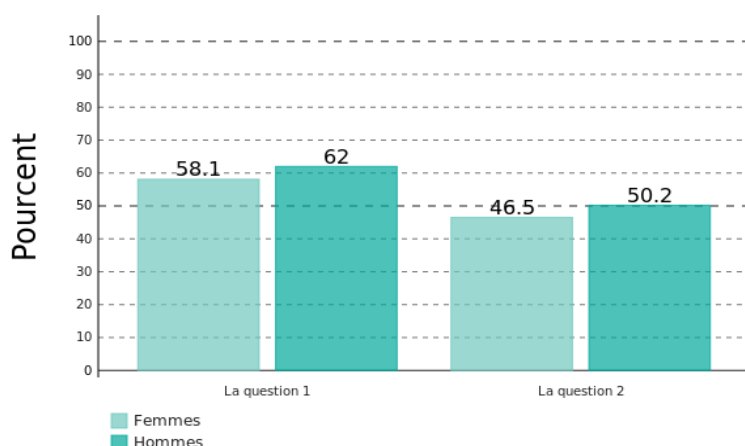
Oui, des politiques existent et sont mises en oeuvre de manière systématique

Votre pays a-t-il adopté des lois criminalisant la transmission du VIH, la non-divulgence de la séropositivité ou l'exposition à la transmission du VIH ?

Oui

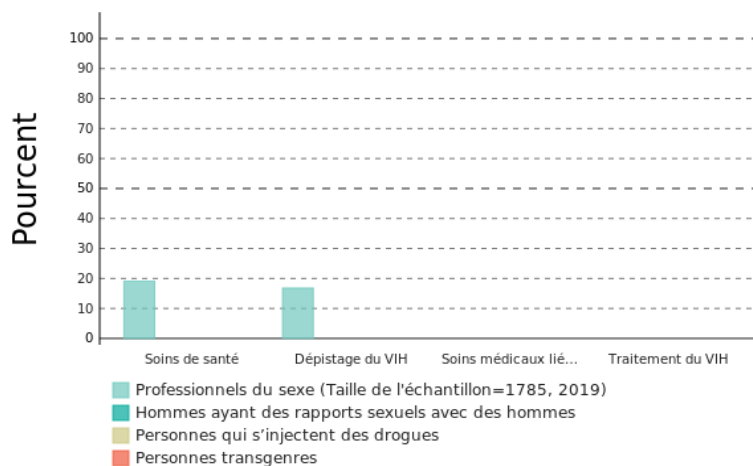
4.1 Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, Sénégal (2019)

Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant répondu « Non » à : La question 1, « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un épicier ou d'un vendeur si vous saviez que cette personne est atteinte du virus du SIDA ? » ; La question 2, « Pensez-vous que les enfants séropositifs doivent pouvoir aller à l'école avec des enfants non atteints par le VIH ? »



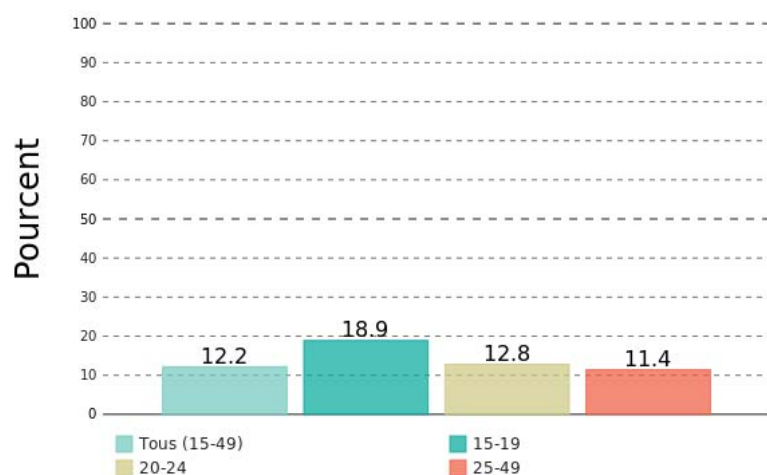
4.2 Evitement des services de santé parmi les populations clés à cause de la stigmatisation et de la discrimination, Sénégal

Evitement des services de santé parmi les populations clés à cause de la stigmatisation et de la discrimination

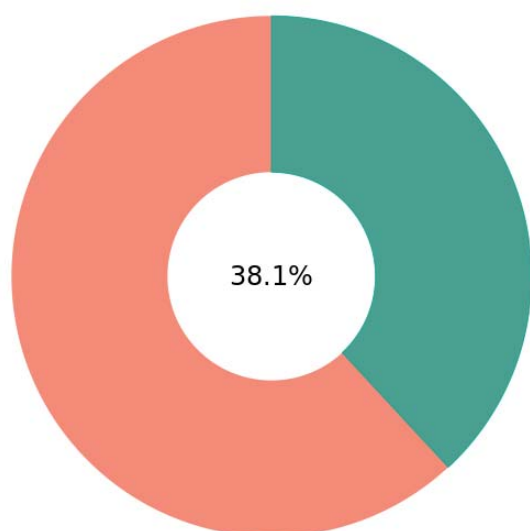


4.3 Prévalence de la violence conjugale récente, Sénégal (2017)

Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou sont en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois



Pourcentage des indicateurs mondiaux de suivi du SIDA avec des données ventilées par sexe



Connaissance du VIH et accès aux services de santé sexuelle et reproductive

S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes

Résumé des progrès

Analyse de la situation épidémiologique

Au cours de ces dernières années, bien qu'on ait observé une tendance à la baisse du taux d'incidence du VIH dans la population générale ainsi que du nombre estimé de nouvelles infections, on note cependant une augmentation chez les 15-24 ans et 25-49 ans. En effet, les estimations du Spectrum montrent que 58 % des nouvelles infections surviennent chez les 0-25 ans et plus parmi lesquelles 28,7 % sont attribués aux 0-4 ans et 29,6 % aux 15-24 ans représentant plus du ¼ des estimations.

Cette situation pourrait s'expliquer par le faible niveau de connaissance des jeunes adolescent(e)s sur les modes de transmission du VIH du fait des investissements insuffisants sur les programmes structurés de sensibilisations destinés aux adolescentes et adolescents.

En effet l'EDS Continue de 2018 a montré que les jeunes femmes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant 15 ans sont presque deux fois plus importants que chez les hommes (7 % contre 4 %). Ce pourcentage passe respectivement de 30 % à 16 % chez les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant 18 ans.

Au cours de ces trois dernières années, on note une quasi-stagnation des connaissances sur

le VIH aussi bien chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes autour de 33 % chez les jeunes garçons et de 26 % chez les jeunes filles.

Le niveau de connaissance complète sur le VIH augmente avec le niveau d'instruction. Il varie chez les jeunes femmes de 10 % parmi celles sans niveau d'instruction à 41 % parmi celles ayant le niveau moyen/secondaire ou plus. Chez les jeunes hommes, elle varie de respectivement 9 % à 51 % montrant ainsi l'importance des interventions auprès des adolescents non scolarisés.

De ce qui précède, des interventions structurées et adaptées aux besoins des jeunes filles et jeunes garçons, aussi bien en milieu scolarisé que non scolarisé mettant en œuvre une combinaison différenciée d'interventions formant un ensemble cohérent, deviennent une priorité pour rompre la transmission dans cette tranche d'âge qui constitue l'avenir du pays. Ces interventions vont tirer profit du potentiel du secteur de l'éducation et de celui de la jeunesse en s'adaptant à leurs circuits d'information notamment les technologies de l'information et de la communication (Followers-Influenceurs, Tags, et les plateformes utilisées par les jeunes etc.) en fonction des groupes d'âge ciblés 15-19 ans et 20-24 ans mais aussi aux innovations numériques.

Analyse de la réponse

En réponse à cette situation, des initiatives sont prises par l'État du Sénégal à travers les secteurs en charge des jeunes, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et la société civile en faveur de la protection des jeunes. Une stratégie est en cours avec l'appui de l'UNICEF à travers la stratégie « ALL IN » qui est alignée à l'agenda pour l'action : "Mettre fin à l'épidémie du VIH chez les adolescent(e)s jeunes d'ici 2030". Cette stratégie a pour but d'amplifier et de compléter les initiatives agissant pour et avec les adolescent(e)s jeunes et maximiser ainsi les investissements et efforts de mobilisation des ressources en faveur de la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s jeunes y compris la lutte contre les IST/VIH SIDA.

Une analyse rigoureuse de l'accès des jeunes et adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive y compris la lutte contre les IST/VIH SIDA a été réalisée en janvier 2020 à travers l'application de l'outil AADM et les entretiens avec des acteurs clés de la réponse. Cette analyse a permis d'objectiver des défis cruciaux à relever pour "Mettre fin à l'épidémie du VIH chez les adolescent(e)s jeunes d'ici 2030" au Sénégal.

Quels sont les défis et les points à améliorer ?

Les défis sont liés : (i) à la faible connaissance sur les moyens de prévention du VIH chez les jeunes et adolescents (33% chez le garçon et 26% chez les filles de 15-24 ans selon l'EDSC 2017), (ii) à la faible utilisation du préservatif par les jeunes lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire (57% pour les garçons de 15-19 ans, et de 45% chez les 20-24 ans), (iii) à la faible couverture, du dépistage VIH avec seulement 41% des enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique, 37% qui bénéficient d'un traitement ARV et seulement 19% ont une charge virale supprimée.

Quelles sont les perspectives de 2020 pour atteindre les 90-90-90 chez les adolescents et jeunes ?

A la suite de l'analyse détaillée de la situation des jeunes et adolescent(e)s, les jeunes ont été identifiés comme cibles prioritaires dans la demande de subvention en cours d'élaboration pour le 3^{ème} Nouveau Modèle de Financement orienté vers les interventions à haut impact.

La stratégie « ALL IN » avec l'appui de l'UNICEF sera mise en œuvre dans des régions pilotes et sera décentralisée en fonction des résultats de l'évaluation de cette phase.

Questions de politique (2018)

Votre pays a-t-il établi des politiques d'éducation aidant à l'enseignement de compétences essentielles liées au VIH et à l'éducation sexuelle, en accord avec les standards internationaux, dans :

a) Les écoles primaires

Oui

b) Les écoles secondaires

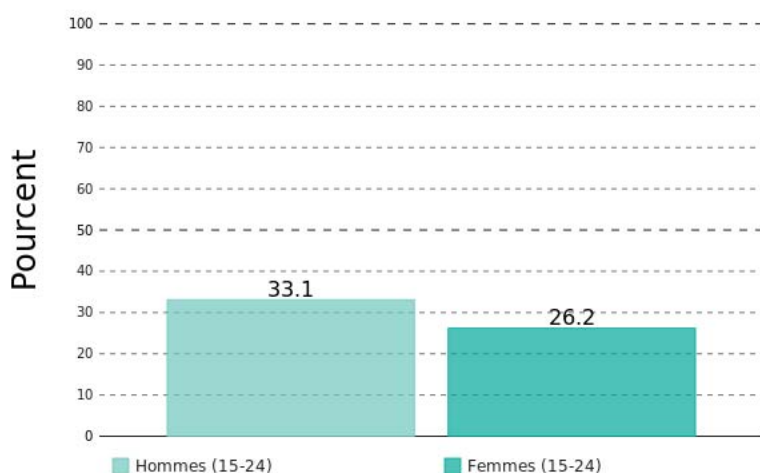
Oui

c) La formation des enseignants

Oui

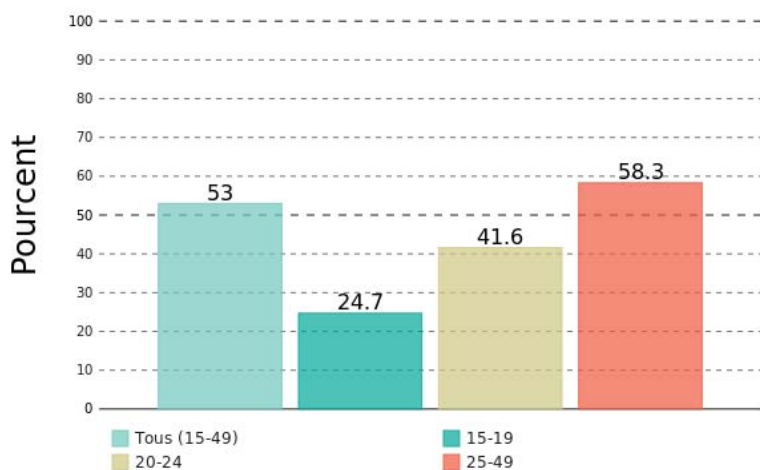
5.1 Les jeunes : Connaissances en matière de prévention du VIH, Sénégal (2017)

Pourcentage de filles et de garçons âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement les deux moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH



5.2 Demande de planification familiale satisfaite par les moyens modernes, Sénégal (2017)

Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dont la demande en matière de planification familiale est satisfaite avec des méthodes modernes



Protection sociale

S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici 2020

Résumé des progrès

Analyse de la situation

Dans le cadre de la prise en charge médicale du VIH, les PvVIH et personnes à haut risques sont progressivement enrôlées dans les mutuelles de santé pour ainsi bénéficier de la couverture maladie universel conformément aux engagements des Etats. En collaboration avec les associations de PvVIH et personnes vulnérables, le Sénégal a entamé depuis 2017 le processus d'enrôlement de ces cibles dans les mutuelles de santé.

En effet, la majorité des PvVIH au Sénégal n'ont pas les possibilités d'assurer régulièrement les frais liés aux médicaments autres que sles ARV qui sont gratuits et surtout aux bilans biologiques de suivi. Certains traitements de spécialités pour des affections tels que les dermatoses sont insupportables pour la plupart des personnes. Elles ont aussi des difficultés à assurer les frais de transports pour se rendre régulièrement en consultation.

A ce jour plus d'une dizaine de milliers de personnes, comprenant des PvVIH, des populations clés et autres à personnes affectées sont enrôlés dans des mutuelles de santé à travers tout le pays.

Toutefois, cette entreprise ne se fait pas sans contraintes. La CMU adoptée et mis en place au Sénégal ne semble pas être bien adaptée pour les personnes qui vivent avec le VIH et les populations clés. Le suivi des PvVIH nécessitant des consultations régulières, des bilans biocliniques et quelquefois un traitement de spécialité dont les montants sont élevés ne sont pas comprise dans les services de base assurés par les mutuelles classiques. Par ailleurs, les médecins attirent l'attention sur le vieillissement des cohortes et l'émergence de maladies de la vieillesse (HTA, diabète) pour lesquels le traitement n'est pas couvert par la CMU.

Les mutualistes pour leur part, ont la crainte qu'une fréquence accrue de l'utilisation des services de santé par les PvVIH engendre des remboursements des prestations biomédicales plus important pour les mutuelles. Cela s'ajoute à la réticence de certains PvVIH et populations clés à adhérer aux mutuelles par crainte de rupture de confidentialité.

Quels sont les défis ?

L'option d'enrôlement dans des mutuelles de santé reste la voie salutaire permettant de répondre au besoin de l'accès universel et la couverture sanitaire universel. Toutefois un

certaines de défis reste à relever notamment :

- Insuffisance d'adaptation du système de la CMU aux besoins des populations clés pour le VIH car des examens paracliniques disponibles au niveau des hôpitaux dont la majorité n'ont pas de contrat avec les mutuelles (or les PvVIH doivent faire des bilans réguliers)
- La revue du paquet de base des services prise en charge à défaut d'avoir une mutuelle spécifique pour prendre en charge le paquet complémentaire de service pour les PvVIH.
- La mise en place de mécanismes de compensations avec des fonds de garantie pour les mutuelles.
- La création de services spécifiques de proximité tels que le modèle des cliniques communautaires et mobiles pour le suivi des populations clés tels que les TS et les MSM nécessite.
- La formation des agents des mutuelles de santé sur le VIH, les questions de confidentialité ainsi que le traitement ARV qui, si elle est bien suivie diminue la fréquence d'utilisation des services de santé par les PvVIH.
- Le renforcement des connaissances des acteurs de la société civile y compris les PvVIH et populations clés sur les mécanismes de l'assurance maladie et des spécialistes de la CMU sur le VIH/Sida.

Quelles sont les perspectives en 2020 ?

Poursuivre l'enrôlement des PvVIH et autres populations à risques aux mutuelles de santé pour bénéficier de la Couverture Maladie Universelle.

Finaliser le processus de mise en place de la mutuelle de santé des communautés pour la prise en charge des services complémentaires non prise en charge par la CMU ;

Promouvoir la mutualité autour de la santé auprès des communautés y compris les PvVIH, populations clés et autres personnes à risques de transmission du VIH.

Questions de politique (2019)

Existe-t-il dans votre pays une stratégie, une politique ou un cadre de protection sociale approuvé(e) ?

Oui, et celui-ci/celle-ci est mis en oeuvre

a) Fait-il/elle référence au VIH ?

Oui

b) Reconnaît-il/elle les personnes vivant avec le VIH comme bénéficiaires clés ?

Oui

c) Reconnaît-il/elle les populations clés (professionnels du sexe, homosexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres, prisonniers) comme bénéficiaires clés ?

-

• -

d) Reconnaît-il/elle les adolescentes et les jeunes femmes comme bénéficiaires clés ?

Oui

e) Reconnaît-il/elle les enfants touchés par le VIH comme des bénéficiaires clés ?

Oui

f) Reconnaît-il/elle les familles touchées par le VIH comme des bénéficiaires clés ?

Oui

g) Tient-il/elle compte du problème des soins non rémunérés liés au VIH ?

-

Quels obstacles, si existent, limitent l'accès aux programmes de protection sociale dans votre pays?

- Les programmes de protection sociale n'intègrent pas les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et/ou les personnes touchées par le VIH
- Procédures complexes
- Crainte de la stigmatisation et de la discrimination
- Frais restants à la charge du patient élevés
- Les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et/ou les personnes touchées par le VIH sont prises en charge par un autre programme

Prestation de services à base communautaire

Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020

Résumé des progrès

Analyse de la situation :

En 2019 le développement de la société civile de lutte contre le sida ou de la promotion de la santé est en nette croissance. Le nombre d'organisations de la société civile engagé dans la délivrance de service VIH reste non exhaustivement cartographié. Il est toutefois observable au Sénégal une société civile diverse et multiforme active sur presque toute la chaîne de délivrance de services, de prévention de prise en charge, de service d'éducation à la santé, à la santé sexuelle aux droits humains et de l'éducation à la réduction des risques et aux services de réduction des risques.

Le réseau de médiateurs n'a cessé d'accroître avec de nouvelles recrues ce qui porte le nombre total de médiateurs à 178 dont 130 pris en charge par le FM et 48 par le consortium NEEMA/PEPFAR. Les médiateurs ont poursuivi le travail de dépistage classique en stratégies avancées, en plus du dépistage démedicalisé au niveau communautaire via l'administration des TROD et des Autotests salivaires. Ils ont également assuré le suivi communautaire, maintenu et surtout renforcé les relations avec les structures de santé des secteurs public et communautaire. Ils ont également continué la dispensation communautaire d'ARV pour les PVVIH en difficulté de se rendre dans les PPS ;

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme FM dans le NMF2 les organisations sous bénéficiaires ont diminué en même temps que les financements. Toutefois le paysage sénégalais s'est doté d'une nouvelle organisation intervenant dans le dépistage : SOLTHIS

L'ANCS a démarré l'offre de services avec la mise en service de 3 cliniques communautaires dans les régions de Kaolack de Sédhiou et de Louga.

Un financement important d'Expertise France à travers l'Initiative 5% a permis la mise en œuvre de paquet important de services ciblant les jeunes et les adolescents. Le réseau national des associations de Personnes vivant avec le VIH (RNP+) et le réseau national des associations de populations clés (RENAPOC) ont renouvelé leurs instances cette année. Ils ont défini de nouvelles orientations pour une meilleure prise en charge sociale et sanitaire de leurs mandants. De nouvelles stratégies de dépistage au niveau communautaire ont été développées à travers le consortium NEEMA dans le cadre du projet PEPFAR dans les

districts sanitaires de Pikine et Sud (Dakar), de Ziguinchor et de Mbour (Thiès). Il s'agit de la stratégie EPOA et de l'index testing qui permettent d'améliorer le rendement dans la recherche de cas positifs au VIH. L'ANCS a développé un guide national pour la mise en œuvre de la PrEP avec l'appui de la DLSI (MSAS) et du CNLS.

Les « Badienou Gox » renforcées sur les questions de droits humains ont pu dérouler des activités d'éducation aux droits humains auprès de 4000 leaders communautaires dans le cadre des fonds catalytiques du Fonds Mondial en partenariat avec l'ANCS.

Les organisations communautaires ont continué la distribution de seringues et autres kits d'hygiène en direction des consommateurs de drogues injectables.

Dans presque toutes les régions, les PVVIH et les populations clé ont pu bénéficier de services de la couverture maladie universelle (CMU) avec l'appui du FONDS MONDIAL et de l'USAID.

Quels sont les défis ?

- Poursuivre le renforcement du partenariat avec le Ministère de la santé du Sénégal à travers l'implantation et l'extension de cliniques communautaires fixes et mobiles opérationnelles au niveau de 03 régions du pays (Sédhiou, Kaolack, Louga),
- Poursuivre les programmes régionaux (PARECO et KORADUB) et nationaux (NFM2, NEEMA/PEPFAR, CAHR) et le déploiement du projet PEPFAR dans 09 nouveaux sites, ce qui portera le nombre à 13 dans une perspective de mieux contrôler l'épidémie à VIH.
- Lancer la plateforme digitale « Hello ADO » pour une communication avec les adolescents et les jeunes en matière d'éducation complète à la santé dans le cadre de KORADUB en partenariat avec ANCS, RAES et UNESCO
- Lancer l'application « Infos Ados » pour une meilleure sensibilisation des acteurs sur la connaissance de leurs droits, les jeunes filles et garçons sur la santé sexuelle et reproductive les IST, le VIH et sur le genre, les droits humains des populations clés dans le cadre du NMF2 du Fonds Mondial
- Démarrer les prestations de services de la PrEP dans les sites pilotes des secteurs public et communautaire de la santé au niveau national ;
- Renforcer et diversifier les stratégies de mobilisation des ressources pour la pérennisation des interventions communautaires
- Rendre opérationnel la clinique mobile acquise dans le cadre du projet FM
- Impliquer les cliniques communautaires dans la prise en charge des CDI
- Appuyer la décentralisation du TSO via l'administration de la méthadone aux CDI dans les régions de Diourbel, Kaolack et de Ziguinchor

Quelles sont les perspectives en 2020 ?

- Mise en place d'une Mutuelle nationale des communautés pour la santé pour renforcer l'enrôlement des personnes dépistées positives et leurs familles et les populations hautement vulnérables dans les mutuelles de santé pour faciliter leur prise en charge médicale

- Renforcement des capacités des médiateurs sur la santé sexuelle pour une meilleure prise en charge des adolescents et jeunes populations clé
- Mise en place des procédures documentées, robustes pour encadrer l'utilisation des fonds destinés aux appuis juridiques et au fonds d'urgence destinés aux populations clés
- Poursuite des activités de plaidoyer pour la création d'un environnement favorable en ciblant les populations environnantes, les chefs de village, les autorités coutumières, les forces de défense et de sécurité et la société civile...
- Accompagnement communautaire des nouveaux sites de prise en charge des CDI

Questions de politique (2019)

Votre pays a-t-il une politique nationale pour promouvoir l'administration de thérapie antirétrovirale dans les communautés ?

Non

Existe-t-il au moins l'une des garanties suivantes dans les lois, les réglementations et les politiques assurant le fonctionnement des OSC ou des OC dans votre pays ?

- L'inscription d'OSC oeuvrant pour la lutte contre le VIH est possible
- L'inscription d'OSC/OC travaillant avec les populations clés est possible
- Des services liés au VIH peuvent être proposés par des OSC/OC
- Des services peuvent être proposés aux populations clés par des OSC/OC
- Les exigences en matière de rapports pour les OSC/OC proposant des services liés au VIH sont simplifiées

Renforcement et accès à la justice

Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque ou bien affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme

Résumé des progrès

Analyse de la situation

Si des politiques et lois de protection sont bien en place, leur application et leur compréhension posent toutefois problème. Il est nécessaire de sensibiliser toutes les parties prenantes et de veiller à ce que les lois protègent totalement la confidentialité des personnes vivant avec le VIH et les droits humains de toutes les populations clés et groupes vulnérables.

Pour mieux asseoir le respect des droits humains ; des efforts importants ont été faits pour analyser le cadre juridique afin d'en déterminer les forces et les faiblesses. Il s'agit du:

- Travail sur le cadre juridique et les propositions de réformes notamment la loi relative VIH/ sida .
- Revue du cadre légal concernant les consommateurs de drogues injectables a été réalisée et le Comité interministériel de lutte contre les drogues travaille sur des propositions d'amendements du Code des drogues.
- Evaluation plus large de l'environnement juridique

Dans cette optique de renforcement des connaissances, des initiatives ont été développées par le biais de séries de consultations et d'ateliers rassemblant des autorités administratives et locales, des forces de défense et de sécurité, des juristes, des médecins, des travailleurs sociaux, des représentants de la société civile, des représentants des populations clés et des leaders religieux

Aussi dans l'identification des violations des droits de l'homme, l'AJS a également coordonné la sensibilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des travailleuses du sexe, des personnes vivant avec le VIH et des jeunes aux questions de droits de l'homme liées au VIH. En cas de violation des droits de l'homme, l'AJS oriente les

populations clés et vulnérables vers ses bureaux d'aide juridique, où elles peuvent bénéficier de services juridiques.

Au Sénégal, différents programmes fournissent des services juridiques aux populations clés et vulnérables, notamment aux personnes vivant avec le VIH.

Avec les bureaux d'aide juridique (Dakar, Kaolack, Kolda, Thiès et Ziguinchor), il est proposé des consultations juridiques et des services de rédaction de réclamations.

La société civile engage également des juristes pour accompagner les victimes de violations des droits de l'homme. Ses bureaux d'aide juridique répondent aux besoins des personnes qui n'osent pas recourir aux services juridiques ou qui n'en ont pas les moyens).

Les boutiques de droit sont des cliniques juridiques créées par l'AJS et ses partenaires de la société civile. Chaque clinique est dotée d'un juriste et d'assistants juridiques issus d'au moins une population clé (souvent des médiateurs), qui fournissent des informations et des conseils sur les lois, et les procédures judiciaires et administratives.

Enfin, les interventions en cours avec les fonds catalytiques sont dans une perspective d'amélioration des connaissances sur les droits (cf cadre de performance fonds catalytiques ANCS)

Quels sont les défis ?

- Renforcer le leadership et l'estime de soi comme fondement du renforcement de capacités sur les droits
- mise au point de programmes d'éducation aux questions juridiques et aux droits de l'homme, ainsi qu'aux droits des patients, qui soient accessibles à chaque population clé et tiennent compte des réalités et des difficultés juridiques qui lui sont propres ;
- former des formateurs/des pairs éducateurs spécialisés sur les droits de l'homme issus des populations clés et PVVIH, et les aider à diffuser des connaissances juridiques et en matière de droits de l'homme/des patients parmi leurs pairs
- Mobilisation des associations intervenant auprès des populations clés et PVVIH afin d'élargir la couverture des formations et la diffusion de l'information ;
- utilisation des médias sociaux en vue de mener une campagne sur les droits de l'homme/droits liés au VIH.
- Renforcement des partenariats avec les programmes de radio et de médias sociaux qui interviennent actuellement dans la prévention du VIH, et mise à disposition des outils et des messages permettant d'intégrer les droits dans l'éducation à la prévention du VIH ;
- déploiement à grande échelle de la formation des acteurs de la société civile et des prestataires de services de santé aux méthodes de création d'un environnement plus favorable et aux droits des personnes handicapées en tant que patients.
- Le manque de documentation des cas de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et les autres populations clés, ainsi que l'absence d'un mécanisme officiel permettant aux victimes de signaler les actes de stigmatisation et discrimination subis, constituent des obstacles majeurs à l'efficacité des services juridiques face aux cas de violation des droits de l'homme.

Quelles sont les perspectives en 2020 ?

- Documentation des cas de violations des droits humains avec le REACT
- Déploiement d'un référent juridique et de chargés de plaidoyer pour l'encadrement et l'orientation des groupes vulnérables
- Renforcer les fonds d'urgence et mettre en place des outils pour encadrer son utilisation pour améliorer l'appui la prise en charge des populations clés (Mise à l'abri (hébergement d'urgence, appui juridique, paiement de cautions, urgence socio sanitaire)
- Harmonisation les interventions en matière de droits humains par la mise à disposition d'un référentiel de base qui va servir de guideline et distribué aux acteurs communautaires
- Mise en place d'outils et supports de communication conçus et validés par les populations clés à travers un processus participatif

Questions de politique (2018)

Y a-t-il eu au cours de ces deux dernières années des programmes de formation et/ou de renforcement des capacités pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés afin de les éduquer et de les sensibiliser concernant leurs droits (dans le contexte du VIH) dans votre pays ?

Oui, à l'échelle nationale

Des mécanismes ont-ils été mis en place dans votre pays pour enregistrer et traiter des cas de discrimination liés au VIH (fondée sur la séropositivité perçue et/ou l'appartenance à une population clé) ?

Oui

Quels mécanismes de responsabilisation relatifs à la discrimination et aux violations des droits de l'homme dans les établissements de santé votre pays a-t-il, si existent?

- Procédures ou systèmes pour préserver et respecter la vie privée ou le droit à la confidentialité des patients

Quels obstacles à l'accès aux mécanismes de responsabilisation votre pays a-t-il, si existent?

- -

Sortir le sida de l'isolement

S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C

Résumé des progrès

Quelles sont les performances ?

Co-infection entre le VIH/sida et les autres comorbidités

Co-infection avec la tuberculose

En 2019, parmi les 13 744 cas de tuberculose diagnostiqués, 12 697 ont connu leur statut VIH avant ou pendant le traitement soit 92,0 % contre 90,0 % en 2018 et 647 étaient coinfectés soit un taux de 5,0 %. Parmi les patients coinfectés TB/VIH, 592 ont été mis sous TARV soit un taux de mise sous ARV de 91,0 % et 604 mis sous cotrimoxazole soit un taux de mise sous cotrimoxazole de 93,0 %. Concernant la prophylaxie à l'INH, seuls 134 PVVIH nouvellement inscrites ont été mises sous INH. Il faut cependant noter la faible proportion de PVVIH nouvellement enrôlées dans la prise en charge sous prophylaxie à l'INH. Elle est estimée à 2,5 % des PVVIH éligibles liées à une rupture persistante du produit depuis 2018.

Co-infection avec les virus de l'hépatite B et C

En 2019, les données de routine révèlent que la séroprévalence de l'AgHbs chez les patients nouvellement enregistrés dans la prise en charge est de 10,65 %, traduisant une situation stable depuis 2015.

En ce qui concerne la séroprévalence de l'hépatite B chez les HSH, elle a été estimée au niveau national à 15,9 % avec des disparités régionales. Les séroprévalences les plus élevées chez les HSH étaient observées dans les régions de Diourbel (23,9 %), Kaffrine et Fatick (24,0 %) et de Ziguinchor (20,8 %) (Enquête HSH 2017). Chez les HSH, la prévalence de l'hépatite B a tendance à baisser et est passée respectivement entre 2004, 2007, 2014 et 2017 de 26,4 %, 17,0 %, 15,7 % à 15,9 %.

Quant à l'hépatite C, un seul sujet avait présenté une sérologie positive au VHC.

Par ailleurs, nous avons noté chez les HSH une prévalence du HSV2 estimée à 15,1 % avec des variations régionales. La co-infection HSV2/VIH est peu fréquente estimée à 6,9 % des HSH infectés par le VIH.

Quels sont les défis et les points à améliorer ?

Les ruptures récurrentes en INH 300 mg et en cotrimoxazole pour prévenir les infections opportunistes freinent les progrès réalisés dans la gestion de la co-infection TB/VIH. Le dispositif de prévention de l'hépatite B chez les PVVIH et les HSH devrait être renforcé ainsi que de traitement dans le groupe HSH. Le manque de données et la faible connaissance du statut sérologique du VHB et du VHC chez les personnes vivant avec le VIH constituent des défis majeurs dans la prise en charge de ces co-infections et sont plus marqués pour le VHC surtout chez les populations clés. Peu de patients vivants avec le VIH dans nos cohortes infectées par le VHC ont accès à des services de traitement. Le manque notoire de données nationales relatives au cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH demeure un point à améliorer.

Quelles sont les perspectives de 2020 pour atteindre les résultats ?

La quantification en INH 300 réalisée en fin 2019 a permis d'acquérir des stocks pour couvrir les besoins en INH 300 mg pour les deux prochaines années. La mise en œuvre d'une approche de dépistage du VHC et VHB à travers une politique de gratuité des intrants et du traitement pour les PVVIH pourrait juguler ce manquement. L'intégration dans les services du VIH du dépistage régulier du cancer du col de l'utérus lors du diagnostic initial et au cours du suivi ainsi que dans les outils de collecte du programme permettrait de capter les données relatives à cette comorbidité.

Questions de politique (2019)

Le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus sont-ils recommandés pour les femmes vivant avec le VIH dans :

a) La stratégie/politique/plan/directive national(e) pour le cancer, le cancer du col de l'utérus ou la riposte plus large aux maladies non transmissibles (MNT)

Oui

b) Le plan stratégique national régissant la riposte au sida

Oui

c) Directives nationales sur le traitement du VIH

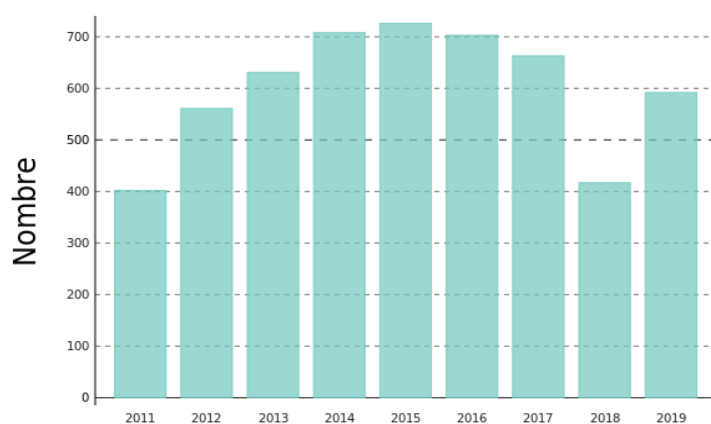
Oui

Quelles politiques de co-infection sont mises en place dans le pays pour les adultes, les adolescents et les enfants ?

- Traitement préventif par isoniazide (TPI) ou prophylaxie de l'infection tuberculeuse latente (ITBL) pour les personnes vivant avec le VIH
- Intensification du dépistage de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH
- Contrôle de l'infection tuberculeuse dans les établissements de santé proposant des services liés au VIH
- Prophylaxie à base de cotrimoxazole
- Dépistage de l'hépatite B et prise en charge dans les centres médicaux administrant des traitements antirétroviraux

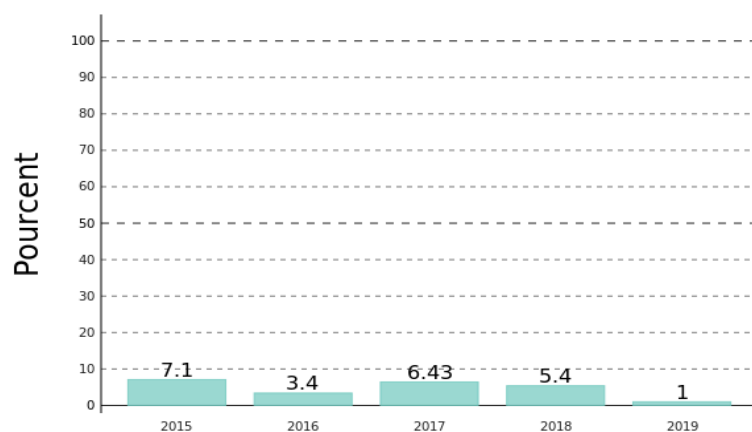
10.1 Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH, Sénégal (2011-2019)

Nombre de patients nouvellement diagnostiqués séropositifs et en situation de rechute de la tuberculose ayant commencé un traitement contre la TB au cours de la période de référence et qui étaient déjà sous traitement antirétroviral, ou qui ont commencé un traitement antirétroviral pendant le traitement contre la TB au cours de l'année de référence



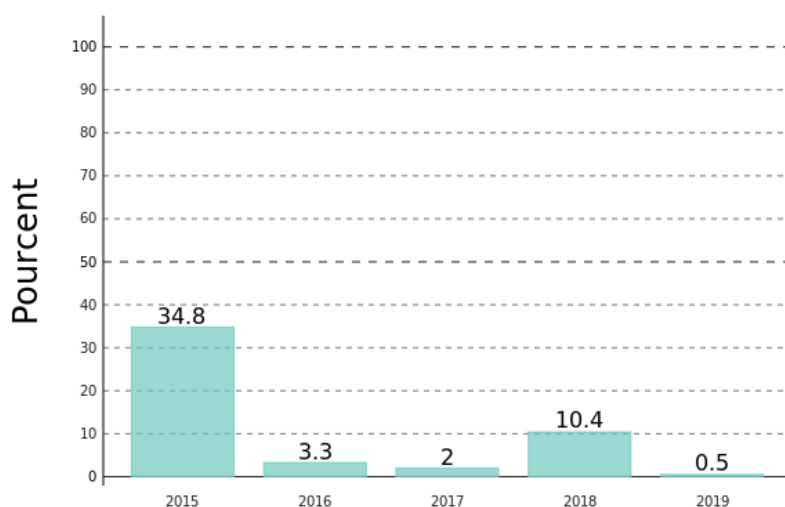
10.2 Personnes vivant avec le VIH atteintes d'une tuberculose active, Sénégal (2015-2019)

Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage des nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH (pré-traitement antirétroviral et traitement antirétroviral) au cours de la période de référence



10.3 Personnes vivant avec le VIH qui ont commencé un traitement préventif antituberculeux, Sénégal (2015-2019)

Nombre de patients ayant commencé un traitement pour une infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de nouveaux patients nouvellement inscrits aux soins du VIH au cours de la période considérée



10.4/10.5 Infections sexuellement transmissibles, Sénégal (2013-2019)

Nombre de cas d'écoulement urétral chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois; nombre de cas de blennorragie diagnostiqués en laboratoire chez les hommes dans les pays ayant des capacités de diagnostic en laboratoire

