



# RAPPORT ANNUEL DLSI 2017

**Objectif d'ici 2020 : 90% des personnes vivants avec le VIH connaissent leur statut sérologique- 90% des personnes vivant avec le VIH et dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable-90% des personnes recevant un traitement anti rétroviral ont une charge virale durablement indétectable**

## Table des matières

RAPPORT ANNUEL DLSI 2017.....	0
I. INTRODUCTION.....	4
Présentation de la DLSI.....	4
Organisation.....	4
Rappel des objectifs.....	4
II. RESULTATS ET PERFORMANCES DES DIFFERENTES COMPOSANTES.....	5
1.1. Communication.....	5
Activités réalisées.....	5
1.2. Prise en charge syndromique des IST /populations clés.....	7
Bilan des activités menées.....	7
Analyse synthétique des données.....	12
1.3. Conseil Dépistage Volontaire.....	13
Bilan des activités menées.....	14
Bilan synthétique des données.....	14
1.4. Prévention de la Transmission Mère Enfant.....	18
Bilan des activités menées.....	19
Synthèse des données.....	21
1.5. Prise en charge médicale des personnes vivants avec le VIH.....	27
Bilan des activités menées.....	27
Données statistiques.....	29
1.6. Suivi /Evaluation des activités.....	33
1.7. Gestion financière.....	34
III. CONCLUSION.....	34

## LISTE DES TABLEAUX

Figure 1: Répartition des syndromes IST 2017.....	12
Figure 2: Diagnostic et suivi des PS.....	12
Figure 3: Sérologie Syphilis chez les PS.....	13
Figure 4: Distribution des condoms chez les PS.....	13
Figure 5: Suivi VIH des MSM.....	13
Figure 6: Répartition des sites de dépistage au Sénégal .....	14
Figure 7: Evolution des sites de dépistage de 2008 à 2017 .....	15
Figure 8: Cascade CDV.....	15
Figure 9: Répartition de la séropositivité suivants les stratégies .....	16
Figure 10: Répartition des cas positifs suivants les régions .....	16
Figure 11: Performances des régions dans la PEC des nouveaux cas positifs.....	17
Figure 12: performance des régions dans la PEC des nouveaux cas positifs.....	17
Figure 13: cascade e-TME.....	21
Figure 14: Cascade PEC PTME 2016 0 2017 .....	22
Figure 15: Evolution du taux de TME DE 2008 0 2016 .....	23
Figure 16: Réalisation PCR selon les normes /FE+ attendues.....	23
Figure 17: Diagnostic précoce des enfants par rapport aux femmes séropositives accouchées .....	24
Figure 18: Couverture des sites de PEC.....	29
Figure 19: Cascade des 3"90" .....	30
Figure 20: Couverture traitement ARV(TAR).....	30
Figure 21: Evolution des cas diagnostiqués et les cas maintenus dans les soins entre 2013 et 2017.....	31
Figure 22: Evolution des FA de FA de 2013 à 2020.....	31
Figure 23: Evolution des perdus entre 2012 et 2017.....	31

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des syndromes IST 2017.....	12
Figure 2: Diagnostic et suivi des PS.....	12
Figure 3: Sérologie Syphilis chez les PS.....	13
Figure 4: Distribution des condoms chez les PS.....	13
Figure 5: Suivi VIH des MSM.....	13
Figure 6: Répartition des sites de dépistage au Sénégal .....	14
Figure 7: Evolution des sites de dépistage de 2008 à 2017 .....	15
Figure 8: Cascade CDV.....	15
Figure 9: Répartition de la séropositivité suivants les stratégies .....	16
Figure 10: Répartition des cas positifs suivants les régions .....	16
Figure 11: Performances des régions dans la PEC des nouveaux cas positifs.....	17
Figure 12: performance des régions dans la PEC des nouveaux cas positifs.....	17
Figure 13: cascade e-TME.....	21
Figure 14: Cascade PEC PTME 2016 0 2017 .....	22

<i>Figure 15: Evolution du taux de TME DE 2008 à 2016 .....</i>	<i>23</i>
<i>Figure 16: Réalisation PCR selon les normes /FE+ attendues.....</i>	<i>23</i>
<i>Figure 17: Diagnostic précoce des enfants par rapport aux femmes séropositives accouchées .....</i>	<i>24</i>
<i>Figure 18: Couverture des sites de PEC.....</i>	<i>29</i>
<i>Figure 19: Cascade des 3"90" .....</i>	<i>30</i>
<i>Figure 20: Couverture traitement ARV(TAR).....</i>	<i>30</i>
<i>Figure 21: Evolution des cas diagnostiqués et les cas maintenus dans les soins entre 2013 et 2017.....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 22: Evolution des FA de FA de 2013 à 2020.....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 23: Evolution des perdus entre 2012 et 2017 .....</i>	<i>31</i>

## LISTE DES CARTES

<i>Carte 1: couverture en appareil de Charge Virale .....</i>	<i>30</i>
---	-----------

## I. INTRODUCTION

Ce présent rapport présente le bilan des activités déroulées au cours de l'année 2017 par la DLSI. Le processus d'élaboration de ce dernier a été participatif avec l'apport de tous les bureaux. Il est subdivisé en deux grandes parties comprenant les résultats des activités et ceux synthétiques des données 2017.

La première partie met l'accent particulièrement sur les activités menées avec les différents partenaires du programme et les performances atteintes. Puis l'analyse se poursuit avec les points forts, ceux à améliorer et les différentes recommandations. Certaines bonnes pratiques ont été aussi partagées.

La seconde partie concerne essentiellement le bilan et l'analyse des données.

### Présentation de la DLSI

La DLSI a été créée par décret N°2004-1404 du 14 Novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention. Elle a pour mission la coordination de l'exécution des stratégies et activités médicales du Programme National de Lutte contre le Sida. Elle est le Point focal du secteur santé au niveau du Conseil National de Lutte contre le sida.

### Organisation

La DLSI est composée de bureaux ainsi organisés avec des entités :

- Bureau Suivi-Evaluation, Surveillance épidémiologique et Recherche
- Bureau Prévention et prise en charge des IST et populations clés
- Bureau Prévention du VIH/Sida (CDV, PTME)
- Bureau Prise en charge médicale des personnes vivant avec le sida (Adultes et enfants)
- Cellule gestion approvisionnement et stocks (ARV, réactifs, produits pharmaceutiques et équipements)
- Cellule communication
- Service Administratif et Financier

### Rappel des objectifs

La DLSI, point focal VIH/IST du MSAS, à travers ses structures de coordination et ses PTF en particulier le CNLS /NFM, NEEMA/INTRAHEALTH, OMS et UNICEF entre autres, a mis en place des stratégies et activités concourant à l'atteinte des objectifs ;

Ces stratégies sont surtout axées sur :

**La prévention** auprès de la population générale par : la promotion des comportements sexuels à moindre risque et l'utilisation du préservatif, l'information Education Communication et l'approche participative de prévention par les communautaires

**La PEC** des IST par le renforcement de la PEC syndromique, le renforcement de la PEC chez les populations clés et les supervisions formatives des prestataires

**Le Conseil dépistage volontaire** en stratégies mobiles et fixes associées à des supervisions avec ciblage des zones de vulnérabilité et des populations clés

**La prévention et l'appui des populations** en contexte de vulnérabilité notamment les EVVIH avec la mise en extension du TUTORAT des EVVIH (TEV+) et l'autonomisation des PVVIH à travers la CMV+

**La prévention de la transmission mère-enfant** avec son plan eTME, lancement en décembre 2012, extension à toutes les régions en 2013, suivi des micros plans régionaux et districts sanitaires à partir de 2015

6-**La PEC des PVVIH** avec le lancement de la stratégie TATARSEN dans les 3 régions du sud en Janvier 2016 suivi de son extension à toutes les régions en 2017

7-**La gestion logistique et des approvisionnements** à travers la PNA et ses 11 PRA par la mise à disposition de réactifs et des ARV et la couverture de la CV dans 12 régions du pays

8-**Le suivi et l'évaluation** à travers la planification et le suivi des activités, la collecte et la synthèse des données VIH régionales, l'appui aux formations, supervisions et surveillance

## II. RESULTATS ET PERFORMANCES DES DIFFERENTES COMPOSANTES

### 1.1. Communication

Le bureau communication a pour mission la mise en place de stratégies de communication interne au sein de la DLSI et externe avec les autres secteurs, les partenaires, la population générale...

#### Activités réalisées

##### 1/Participation aux journées médicales de Dakar

##### Faculté de médecine UCAD : DU 10 au 13 avril 2017.

Les activités ont porté sur la distribution de guides et brochures sur le VIH, de préservatifs et de différents supports de communication : teeshirts, casquettes.



##### 2/Participation aux Journées médicales de KEBESANTE du 12 au 14 Mai 2017 :

- Caravane de sensibilisation dans Kébémér
- Forum
- Dépistage VIH
- Interviews

3/Participation de la DLSI au 8ème SISDAK du 19 au 22 Juillet

Activités menées :

- Sensibilisation des visiteurs sur le VIH et les IST
- Distribution de préservatifs
- Distribution de documents portant sur le VIH
- Orientation pour le test de dépistage
- Dépistage VIH



4/Journées du Port Autonome de Dakar

Une Journée de sensibilisation sur le VIH le 20 Avril 2018 dans l'enceinte du PAD au niveau de l'embarcadère.

5/Journées Portes ouvertes de la DLSI : Dakar le 23/12/2017



Cérémonie d'ouverture



Visite des stands par les officiels accompagnés du chef de la DLSI

6/Lancement du film « MUCC » le 28 Décembre 2017

## 1.2. Prise en charge syndromique des IST /populations clés

Les activités déroulées durant l'année concernent essentiellement les formations sur les IST et le suivi des PS, les supervisions des sites de PEC des PS et MSM.

Il est noté aussi deux grandes enquêtes portant sur les PS avec l'Université London School, HP2 et test and treat

### Bilan des activités menées

Tableau 1:activités réalisées dans le cadre de la PEC des IST et Pop clés

PTF	ACTIVITES	ZONES/DATES	RESULTAT ATTEINT
FM/NFM1	Formation sur le suivi des PS	Axe1 saint- louis : du 17 au 19 Janvier 2017 Axe 2 Kaolack : du 17 au 19 Janvier 2017	Résultat principal : 18 formés pour 25 pour axe 2 avec participants dont 15 femmes et 03 Hommes 05 régions représentées sur 06 (pas de participation de Ziguinchor) Axe st louis : 100% (25 formés sur 25 prévus)
FM/NFM1	Supervision suivi PS et prise en charge IST au niveau de Diourbel	Du 26 Février 2017 au 04 Mars 2017	13 prestataires touchés et 4 structures supervisées (Centre IST Diourbel, Mbacke, Bambeye et CS Touba)
INTRA/NEEM A	Supervision formative sur la prise en charge des IST et le suivi des PS	Au niveau de Dakar : Du 17 au 22 Juillet 2017	Dakar : 19 prestataires touchés et 5 sites supervisés (Pikine, Wakhinane, Mbao, Gaspard Camara et Rufisque)
		Au niveau de Mbour du 18 au 22 Septembre 2017	Mbour : 16 prestataires touchés et 4 sites supervisés (Popenguine,Joal, Mbour et Thiadiaye)
FM/NFM1		Kaffrine du 20 au 24 Novembre 2017	24 prestataires formés et 4 sites supervisés (Centre IST Kaffrine,Malem Hodar,Koungheul, Birkilane)
	Appui formation PEC syndromique de 25 prestataires	RM de Thiès	37 prestataires formés
	Mission de supervision des sites de prise en charge POP CLES	Ziguinchor du 16 au 22 AVRIL 2017 Dakar du 5 au 9 juin 2017 Sédhiou et Kolda 13 au 20 Mai 2017	Ziguinchor : 7 sites visités et 15 dont 12 prestataires et 3 médiateurs supervisés

		Matam du 28 Mai au 4 Juin 2017 St Louis	Dakar : 4 Sites et 13 prestataires visités dont 5 médiateurs et une sage-femme Sédhiou et Kolda : 4 Sites visités et 15 prestataires supervisés dont 3 médiateurs, le point focal ANCS/ENDA Matam : 6 Sites visités dont l'infirmier de la MAC et de la Gendarmerie qui était aussi présentes à la formation des prestataires et 15 prestataires supervisés St Louis : 4 sites visités 11 prestataires supervisés
	Mise en œuvre de l'enquête combinée chez les HSH au Sénégal		
	Journées d'orientation des facilitateurs et des enquêteurs pour l'enquête combinée sur les 11 Octobre et 28 Novembre 2017 à Dakar	16 Facilitateurs et 13 Prestataires	Des absents ont été notés dans les deux ateliers et c'est ce qui a motivé le partage avec les absents une fois sur le terrain avant de commencer la collecte de données
	Collectes et analyse des données de terrain	1250 HSH ont été enquêtés dans douze (12) régions du Sénégal	
<b>ENDA / DLSI</b>	Poursuite et clôture de l'enquête HP2 au mois de Juin 2017	40MSM dépistés positifs et 60 négatifs suivis pendant 2 ans	Difficultés dans le suivi liées à la mobilité des MSM. Perdus de vu
	Démarrage de l'enquête Test And Treat	Démarré en Août nous sommes à 57 personnes enrôlées	La majorité des personnes enrôlées dans le programme sont des populations clés. Les contraintes notées sont les difficultés d'enrôlement de la population générale
	Mise en œuvre des tests Oraquick (Autotests)	150 tests ont été effectués dont 48 positifs et confirmé au labo	C'est une stratégie qui permet de capturer les personnes qui viennent dans les structures en dehors des heures de travail CDV et des partenaires des dépistés positifs
	Formation des prestataires et populations clés à Kolda et Sédhiou	Deux sessions organisées au profit de 60 participants des deux régions	

<b>IntraHealth / ANCS</b>	Une session de formateurs organisé	15 Formateurs venant du RENAPOC, de la plateforme des pop clés, des CDI, du CNLS, de la DLSI	
<b>University London School of Hygiene and Tropical Medicine en collaboration avec la DLSI</b>	Enquête de suivi auprès des professionnelles du sexe de la région de Dakar	650 PS officielles et clandestines enquêtées dans les districts de Pikine, Mbao, Diamniadio et Rufisque	L'objectif de cette étude est d'approfondir l'étude du rôle des caractéristiques psychologiques sur la demande de prévention et de traitement des IST et du VIH/Sida chez les professionnelles du sexe clandestines dans quatre districts de la région de Dakar.
<b>Autres activités non planifiées et réalisées en 2017</b>	Participation à la formation des formateurs en LILO en Côte d'Ivoire dans le cadre du partenariat avec l'ANCS et Positives Vibes	03 Personnes ont formé la délégation sénégalaise dont 01 de la DLSI	
	Participation avec la délégation sénégalaise à ICASA 2017 en Côte d'Ivoire	Présentation du poster sur la PEC des PC	

**Autres constats :**

- Appui des sites en support pour suivi PS et prise en charge syndromique
- Appui des sites de PEC IST en mannequin pour fémidon
- Le nombre d'activités planifiées en 2017 est relativement faible pour la composante IST/PS
- Sous notification de la PEC des populations clés principalement des HSH au niveau des structures de santé
- Sur 11 activités portant sur les IST et le suivi des PS planifiées 07 ont été faites soit un taux d'Exécution technique de 63,7% ; les quatre régions sud et sud – est, sont reprogrammées pour le T1 de 2018

**POINTS FORTS**

- Toutes les Professionnelles de sexe officielles sont dépistées au VIH et à la Syphilis
- Effectivité des bilans de suivis VIH et Sérologie syphilitique pour les PS
- Déficit de la Charge Virale pour la cible
- Mise à niveau des prestataires sur l'utilisation des outils révisés

**POINT A AMELIORER**

- Besoin d'actualisation des algorithmes IST
- Retard dans la production d'outils / support
- Rupture de certains produits traceurs
- Non disponibilité de certains matériels tels que les spéculums jetables
- Non capitalisation des données de PEC des PS dans les sites non encore officiels
- Circuit de prélèvement, d'acheminement et rendu des résultats CV irrégulier
- Insuffisance de demande de la CV chez les PS sous ARV
- La précarité au sein des HSH
- La mobilité des HSH en dehors du Sénégal
- La difficulté du continuum de soins des pop clés hors du Sénégal (Problèmes de médicaments et d'observance)
- La prise en charge des bilans de suivi et d'inclusion
- Sous notification des données IST
- La stigmatisation et l'auto-stigmatisation
- Faible taux d'activités programmées et exécutées
- Manque de formation de la majorité des prestataires sur la PEC des IST

**RECOMMANDATIONS**

- Améliorer la complétude de la saisie des données dans le DHIS2 pour toutes les composantes
- Améliorer la notification des cas pour les IST et la prise en charge des populations clés
- Faire une étude sur la sensibilité des antibiotiques pour actualiser au besoin les algorithmes IST
- Former tous les prestataires sur la PEC syndromique des IST et le suivi des pop clés
- Renforcer les districts en matériel de qualité pour une meilleure PEC : tables gynécologiques, lampes baladeuses des spéculums jetables...

- Encourager l'inscription des PS clandestines dans le fichier officiel
- Faire un plaidoyer auprès des Partenaires Techniques et Financiers pour le financement des activités de sensibilisation
- Rendre disponible tous les produits traceurs et outils de gestion
- Négocier avec l'ANCS pour le recrutement de médiateurs PS et MSM pour la région de Dakar, pour le Centre de santé de Sédhiou et celui de Goudomp
- Accompagner l'intégration des services de prise en charge des populations clé
- Renforcer la prospection en collaboration avec l'équipe de la DLSI pour identifier les PC lors des missions
- Revoir la notification des MSM venus en consultation dans les sites
- Harmoniser les interventions entre Enda Santé, ANCS, DLSI et IntraHealth
- Faciliter l'accès des populations clé aux structures de santé
- Renforcer les capacités des équipes de prise en charge des districts et hôpitaux en documents et supports sur la prise en charge des PS et MSM
- Partager avec les districts et les hôpitaux les documents sur les normes, protocole et guides de suivi des PS et des MSM disponibles au niveau de la DLSI.
- Intégrer les MAC dans les supervisions régionales / districts
- Organiser des rencontres d'orientation et de sensibilisation sur le respect de la confidentialité et la stigmatisation pour tous les prestataires
- Organiser des séances de dépistage ciblé autour des MSM infectés et leurs amis.
- Organiser des ateliers de plaidoyers à l'endroit des journalistes en collaboration avec le CILD, le CNLS et la DLSI

### **PROCHAINES ÉTAPES/ PERSPECTIVES 2018**

- Supervision formative des IST et suivi des PS à Ziguinchor, Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Thiès avec INTRA/NEMA
- Appui à la Formation PEC syndromique des IST à THIES avec INTRA/NEEMA
- Activités de sensibilisation (plaidoyer déjà effectif avec l'ANCS)
- Activités d'appui PEC IST/ Pop clés avec financement CNLS/FM
- Etude de sensibilité aux antibiotiques afin de réviser si nécessaire les algorithmes de PEC syndromique des IST
- Révision des algorithmes post étude
- Mise en œuvre de la cartographie de vulnérabilité dans la région de Tamba
- Supervision et mise en place de cohorte MSM suivie de dépistage démedicalisé dans toutes les régions
- Faire la situation des 90x90x90 chez les populations clés
- Renforcer la recherche opérationnelle auprès des populations clés
- Renforcer le site de référence nationale des populations clé

## Analyse synthétique des données

L'écoulement génital est la première IST avec 139 106 cas notifiés pour 2017. Elle est suivie de la douleur abdominale basse (84 132). Pour la Syphilis, 4464 cas ont été diagnostiqués positifs aux laboratoires sur 181915 tests réalisés.

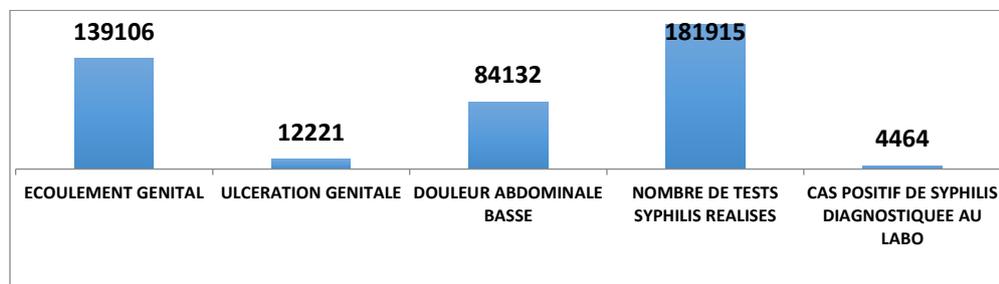


Figure 1: Répartition des syndromes IST 2017

Les régions de Dakar, Thiès et Diourbel sont en tête des IST.

Les cas notifiés d'IST augmentent d'année en année (voir l'évolution des IST de 2015 à 2017). Ceci est lié à la capacitation des prestataires, aux supervisions formatives, au relèvement du plateau technique des structures sanitaires et aux tests rapides de syphilis.

## Synthèse des données PS

Le nombre de PS séropositives est passé de 501 en 2016 à 618 en 2017 avec un taux de séropositivité de 4,12% (3906 testées avec 161 positives pour 2017). La file active sous ARV est faible (397).

La prévalence du VIH est faible dans la population générale ; elle est estimée à 0,5% (Spectrum ONUSIDA 2016). Cette prévalence reste relativement élevée chez les populations clés. Elle est passée de 18,5% à 6,6% entre 2010 et 2015 (rapport ENSC 2016). Cette régression serait liée entre autres aux activités de prévention et de PEC auprès des PS par la DLSI, l'ANCS et autres.

Les cas de syphilis positifs chez les PS sont au nombre de 65 sur 1859 cas effectués.

Les séances d'IECC sont très faibles.

Le fémidon distribué aux PS est relativement faible par rapport au condom masculin

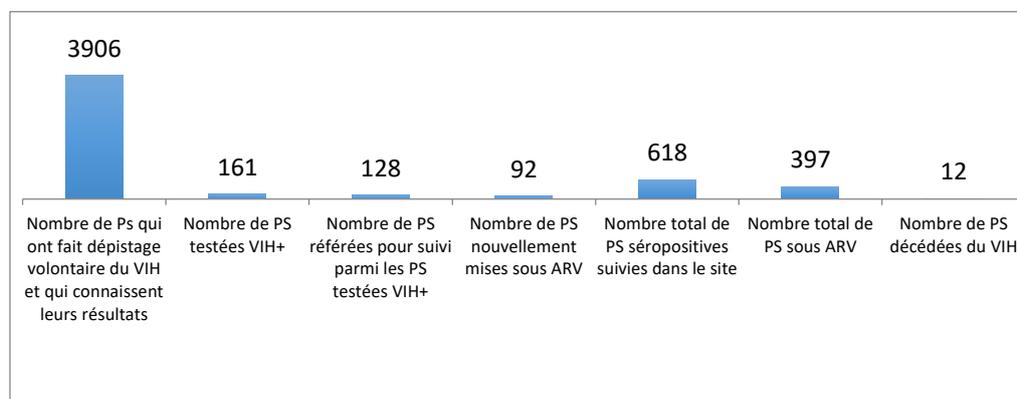


Figure 2: Diagnostic et suivi des PS

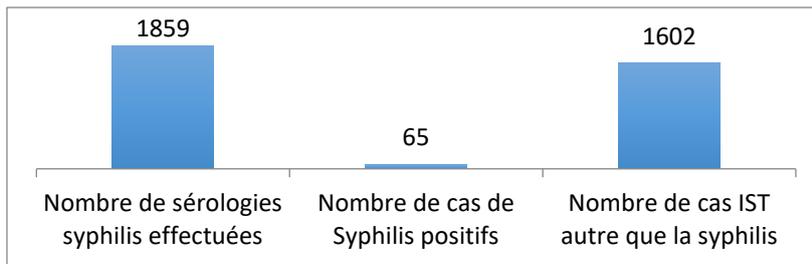


Figure 3: Sérologie Syphilis chez les PS

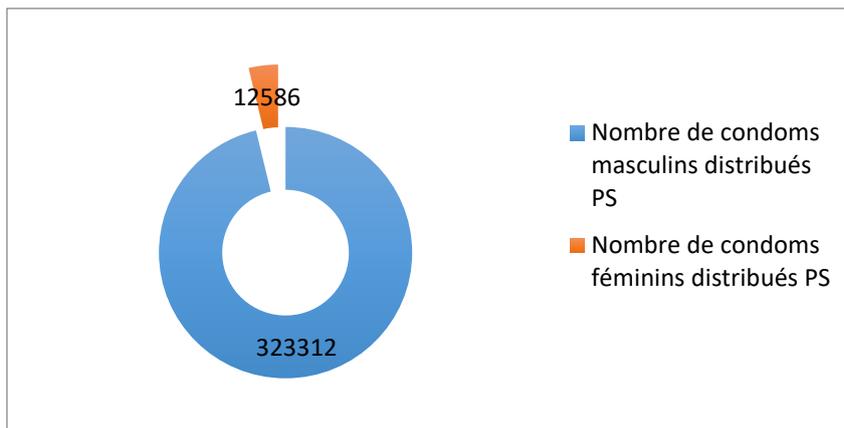
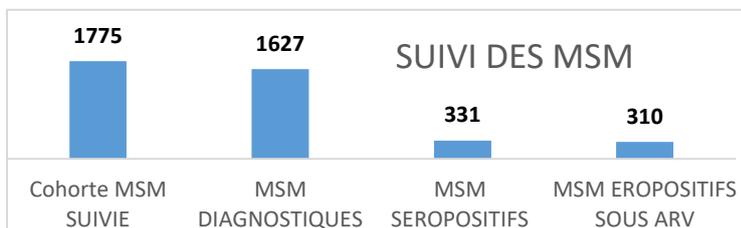


Figure 4: Distribution des condoms chez les PS

### Synthèse des données MSM



Elle a été effectuée après la revue IST et POP CLES de Juin 2018 pour l'année 2017 ; durant cette activité, 08 régions sur les 14 avaient

Figure 5: Suivi VIH des MSM

#### Synthèse CDI

250 suivis avec 13 sous ARV et 04 décès

Nous notons ainsi :

Une sous notification des IST au niveau des structures de santé

Pas de complétude de la saisie dans le DHIS2 avec une performance de 53,6%

### 1.3. Conseil Dépistage Volontaire

Les activités de CDV sont inscrites dans le renforcement de la prévention et l'atteinte de la première cible des 3 « 90 » attendue en 2020 : 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH

## Bilan des activités menées

Durant cette année, les activités réalisées ont portées essentiellement sur des classiques comme la supervision. C'est ainsi qu'une supervision formative de tous les sites de CDV a été faite sur l'ensemble du territoire.

Tableau 2: Activités réalisées dans le CDV en 2017

PTF	ACTIVITES	LIEU	PERIODE	OBSERVATIONS /
CNLS/ NMF1	Supervision formative	Kolda et Sédhiou	06 au 10 mars	
		Ziguinchor	13 au 18 mars	
		Kaffrine	26 au 30 mars	
		Kaolack	26 au 31mars	
		Matam	26 au 31mars	
		Dakar	26 juin au 06 juillet	
		Diourbel	11 au 14 juillet	
		Kédougou	22 au 24 juillet	
		Thiès	24 au 27 juillet	
		Tamba	07 au 11 aout	
		Louga	22 au 29 octobre	

## Bilan synthétique des données

Le nombre total de sites CDV s'élève à 1736 en 2017 avec une couverture nationale de 100 % (dans les Postes de Santé, Centres de Santé, Hôpitaux, EPS, CDVA et CCA, Dispensaires privés catholiques). Par ailleurs le Dépistage est proposé dans la plupart des Garnisons.

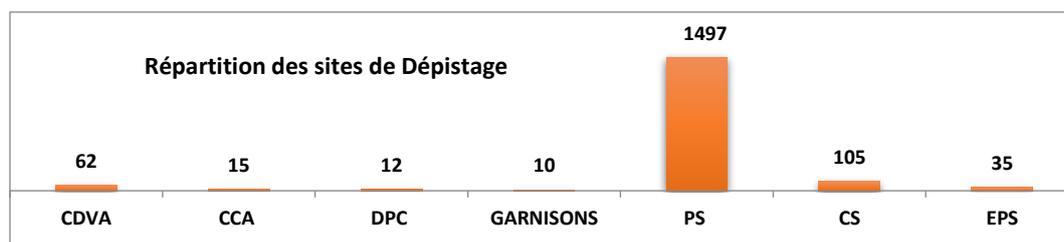


Figure 6: Répartition des sites de dépistage au Sénégal

L'offre de service est en évolution constante sur ces 10 dernières années. Le nombre de sites de dépistage est passé de 537 en 2008, 1476 en 2015, à 1736 aujourd'hui.

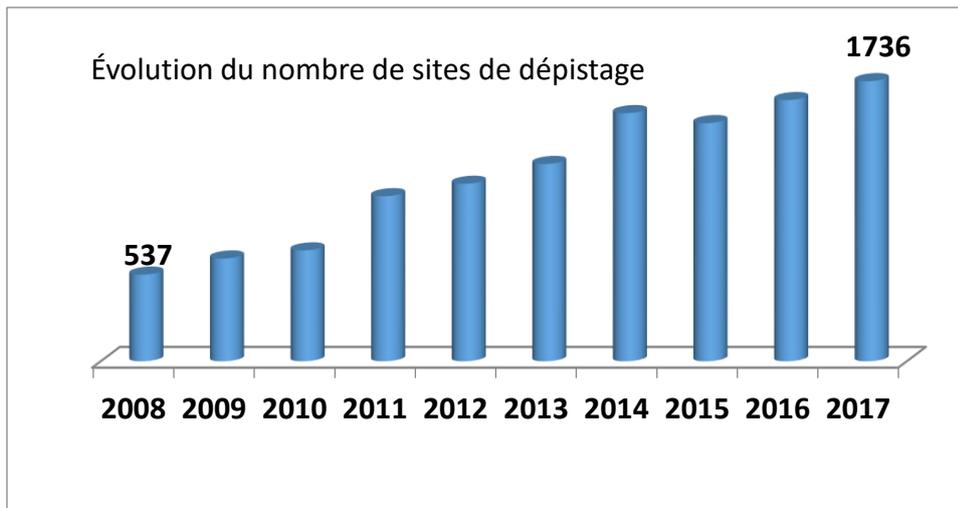


Figure 7: Evolution des sites de dépistage de 2008 à 2017

Analyse des données

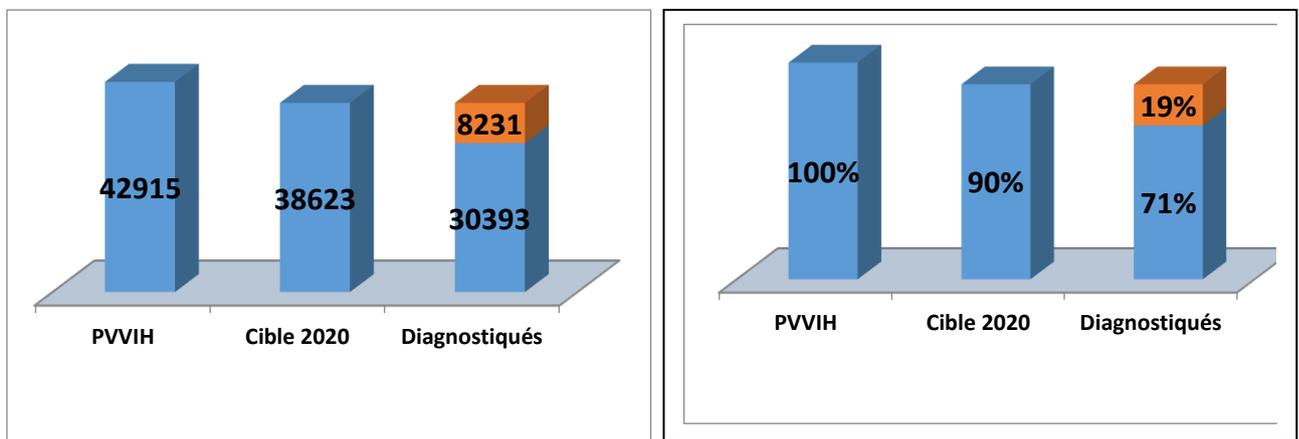


Figure 8: Cascade CDV

En 2017, 30393 PVVIH ont été diagnostiqués sur les 38623 à diagnostiquer d’ici 2020. Il s’agit de résultats encourageants car le Gap à résorber est de 19% sur les deux années à venir, par ailleurs ce gap était de 29 % en 2016 donc de réels progrès sont observés.

**Taux de séropositivité**

Un nombre total de 8914 personnes ont été dépistées positives en 2017, soit un taux de séropositivité de 1,6%, sur tout le territoire et toutes stratégies confondues. En 2016, 9005 PVVIH étaient diagnostiqués, le taux de séropositivité était de 1,5%. Parmi ces séropositifs nouvellement diagnostiqués, 75% ont été dépistées en stratégie fixe, 9 % étaient des femmes enceintes. Chez les patients des CDT 3% de tuberculeux étaient séropositifs, chiffres légèrement en baisse par rapport au taux de séropositivité de 4% noté en 2016. Un taux de séropositivité de 2% est constaté dans les banques de Sang.

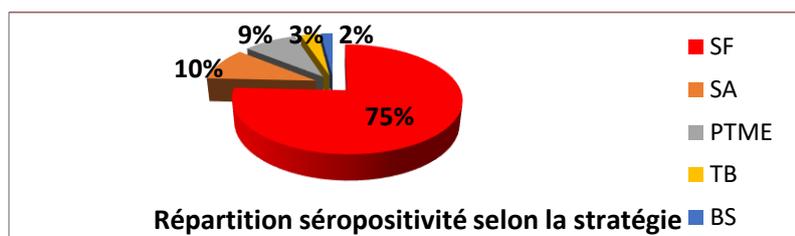


Figure 9: Répartition de la séropositivité suivant les stratégies

Au niveau régional, sur ces 8914 nouveaux cas dépistés, Dakar et Ziguinchor enregistrent le plus de PVVIH dépistés avec respectivement 2166 et 1681 séropositifs dépistés. La région de Kédougou a dépisté le plus faible taux de nouveaux cas séropositifs.

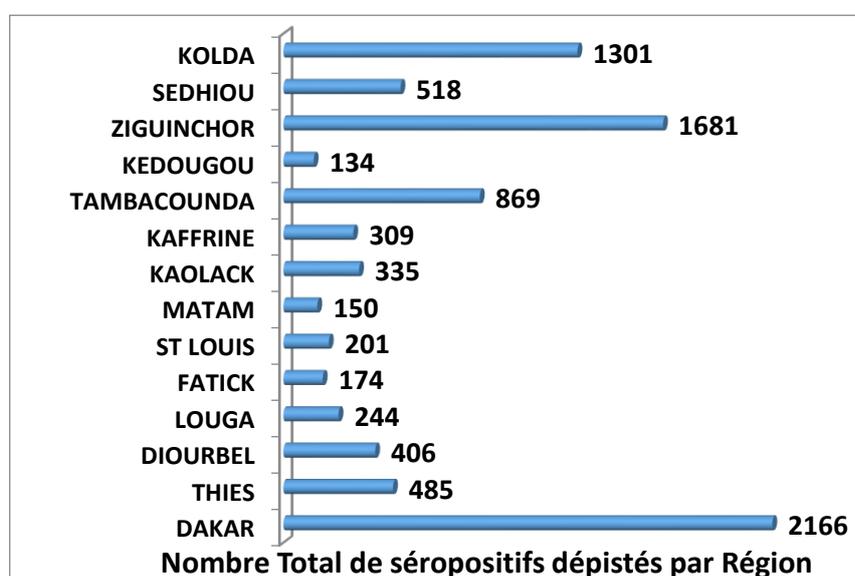


Figure 10: Répartition des cas positifs suivant les régions

Cependant, si on rapporte ce nombre de nouveaux cas séropositifs au nombre total de personnes dépistées par région, on se rend compte que les taux de Séropositivité les plus élevés sont obtenus dans les régions du Sud – Sud-est, suivies de Dakar. Le plus faible taux est constaté dans la région de Louga avec 0,6%.

Si on fait une analyse de l'évolution de ce Taux de Séropositivité par rapport à 2016, des variations notables n'ont été notées qu'au niveau de 2 régions, Ziguinchor est passé de 6,4% en 2016 à 4,9% en 2017, la région de Tambacounda a eu une hausse passant de 1,9% à 3%. Les autres régions ont eu des variations négligeables et des taux stationnaires.

### Liens aux soins du VIH

Parmi les 8914 nouveaux cas positifs dépistés, seuls 5422 ont été enrôlés dans la prise en charge, soit une performance de liens à la prise en charge de 60,8%. Il existe toutefois des variations régionales.

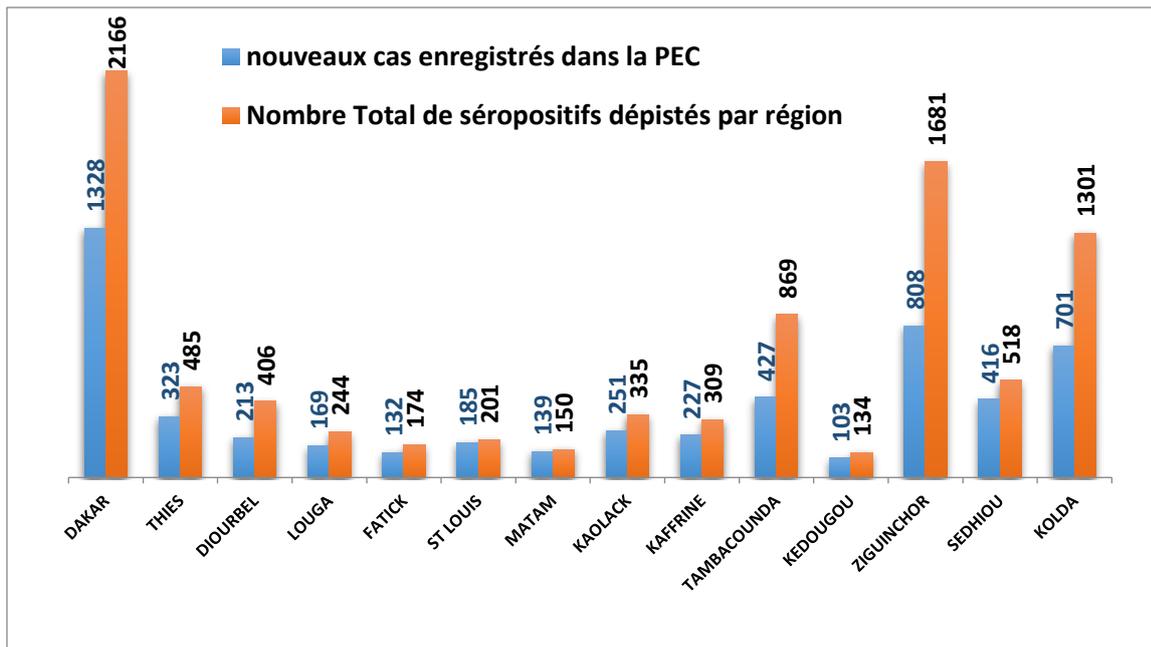


Figure 11: Performances des régions dans la PEC des nouveaux cas positifs

Les régions du Nord (St Louis et Matam) ont obtenu les meilleures performances plus de 90% des patients dépistés positifs ont été introduits dans la prise en charge. Les Régions de Ziguinchor, Tambacounda, Kolda, et Diourbel ont enregistré le plus de déperditions avec des taux de performances d'enrôlement dans la prise en charge respectifs de 48,1%, 49,1%, 53,9% et 52,5%.

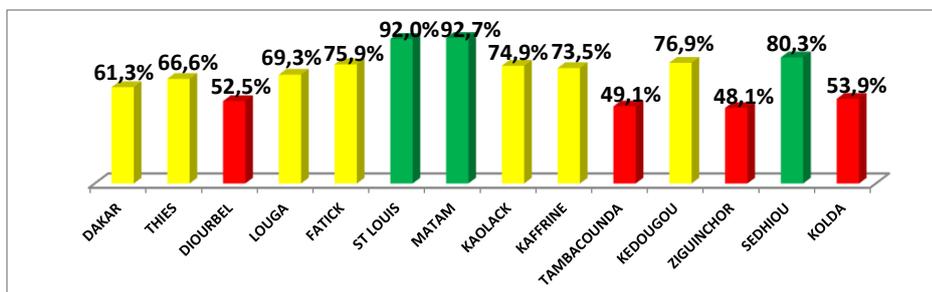


Figure 12: performance des régions dans la PEC des nouveaux cas positifs

Les causes probables de cette déperdition seraient en partie liées aux stratégies avancées avec un fort taux de perdus de vue enregistré après annonce, et, un nombre considérable de doublons qui gonflent les chiffres des nouveaux dépistés positifs. Par ailleurs des réflexions devraient être menées sur la qualité du counseling post-test dans l'offre de service.

### Points forts

- Couverture nationale de l'offre de service
- Le CDIP est effectif chez les femmes enceintes, les tuberculeux et les populations clés
- L'état des lieux a été fait dans tous les sites de dépistage au niveau national en 2017
- Le guide de politique, normes et protocoles des services de dépistage a été révisé
- En fin d'année 2017 le nouvel algorithme de dépistage selon les recommandations de l'OMS préconisant 3 TDR au lieu de 2 dans les pays à faible prévalence a été validé

- L'élaboration de la cartographie de vulnérabilité de la région de Dakar a été faite

#### **Points faibles**

- Besoin en formation : counseling, IEC, nouvel algorithme
- Counseling : conditions de confidentialité, disponibilité nouvelles fiches
- Conservation tests, réactifs et prélèvements : chaîne de froid, thermomètres, fiches de températures
- Utilisation de tests périmés dans plusieurs sites
- Maintenance appareils
- Contrôle qualité externe non effectuée dans tous les laboratoires
- Besoin d'un biologiste référent régional
- Outils : disponibilité registres de laboratoire, fiches de stock
- Ruptures intrants : circuit d'approvisionnement PRA – sites défaillant
- Données VIH : capitalisation de tous les sites non effective (privés), DHIS2
- Cartographie de vulnérabilité désuète dans certaines régions

#### **Recommandations - Perspectives 2018**

- Diffuser le nouvel algorithme de Dépistage
- Assurer la formation continue des prestataires
- Former les acteurs communautaires sur la stratégie de dépistage démedicalisé
- Renforcer la promotion du CDIP
- Renforcer la promotion des stratégies avancées ciblées
- Renforcer le dépistage des enfants / fratrie, partenaires des PVVIH
- Faire la promotion le contrôle qualité externe au niveau de tous les sites
- Nommer un biologiste référent et l'intégrer dans les missions de supervision
- Améliorer le circuit d'approvisionnement des intrants
- Compléter la mise à jour de la cartographie de vulnérabilité des régions
- Réviser le guide de counseling

### **1.4. Prévention de la Transmission Mère Enfant**

En 2017, les activités ont tourné essentiellement autour du suivi des micros plans ETME au niveau des régions. L'enquête nationale sur le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant a été une activité phare de cette année.

## Bilan des activités menées

Tableau 3: Activités menées PTME et résultats

Ligne /PTF	Libellé Activité	Lieu	Période	Cibles / Participants	Réalisé O/N	Rapport D/ ND	Principaux résultats
<b>UNICEF</b>	Suivi des micros plans eTME	Sédhiou	Du 02 au 06 Juillet 2017	MCR, MCD, Médecin PEC VIH PF PTME, CSR, GDD	Oui	Tous les rapports sont disponibles	Les micros plans sont suivis et ceux de 2018 élaborés
		Ziguinchor	Du 18 au 20 Juillet 2017				
		Tambacounda	Du 24 au 26 Juillet 2017				
		Kaolack	Du 16 au 18 Aout 2017				
		Kolda	Du 30 Octobre au 01 Novembre 2017				
<b>FM/NFM 1</b>	Suivi des micros plans eTME	Kaffrine	Du 14 au 16 Septembre 2017	MCR, MCD, Médecin PEC VIH PF PTME, CSR, GDD	Oui	Tous les rapports sont disponibles	Les micros plans sont suivis et ceux de 2018 élaborés
		Fatick	Du 18 au 20 Décembre 2017				
		Thiès	Du 20 au 22 Décembre 2017				
		Saint Louis	Du 25 au 27 Décembre 2017				
		Diourbel	Du 27 au 29 Novembre 2017				
<b>FM/NFM 1</b>	Supervision conjointe DLSI/DS ME/SC	Ziguinchor-Sédhiou	Du 27 février au 04 Mars DS Ziguinchor-Bignona-Boukiling-Goudomp)	MCR, MCD, PF PTME, VIH, PF santé communautaire, CSR, acteurs communautaires :BG, relais, Médiateurs Partenaires	Oui	Tous les rapports sont disponibles	Suivi du niveau de mise en œuvre des activités des Associations des PVVIH, les BG, les relais communautaires et les équipes cadres de région et des districts dans leurs
		Matam-Louga	Du 12 au 18 Mars (DS Kanel-Ranerou-Linguere –Darou Mousty)				
		Tambacounda-Kaffrine	Du 24 AU 30 AVRIL (DS Kidira-Mbirkilane)				
		Saint louis – Thiès	Du 10 au 16 septembre DS Pete-Richard Toll-Khombol-Pout)				
		Fatick-Dakar	Du 13 au 17 Novembre 2017 FATICK (DS Fatick-Sokone)				

			Dakar (DS Guédiawaye - Mbao)	Association PvVIH			apports dans l'e-TME
<b>UNICEF/FM</b>	Enquête évaluation de la TME	Du 14 Septembre au 06 Octobre 2017 Au niveau des 14 régions	Du 14 Septembre au 06 Octobre 2017	Enfants nés de mères séropositives du 01 Janvier 2015 au 31 décembre 2016	Oui	D	Taux de TME 2017 Déterminé
<b>UNICEF</b>	Lancement film « MUCC »	28 Décembre 2017	Centre culturel Blaise Senghor	Acteurs de la santé / Journalistes population	Oui		Le film est lancé et partagé

- Rupture d'intrants TDR et DBS
- Insuffisance de financements des micros plans
- Discordance dans les données collectées
- Rupture d'intrants TDR et DBS
- Insuffisance de financements des micros plans
- Discordance dans les données collectées
- Insuffisance de formation des acteurs communautaires sur l'eTME communautaire
- Irrégularité de la tenue des réunions pools SIDA
- Pléthore outils de collecte des données communautaires
- Insuffisance dans la capitalisation des données communautaires
- Taux élevé d'enfants PDV
- Insuffisance dans le rendu des résultats PCR
- Insuffisance dans la demande de la sérologie définitive des enfants

Tableau 4: Activités prévues et non réalisées

Ligne /PTF	Libellé Activité	Période / Lieu	Cibles / Participants	Réalisé O/N	Rapport D/ ND	Principaux résultats
FM	SUIVI MICROS PLAN ETME Dakar Louga Matam Kédougou	Décembre 2017	MCR, MCD, Médecin PEC VIH PF PTME, CSR, GDD	N	ND	Ces activités n'ont pas été réalisées du fait de conflits d'agenda au niveau des régions

Ces activités n'ont pas été réalisées du fait de conflits d'agenda au niveau des régions

## Synthèse des données

### Cascade diagnostique PTME en 2017

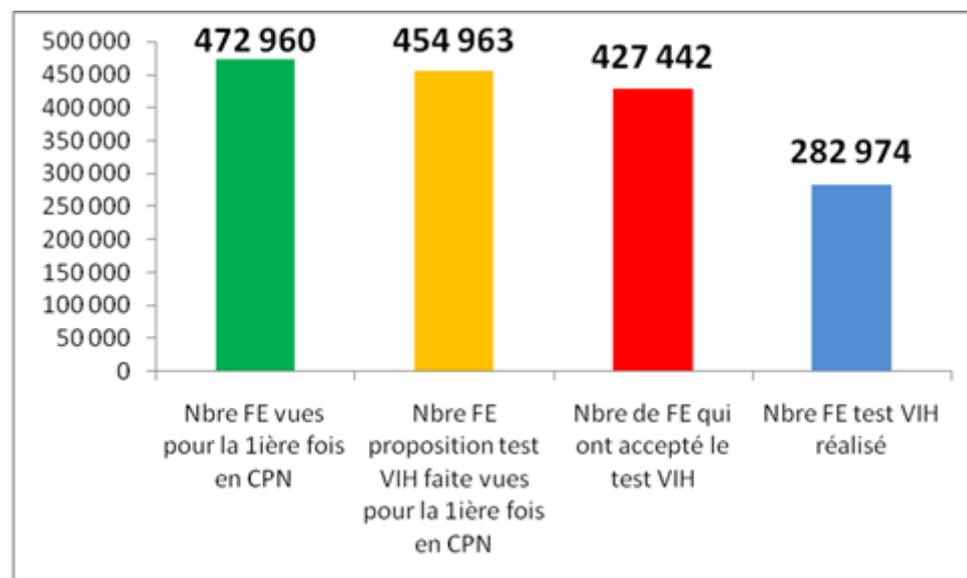


Figure 13: cascade e-TME

Les résultats de ce diagramme révèlent un gap très important (de 189 986) entre le nombre de femmes enceintes vues pour la première fois en CPN et celles qui ont réalisé le test de dépistage.

Une proposition non systématique du dépistage chez les femmes enceintes.

### Cascade PEC de 2016 à 2017

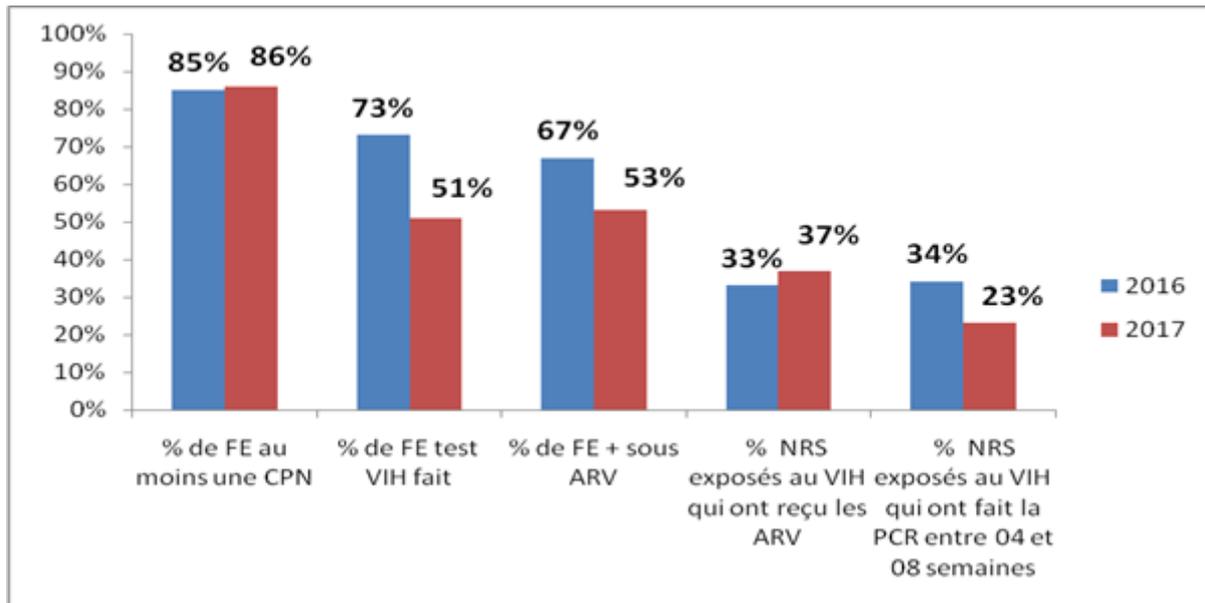


Figure 14: Cascade PEC PTME 2016-2017

#### Analyse comparative des résultats 2016 - 2017

Ce graphique révèle que le taux de femmes enceintes qui ont reçu au moins une consultation prénatale est quasi stationnaire. Alors que le taux de dépistage des femmes enceintes et celui de mise sous traitement antirétroviral ont chuté respectivement de 73,0 % en 2016 à 51 % 2017 et 53,0 % en 2016 à 67,0 % en 2017. Il en est de même de la proportion d'enfants ayant bénéficié du diagnostic précoce par PCR 34% en 2016 à 23% 2017.

La mise sous prophylaxie des enfants nés de mère séropositives a connu une légère hausse passant de 33,0 % en 2016 à 37,0 % en 2017.

Selon le Spectrum, le taux d'utilisation de la CPN est de 86 % et le nombre de femmes enceintes dépistées de 51%.

Conformément aux recommandations nationales, les femmes séropositives sont mises sous TAR à vie dès que le diagnostic de grossesse est posé (Option B+) aussi avec l'adoption de la délégation des tâches, les sages-femmes sont autorisées à prendre en charge les femmes enceintes séropositives et leurs nourrissons. Le taux de couverture de mise sous traitement ARV est de 53% pour les femmes enceintes séropositives pour la même période.

Le taux de couverture de mise sous prophylaxie ARV est de 37% pour les enfants nés de mère séropositive. Le taux prophylaxie ARV des nourrissons exposés au VIH qui ont bénéficié de PCR entre 04 et 08 semaines est de 37%. La cascade é-TME montre ainsi une tendance globale à la baisse en 2017, causée par une rupture des TDR VIH et des papiers buvards pour la PCR.

## 3. TME

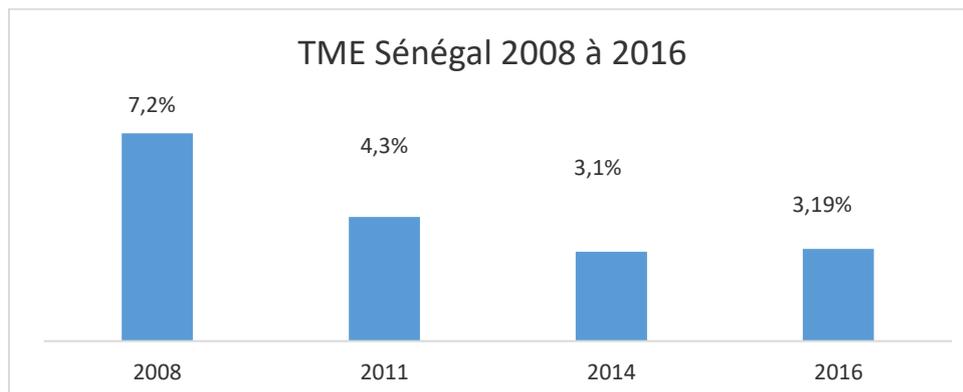


Figure 15: Evolution du taux de TME DE 2008 à 2016

Dans le plan national d'e-TME du VIH au Sénégal lancé le 1<sup>er</sup> Décembre 2012, il était prévu de refaire des enquêtes nationales sur le taux de TME du VIH.

Deux évaluations du programme de PTME ont été faites respectivement en 2011 et 2015 avec des taux de transmission mère enfant du VIH de 4,2% en 2010 et 3,1% 2014.

L'enquête de 2017 a constitué l'une des activités phares du bureau de la prévention de la DLSI. Elle a ainsi été menée sur les 14 régions du Sénégal et la période de l'étude était de 2015 à 2016.

Elle a porté sur 1615 enfants nés de mère séropositive. Le taux de transmission a été calculé selon plusieurs hypothèses. L'analyse des résultats chez les enfants montre un taux à 3,19% en 2016.

## 4-Couverture en PCR

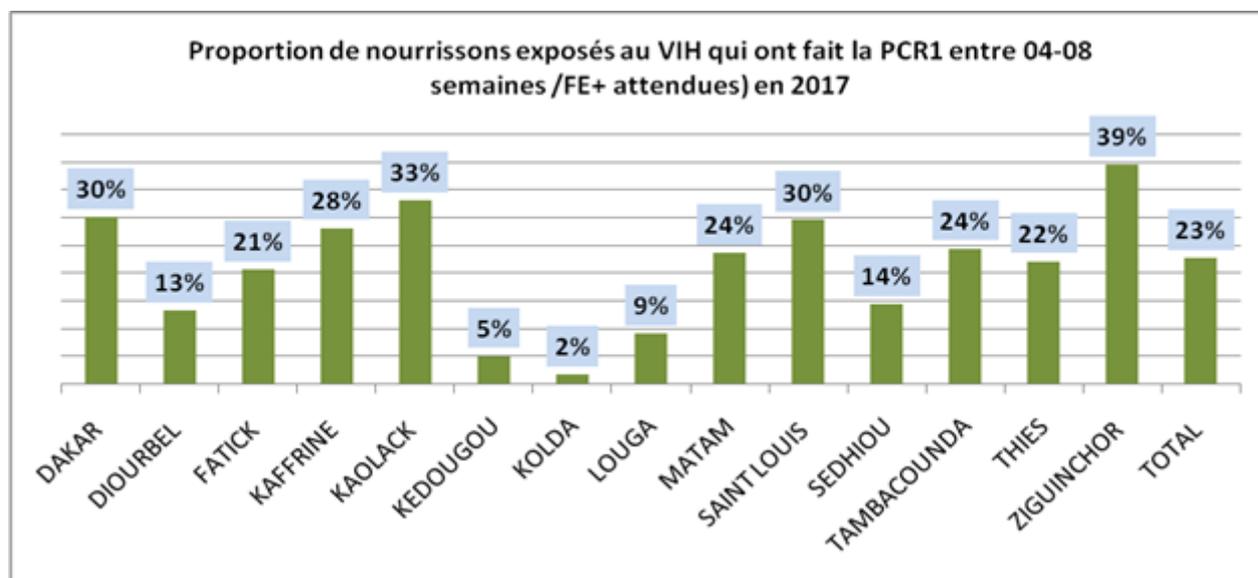


Figure 16: Réalisation PCR selon les normes /FE+ attendues

Le taux de réalisation nationale de diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives est de 22,64% alors l'objectif du plan d'accélération est de 60% en 2018.

La région de Ziguinchor est en tête de file avec un taux de diagnostic précoce de 39%, Dakar bien qu'ayant effectué le plus de diagnostic précoce 165 DBS, n'a pas pourtant atteint son objectif fixé et s'est retrouvé avec un pourcentage de 30%.

Ceci montre que des efforts restent encore à faire dans la totalité du pays. Particulièrement, dans ces trois régions Kolda, Diourbel et Kédougou qui sont les moins performantes. Non seulement elles n'ont pas atteint leurs objectifs mais se sont retrouvées avec des gaps importants avec moins de 10% des objectifs.

Il est donc urgent de renforcer l'accompagnement pour booster la réalisation du diagnostic précoce des enfants.

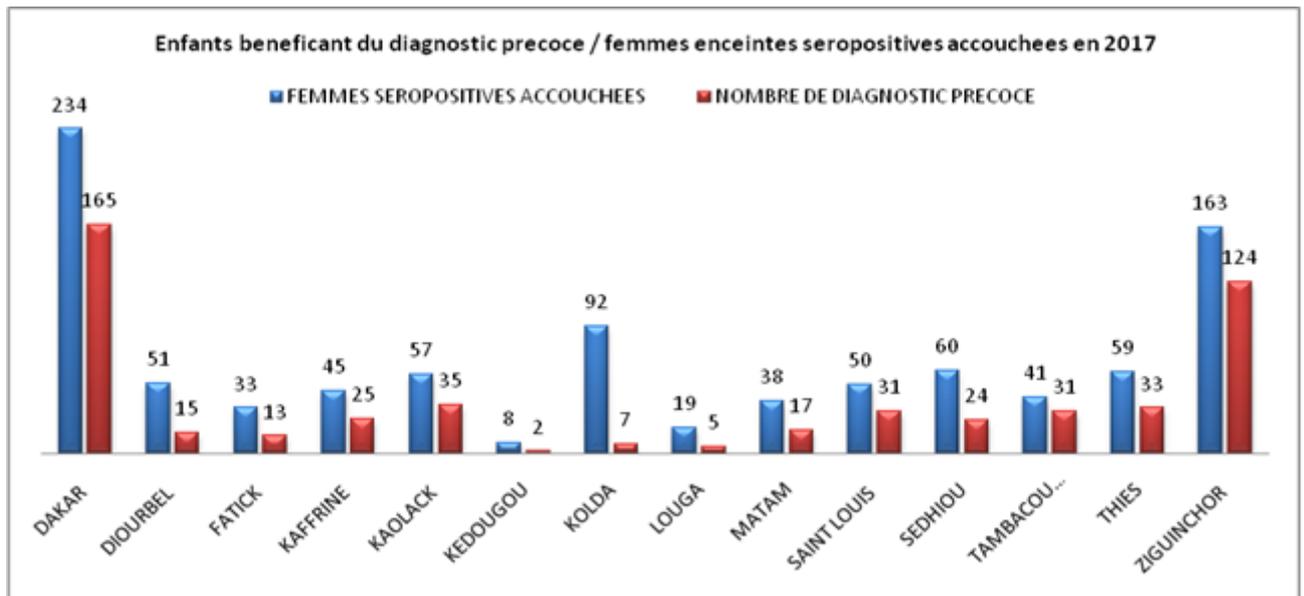


Figure 17: Diagnostic précoce des enfants par rapport aux femmes séropositives accouchées

Au courant de l'année 2017, sur 950 femmes enceintes séropositives accouchées, 55,47% de leurs enfants ont bénéficié de diagnostic précoce entre 04 et 08 semaines.

Les régions de Ziguinchor, Tambacounda et Dakar sont les plus performantes en matière de réalisation de diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives.

#### **Points forts :**

- 10 régions ont bénéficié d'un suivi eTME
- Documentation des Bonnes pratiques
- Les supervisions ciblées
- Supervisions conjointes PTME, DSRSE, SC et RNP+
- Formation e-TME communautaire

#### **Points à améliorer :**

- Délégation de tâche
- Promptitude des rapports PTME
- Insuffisance de formation des prestataires
- Insuffisance de formation des acteurs communautaires
- Faible Implication des acteurs communautaires

- Circuit d'acheminement et de rendu des PCR non formel

### **Recommandations :**

- Organiser avec la DSRSE des revues conjointes
- Assurer une meilleure coordination avec les RM
- Mettre à temps les financements
- Solliciter l'appui des partenaires pour le passage à l'échelle des bonnes pratiques
- Mettre en œuvre les activités financées par l'UNICEF (suivi micros plans eTME...)
- Supervisions intégrées DLSI, DSRSE, SC RNP+
- Rendre régulière les réunions du comité de pilotage PTME
- Eviter la rupture des intrants notamment les TDR et ARV pédiatriques
- Recycler tous les prestataires
- Planifier des formations pour les acteurs communautaires
- Définir avec chaque région un circuit formel d'acheminement et de rendu des résultats
- Envoyer régulièrement tous les trimestres les rapports PTME

### **Bonnes pratiques**

Une des bonnes pratiques à appliquer souvent est le Tableau « Lumière » un moyen efficace pour assurer le suivi et le respect des 04 Consultations Pré –Natales (CPN) chez la femme enceinte (exemple du District sanitaire de Sédhiou). Le passage à l'échelle se fera par :

- Une orientation des prestataires sur le tableau « lumière »
- Un renforcement de capacité des acteurs communautaires sur la SR
- Une mise en place de caisse de solidarité/mutuelle de santé

### **Forces faiblesses et opportunités**

#### **Sur quelles forces le programme s'appuiera-t-il pour atteindre ses objectifs ?**

- L'existence de plans d'e-TME mis en œuvre dans toutes les régions
- L'offre de service de dépistage du VIH aux femmes enceintes dans 100% des hôpitaux et centres de santé et 86% des postes de santé.
- La documentation de bonnes pratiques : VADI, tableau « Lumière », l'utilisation des TIC pour le rappel des RDV
- Appropriation de la PTME par les sages-femmes et les ICP à travers la délégation des tâches
- La stratégie TATARSEN

#### **Quels sont les principaux obstacles à franchir pour parvenir à réaliser les objectifs du Programme ?**

- Persistance de facteurs socioculturels et économiques limitant l'utilisation continue des services
- Insuffisance de partage et de gestion du statut VIH au sein du couple.
- L'insuffisance de la délégation des tâches qui freinent encore l'enrôlement des Postes de Santé pour la PEC effective du couple mère –enfant par les ARV
- La pérennisation dans la chaîne d'approvisionnement

- La rétention des femmes enceintes dans les soins
- Le circuit d'acheminement des prélèvements de la PCR et de la CV n'est pas formalisé
- L'Insuffisance de l'implication des acteurs communautaires.
- L'insuffisance des ressources humaines
- L'insuffisance des ressources financières pour appuyer les interventions
- Pour être au rendez-vous de l'eTME du VIH, notre pays a élaboré un plan d'accélération de la TME du VIH pour la période 2018/2020. Dans ce document, des stratégies innovantes y sont consignées afin de redresser les goulots d'étranglements pour une utilisation continue des services de SMNI mais surtout une PEC de qualité du couple mère-enfant par les ARV.

## **PERSPECTIVES**

- Assurer le suivi semestriel régulier des micros plans des régions
- Intensifier les activités de prévention primaire
- Mobiliser l'ensemble des acteurs autour des objectifs e-TME :
- Booster la délégation des tâches à travers un partenariat avec l'association des sages-femmes
- Promouvoir un partenariat et des badiénous Gokh
- Renforcer les cadres de concertation et des mécanismes de collaboration formalisés
- Promouvoir la participation effective des personnes vivants avec le VIH ;
- Promouvoir la participation effective de personnes vivantes avec le VIH
- Renforcer la formation polyvalente des acteurs communautaires
- Partager les bonnes pratiques,
- Lutter contre la stigmatisation et discrimination de la femme enceinte séropositive ;
- Renforcer l'accompagnement psycho-social du couple mère-enfant,
- Renforcer le système de suivi et d'évaluation

## 1.5. Prise en charge médicale des personnes vivants avec le VIH

### Bilan des activités menées

Tableau 5: Activités menées PEC Médicale/résultats attendus

PTF	Activités menées	Résultats atteints	Observations
<b>Fonds Mondial</b>	Organiser des supervisions semestrielles intégrées des sites de prise en charge par axe		
	Etendre le programme TUTORAT au niveau national au niveau de 14 sites	8/14	
	Organiser des ateliers de suivi au niveau de 10 sites TEV+	10/10	
	Mener une recherche/Action pour améliorer le taux de rétention des PVVIH	Enquête réalisée	
	Organiser une réunion annuelle du comité TB/VIH national de 02 jours	2 activités/2	
	-Organiser chaque année une planification/suivi intégrée TB/VIH dans chaque région	6 axes/6	
	Organiser un atelier de validation des outils de communication du TATARSEN (Co-infections TB/VIH)	Atelier/1	
	Organiser un atelier de planification des POT pour les régions (Louga, Kaffrine, Diourbel, Fatick et Matam)	5 ateliers / 5	
	Assurer le suivi des POT des régions		
	<b>Intrahealth / NEEMA</b>	Organiser des supervisions semestrielles intégrées des sites de prise en charge par axe	-
Organiser un atelier de planification des POT pour les régions (Thiès, Kédougou et Dakar)		4 ateliers/4	2 ateliers à Dakar
	Organiser un atelier de mise à jour des algorithmes de PEC du VIH	1/1	
	Organiser un atelier de révision des fiches de PEC nutritionnelle des PVVIH	1/1	
<b>Unicef</b>	Organiser des supervisions semestrielles intégrées des sites de prise en charge par axe	5 équipes/5	
<b>CHAI</b>	Organiser un atelier de formation des prestataires sur la PEC pédiatrique du VIH	Un atelier de 50 participants	
	Organiser des missions de supervision post formatives par axe sur la PEC pédiatrique	4 équipes dans 4 axes couvrant 35 sites de PEC pédiatrique dans 13 régions	

**ACTIVITES PREVUES NON REALISEES**

- Assurer la reproduction de 2000 exemplaires de fiches techniques de Counseling
- Atelier de partage de la stratégie de dépistage actif du VIH chez les enfants malnutris et hospitalisés
- Organiser 8 sessions de formation des prestataires en dépistage actif des enfants malnutris et hospitalisés dans chaque district
- Reproduire et diffuser des outils de suivi de l'émergence des résistances
- Mettre en place un système de relance des Rendez Vous (SMS et Appels téléphoniques) pour les prestataires et médiateurs
- Organiser une réunion annuelle du comité TB/VIH national de 02 jours
- Organiser chaque année une planification/suivi intégrée TB/VIH dans chaque région
- Reproduire et diffuser les outils de communication sur le TATARSEN (coïnfection TB/VIH)
- Assurer le suivi de la mise en œuvre du Test and Treat dans les 5 régions ciblées
- Former 30 prestataires de santé sur l'intégration de la santé sexuelle et reproductive dans la PEC globale
- Atelier d'élaboration d'un guide pratique des interventions dans le cadre du TATARSEN
- Organiser une revue annuelle sur le TEV+
- Organiser un atelier de validation du rapport de l'évaluation TATARSEN

Tableau 6: Activités réalisées PEC et non prévues

PTF	ACTIVITES REALISEES ET NON PREVUES	RESULTATS ATTEINTS	OBSERVATIONS
	Organiser un atelier de révision et d'harmonisation des modules de PEC		
	Organiser un atelier de partage avec les formateurs régionaux sur les nouveaux modules de PEC		
	Organiser des ateliers de formation décentralisés sur les nouveaux modules de PEC		
	Organiser une réunion de coordination par mois au niveau de chaque site TEV		
	Organiser un atelier sur la délégation des tâches au profil du personnel du CHOM		
	Organiser un atelier de planification POT pour les régions (11 régions)		
	Organiser un atelier d'élaboration du guide sur l'intégration de la santé sexuelle et reproductive dans la PEC globale des PVVIH		
	Appuyer l'adhésion des PVVIH à la CMV+		
	Organiser des missions d'appui à la mise en œuvre de la CMV+		
	Mission d'appui à la mise en œuvre des interventions dans le cadre de la prise en		

charge du VIH/SIDA à Médinatoul  
Salam 3 à Kaffrine

### BONNES PRATIQUES :

- Stratégies TEV+,
- CMV+,
- Délégation de tâches,

### Points forts :

- Elaboration d'un planning des activités du bureau
- Mise en place d'une coordination au niveau interne
- Rapports d'activités disponibles
- Elaboration des documents par l'équipe
- Révision des modules de PEC du VIH, Fiches de techniques de counseling,

### Points à améliorer

- La réalisation des activités
- Implication davantage des membres d'équipe (mobilisation)
- Retard dans l'exécution de certaines activités (non réaliser)
- La coordination avec les responsables au niveau local (RM, CS, etc.)

## Données statistiques

### Couverture des services

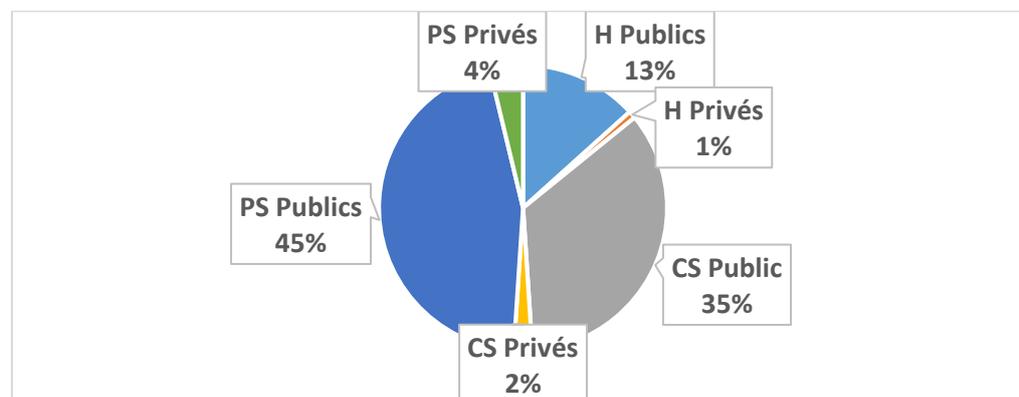
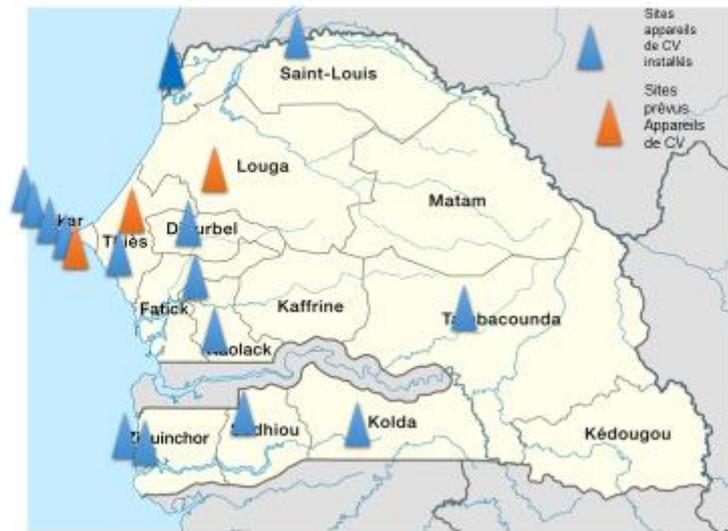


Figure 18: Couverture des sites de PEC

### Couverture en appareils de Charge virale

### Couverture en appareils de Charge virale



Division sida-IST/MSAS

Carte 2: couverture en appareil de Charge Virale

### Evolution des indicateurs de PEC

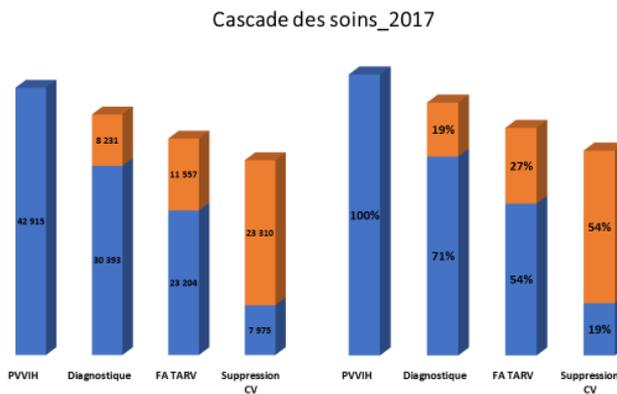


Figure 19: Cascade des 3''90''

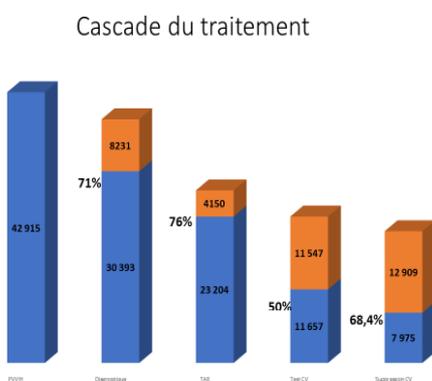


Figure 20: Couverture traitement ARV(TAR)

En 2017, par rapport aux objectifs de l'ONUSIDA d'ici à fin 2020 à savoir les 90-90-90

- 1<sup>er</sup> 90, Le nombre de PVVIH diagnostiqué est de 30393 soit 71 % des PVVIH attendues, ce qui laisse un gap de 19% pour atteinte des UN 90 d'ici à 2020.
- 2<sup>ème</sup> 90, La file active des PVVIH est de 23 670 soit 54 % Aussi,
- 3<sup>ème</sup> 90, 11 657 PVVIH ont bénéficié d'une mesure de la charge virale et parmi eux 7 975 ont atteint une suppression (CV < 1000 copies/ml) soit 19% de suppression (et 68,4% chez qui la CV est mesurée).

**Evolution comparative des cas diagnostiqués et les cas maintenus dans les soins par année**

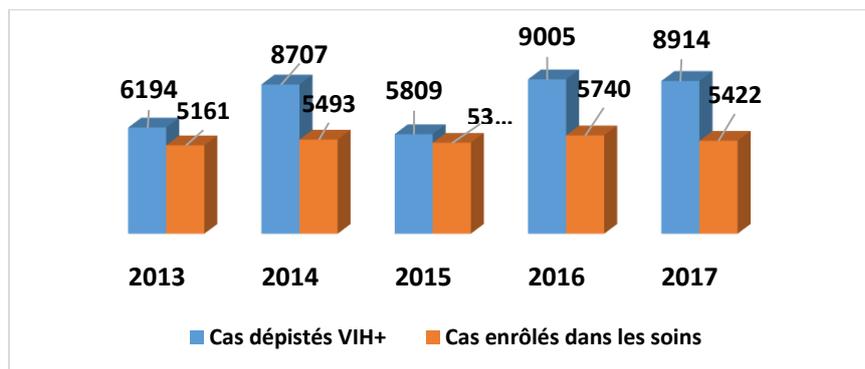


Figure 21: Evolution des cas diagnostiqués et les cas maintenus dans les soins entre 2013 et 2017

Les PVVIH nouvellement enregistrées dans la PEC restent stables

**Evolution des files actives de 2013 à 2017**

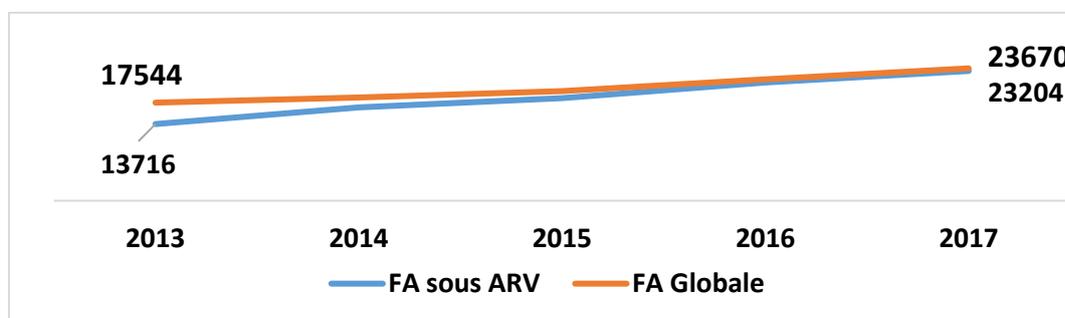


Figure 22: Evolution des FA de FA de 2013 à 2020

Les files actives globales et sous ARV n'ont pas de différences significatives

**Evolution PDV et décès**

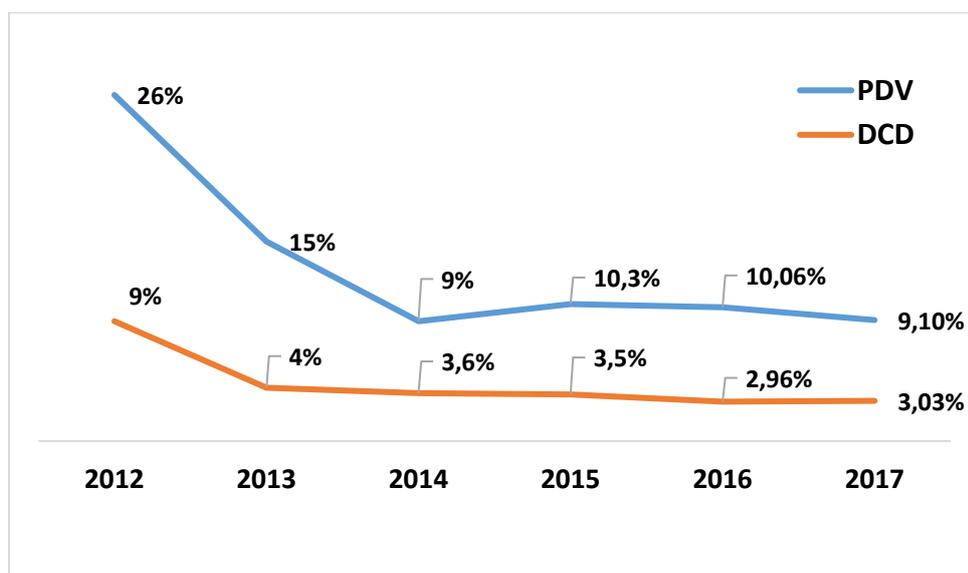


Figure 23: Evolution des perdus entre 2012 et 2017

Le taux de décès et de PDV reste stable, respectivement 3% et 9% ;

### **Principaux éléments de succès**

- 25 appareils de mesure CV dans 12 régions (dont 13 hors de Dakar) ;
- Finalisation du document d'orientation de la stratégie tutorat EVVIH (TEV+) ;
- Formation tutorat des EVVIH (TEV+) dans 15 sites pédiatriques de référence (HEAR, EPS Roi Baudouin Guédiawaye et HALD)
- Extension du tutorat aux sites Pédiatriques EPS de KAOLACK, MBOUR, JOAL, NIORO, KAFFRINE, EPS TIVAOUANE, THIES, DAHRA, LINGUERE...

### **Principales contraintes**

- Couverture nationale des PVVIH avec une CV ;
- Délégation des tâches faiblement mise en œuvre ;
- PDV important, en particulier chez les populations clés à cause de la stigmatisation et de leur mobilité ;
- Insuffisance du Dispositif de suivi de l'émergence des résistances aux ARV ;
- Absence de Financement dédiés des POT TATARSEN déjà élaborés ;
- Absence de ressources pour le Suivi des Plans Opérationnels TATARSEN (coaching des districts)
- Sous dépistage des enfants et adolescents malnutris hospitalisés et de la fratrie ;
- Difficultés d'annonce du statut positif aux enfants/ados ;
- Gestion Co morbidités VIH/HVB très faible ;
- Obstacles socio-économiques (autonomisation et renforcement du pouvoir d'achat et de décision des PVVIH) ;
- Recherche opérationnelle et Estimation de la taille des populations des groupes vulnérables insuffisantes ;
- Audit des décès de PVVIH sous ARV non systématiques

### **Principaux défis**

- Mise en place de la Plateforme de CV fonctionnelle dans toutes les régions ;
- Mise en place de circuits locaux pour acheminement des prélèvements et le rendu des résultats de CV ;
- Consolider la délégation des tâches dans les régions TATARSEN ;
- Formation des paramédicaux sur la PEC globale (délégation des tâches) ;
- Renforcer les CMT des sites des districts en intégrant les paramédicaux impliqués dans la PEC des PVVIH
- Renforcement de l'autonomisation des PVVIH par la CMV+ (adhésion et FG) ;
- Renforcement de la stratégie du tutorat des EVVIH (TEV+) ;
- Extension TATARSEN à toutes les régions ;
- Financement des PO TATARSEN ;
- Suivi des PO TATARSEN (coaching des districts) ;
- Mise en place d'un programme d'annonce du statut sérologique aux enfants ;
- Mise en place d'un programme d'ETP dans tous les sites pédiatriques ;

- Renforcer la PEC psychosociale et la santé sexuelle et reproductive des ados.

## PERSPECTIVES

- Mettre en place un responsable PEC des OEC et un responsable PEC des adultes.
- Elaboration du planning des activités pour 2018

### 1.6. Suivi /Evaluation des activités

Le système de suivi évaluation de la DLSI est un des piliers fondamental de la réponse dans le contexte de la stratégie TATARSEN avec les 3 «90 » à atteindre d'ici 2020.

Des activités menées concernent principalement :

- Le paramétrage du module tracker dans le DHIS 2
- L'évaluation du taux de survie à 12 mois, 24 mois en collaboration avec le CNLS et certains partenaires au niveau de tous les sites de PEC
- L'audit de la qualité des données
- La synthèse semestrielle et annuelles des données VIH et leur analyse
- Les appuis aux supervisions et à la mise en place de certains programmes clés (POT, TEV+...)

Tableau 7: Activités SE réalisées

PTF/source	Activités	Période	Observations
CNLS/NMF	Appui dans les activités des autres bureaux : supervisions intégrée PEC, Supervisions intégrée DLSI et société civile Élaboration plan opérationnel TATARSEN au niveau des régions Mise en œuvre et suivi TEV+ au niveau des sites de PEC	Au cours de l'année	
	Atelier d'élaboration et de validation du PTA 2018		Avec la DLM
	Suivi trimestriel des activités		
	Collecte et synthèse des données de 2017	Données reçues des GDR	
	Elaboration du rapport annuel 2016 de la DLSI	S1 2017	
	Elaboration des rapports trimestriels du FM/NMF1		

### 3- Points forts

- Disponibilité des données de 2017 pour toutes les composantes
- Amélioration du suivi dans le reportage des activités techniques ;
- Disponibilité d'un tableau des recommandations des activités prioritaires (supervisions ; tutorat ; suivi e-TME)

**4- Points à améliorer**

- Pas de complétude de certaines données de sites surtout les populations clés
- Sous enregistrement des données VIH dans le DHIS2
- Retard de la transmission des rapports trimestriels des régions à la DLSI (par les GDR)
- Incohérence des données reçues des régions
- Absence de revue régionale VIH permettant de corriger certaines faiblesses dans le reportage des données

**5- Recommandations**

- Faire des revues par axe chaque semestre
- Compléter la saisie des données VIH au niveau de la plateforme DHIS2
- Faire une synthèse plus exhaustive des données des populations clés
- Faire l'analyse trimestrielle des données reçues des régions

**1.7. Gestion financière**

Tableau 8: Répartition des finances selon le partenaire

PARTENAIRES	Budget alloué	Exécution	Performance
ETAT	1 742 762 000	1 725 576 384	99%
UNICEF	19 418 832	18 953 091	98%
CLINTON FONDATION	14 592 640	14 120 000	97%
FM/NMF1	345 518 931	326 359 392	94%
<b>Total</b>	<b>2 122 292 403</b>	<b>2 085 008 867</b>	<b>98%</b>

**III. CONCLUSION**

Le Sénégal a les potentialités d'atteindre les trois 90 d'ici à 2020 et de contribuer ainsi l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030.

Simplifier les procédures, former, déléguer, décentraliser, améliorer la gestion des données et suivre la qualité des interventions.