

2016

REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

DIVISION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST



DLS



I



RAPPORT DES ACTIVITES 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION

RESULTATS/ REALISATIONS

- ***COMMUNICATION***
- ***PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE***
- ***CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH***
- ***PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH***
- ***PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH***
- ***SUIVI / EVALUATION ET RECHERCHE***
- ***GESTION LOGISTIQUE DES APPROVISIONNEMENTS ET DES STOCKS***
- ***GESTION FINANCIERE***

CONCLUSION

INTRODUCTION

A l'instar de la communauté internationale, le Sénégal s'est engagé à atteindre les objectifs des trois 90 « 90-90-90 » lancés par l'ONUSIDA en 2014. Cette approche dans la lutte contre le VIH s'appuie sur le traitement précoce et à vie du VIH améliorant ainsi considérablement la santé des personnes vivant avec le VIH et en réduisant de façon significative la transmission du virus avec les CV indétectables du troisième 90.

Cette stratégie dite TATARSEN (test all, treat all and retain au Sénégal) a été lancée en 2016 dans les régions du sud du Sénégal où les taux de prévalence sont plus élevés que dans le reste du pays.

La DLSI, point focal VIH/IST du MSAS, à travers ses structures de coordination et ses PTF en particulier le NFM/CNLS, INTRA, l'UNICEF entre autres, a mis en place des stratégies et activités concourant à l'atteinte des objectifs ; Elles sont surtout axées sur :

1-La prévention au près de la population générale par :

- La promotion des comportements sexuels à moindre risque*
- La promotion l'utilisation du préservatif*
- L'IEC*
- L'approche participative de prévention par les OCB*

2-La PEC des IST par :

- Le renforcement de la PEC syndromique des prestataires*
- Le renforcement de la PEC chez les populations clés*
- Les supervisions formatives des prestataires*

3-Le CDV

en stratégies mobiles et fixes associées à des supervisions avec ciblage des zones de vulnérabilité et des populations clés

4-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+

5-la prévention de la transmission mère- enfant avec son plan eTME lancé en décembre 2012 et extension à toutes les régions et le suivi des micros plans régionaux et des 76 districts sanitaires

6-La PEC des PVVIH avec le lancement de la stratégie TATARSEN dans les 3 régions du sud suivi de son extension à TAMBACOUNDA, KAOLACK et ST LOUIS

7-La gestion logistique et des approvisionnements à travers la PNA et des 11 PRA par la mise à disposition de réactifs et des ARV avec toutefois une rupture des TDR /VIH et la mise en place et le démarrage de la CV dans 12 régions du pays

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

*** MISSIONS :**

- *Renforcer les activités d'IEC/CCC*
- *Documenter les bonnes pratiques*
- *Gérer la relation presse*
- *Veiller au respect des normes de prise en charge des IST*
- *Organiser, superviser et coordonner les activités de prise en charge des IST*
- *Coordonner les activités de contrôle sanitaire des prostituées et des groupes vulnérables*
- *Veiller à la sécurité transfusionnelle (CNTS) et les Accidents d'Exposition au Sang (AES)*
- *Organiser, superviser et coordonner les activités de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH*
- *Organiser, superviser et coordonner le conseil dépistage volontaire du VIH*
- *Participer à la Promotion du Préservatif (masculin et féminin)*
- *Veiller au respect des normes de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH (PvVIH)*
- *Organiser, superviser et coordonner les activités des Centres de dépistage Volontaire Anonyme (CDVA)*
- *Organiser, superviser et coordonner les activités de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH*

- *Veiller au respect des procédures administratives et financières*
- *Mettre en œuvre des différentes activités planifiées*
- *Mettre en place des outils d'assurance qualité pour une bonne gestion*
- *Mettre un mécanisme de suivi du patrimoine du service*
- *Veiller à l'exécution des activités de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA et des IST*
- *Superviser la qualité des examens de laboratoire*
- *Organiser la collecte et la gestion des données épidémiologiques*
- *Coordonner les activités de recherche épidémiologique et comportementale*

*** ORGANISATION**

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

- *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 Suivi-Evaluation/Surveillance/ Recherche*
- *Cellule communication*
- *Service Administratif et Financier*

RESULTATS ET ACTIVITES REALISEES

A/COMMUNICATION

1- Mise en œuvre

Le bureau communication est transversal et représente la vitrine de la Division Sida IST face à la politique dégagée par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale.

Le bureau communication contribue à développer de nouvelles stratégies de communication pour l'atteinte des objectifs d'élimination de la transmission du VIH d'ici 2030 et la prise en charge des IST auprès des populations cibles.

2- Activités menées

Ligne /partenaires	Libellé Activité	Période / Lieu	Cibles / Participants
DLSI	Revue prise en charge VIH Populations Clés	Thiès	Prestataires Pop Clés
CNLS	Elaboration des outils de communication	Dakar	Chargés de communication
DLSI UNICEF	Réalisation du film MUCC (film documentaire sur la PTME)	Dakar et Popenguine	Les FAR, populations
CNLS	Participation au JSS	Dakar	Populations
DLSI	Formation site Web	Dakar	Equipe com

3- Points forts

Partage et échange d'expériences

Développer des nouvelles stratégies de communications

4- Points à améliorer

La communication interne (entre les différents bureaux)

Implication du bureau communication dans les supervisions et formations...

Les Tic pour une meilleure visibilité de la DLSI

B/PREVENTION

I- PRISE EN CHARGE DES IST ET SUIVI DES PS ET MSM

1- Mise en oeuvre

Les IST facilitent la transmission du VIH. La prise en charge de ces IST, par l'approche syndromique, est mise en œuvre dans les structures de santé publiques et parapubliques. La mise en œuvre s'appuie sur :

- Le renforcement de capacité des prestataires des structures de santé publiques et privées
- L'utilisation d'algorithmes nationaux standards
- Le renforcement de PEC des IST chez les populations clés
- La systématisation du dépistage sérologique en consultation prénatale

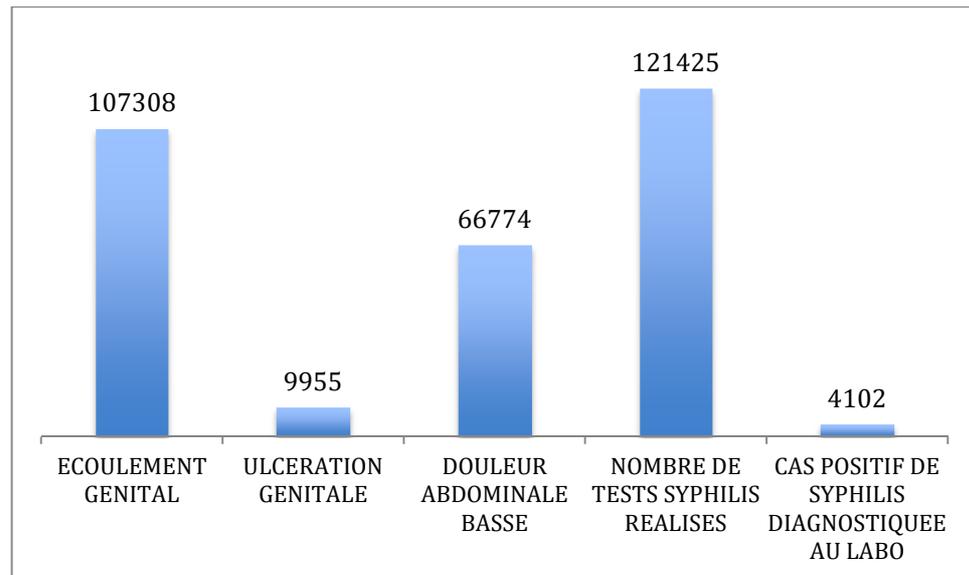
Le dépistage de la syphilis dans les services de santé de la reproduction est quasi-systématique puisque figurant dans le bilan des consultations prénatales .

- Le renforcement des capacités techniques des laboratoires en équipements et réactifs. Les laboratoires de référence, dans le diagnostic, jouent un rôle majeur dans la prise en

charge. Le dépistage sérologique de la syphilis a été amélioré avec l'avènement des tests rapides au niveau de certains postes de santé

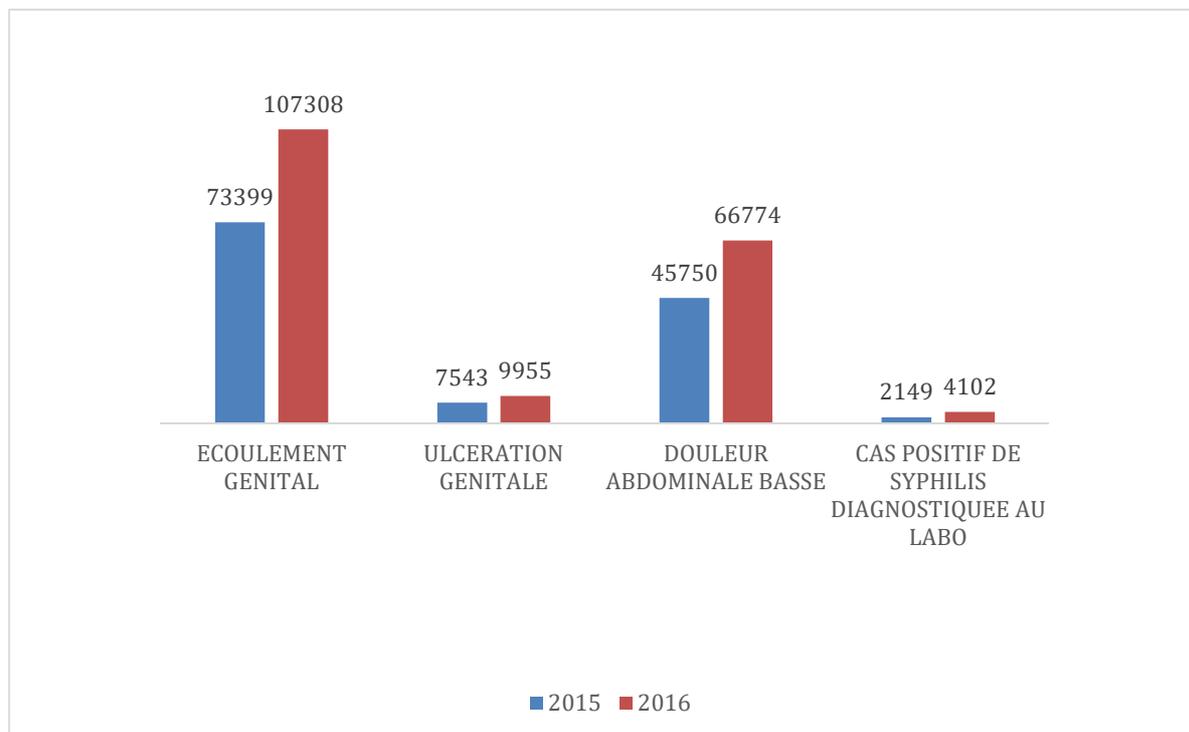
- L'implication des organisations communautaires dans la promotion des préservatifs masculins et féminins.

2- Résultats



Résultats des IST de 2016

Commentaires

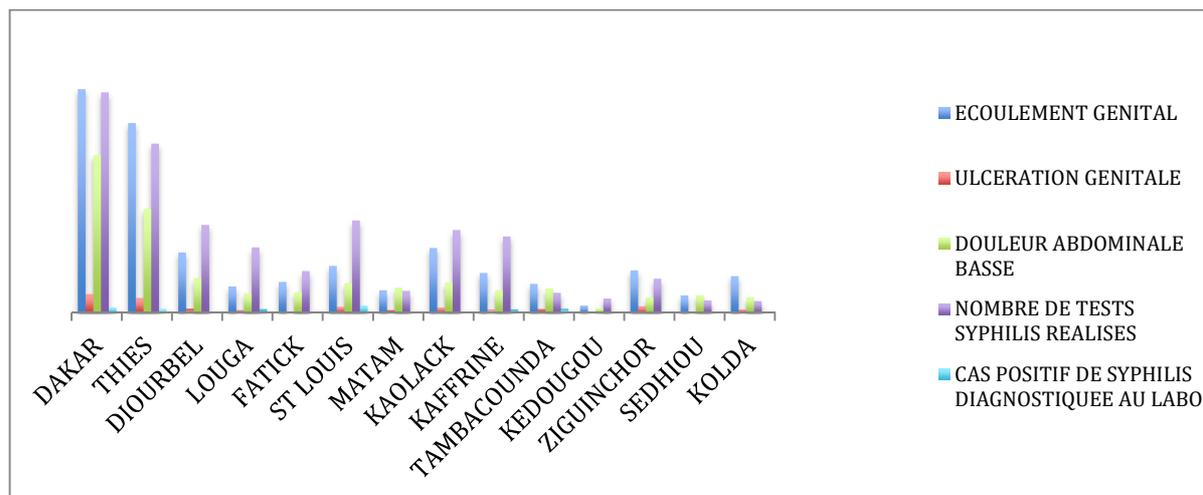


Evolution des IST 2015 à 2016

Commentaires :

Plus de cas d'IST notifiés en 2016 qu'en 2015 lié aux formations et capacitations des prestataires aux supervisions formatives à l'équipement des sites de référence et à l'introduction des tests rapides de la syphilis. Ces résultats sont en partie liés à :

- La redynamisation du suivi des PS dans les régions de: Kédougou, Tambacounda, Kaolack, Saint-Louis, Matam, Diourbel et Louga
- L'appui à la mise en œuvre des lettres d'Accord dans les régions de Ziguinchor et Diourbel
- L'appui de sessions de formation en PEC syndromique dans les régions de Diourbel et Kaffrine
- La mise à niveau sur l'utilisation des outils révisés
- L'amélioration gestion des médicaments IST
- La collaboration avec société civile pour une harmonisation dans les interventions



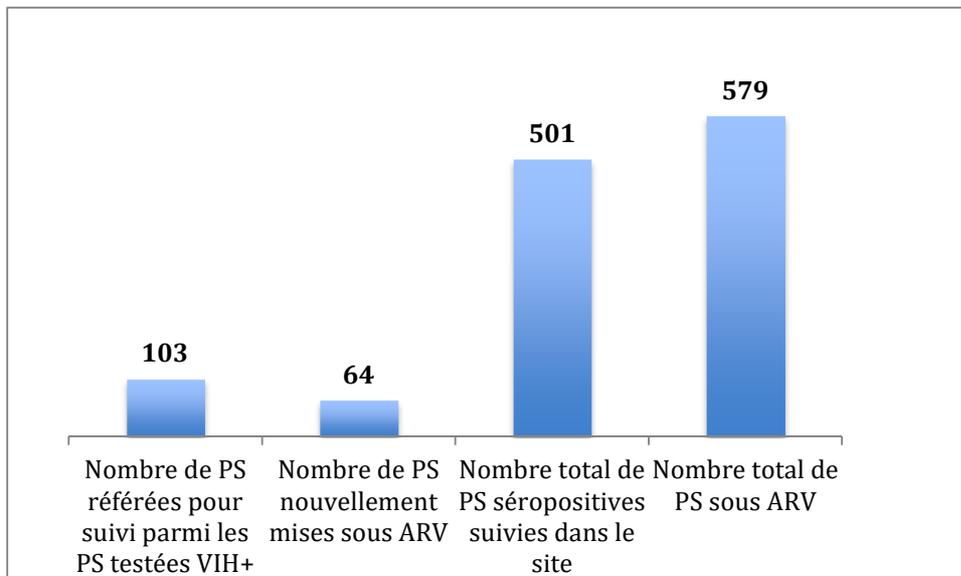
IST par région

Comentaires :

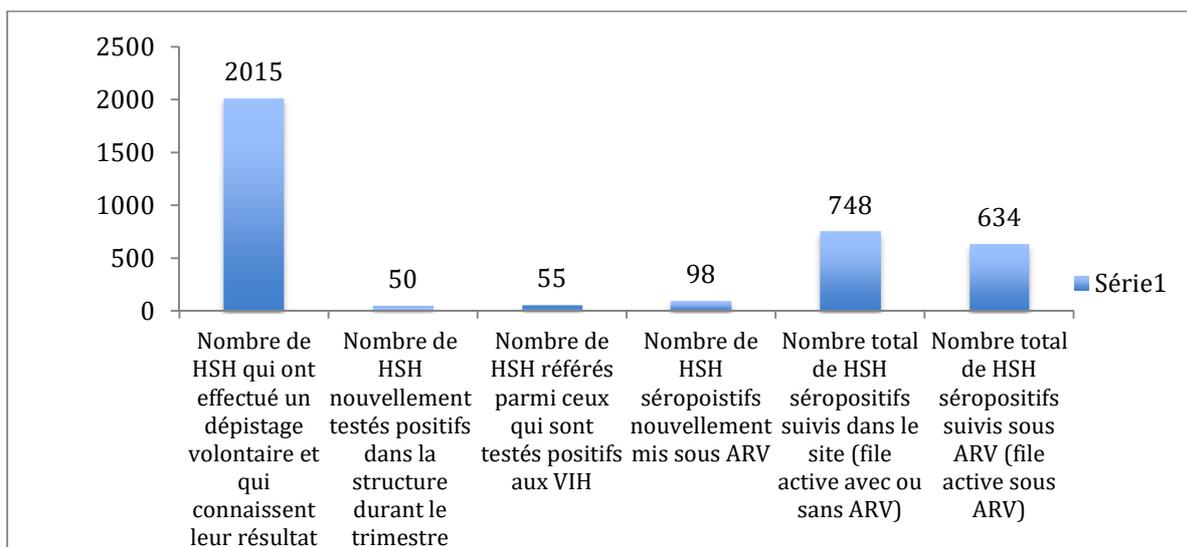
Les régions de DAKAR, THIES, DIOURBEL et ST-LOUIS totalisent la plus grande partie des IST

ACTIVITES d'IST

- *La mise en œuvre de l'approche syndromique de prise en charge des IST pour la population générale dans tous les hôpitaux et Centres de santé et dans plus d'une centaine de Postes de santé.*
- *L'effectivité de l'introduction du module de Prise en charge des IST dans les curricula des écoles de formation des prestataires.*
- *La formation de 125 prestataires sur les protocoles révisés à travers 5 sessions de formation et d'appui technique effectuées dans les régions de Diourbel, Kaolack, Kaffrine et Saint Louis. La diffusion de la documentation auprès des prestataires.*
- *L'amélioration de la couverture du dépistage sérologique de la syphilis par la disponibilité de tests rapides au niveau de plus de 100 postes de santé, les hôpitaux, les centre de santé, les CMG et certaines structures du privé.*



PS /VIH



MSM/VIH

Commentaires :

- La qualité des données MSM est largement meilleure que les années précédentes
- Disponibilité des services dans toutes les RM
- Meilleure compréhension des autorités
- Bonne implication des bénéficiaires
- Meilleure compréhension du T&T

- Prise en compte de la dimension transfrontalière

3-Activités réalisées

<i>Partenaires</i>	<i>Libellé Activité</i>	<i>Période / Lieu</i>	<i>Cibles / Participants</i>
<i>FHI360</i>	<i>Organiser une mission d'intégration des services dans les sites de prise en charge à Pikine, Mbacké et Rufisque</i>	<i>T1</i>	<i>Prestataires</i>
<i>FHI360</i>	<i>Atelier d'orientation sur le TATARSEN avec les médiateurs et travailleurs sociaux du 25 au 29 Janvier 2016 à Ziguinchor</i>	<i>Janvier 2016 ZIG</i>	<i>Mediateurs pop cles Travailleurs sociaux</i>
<i>FHI 360</i>	<i>Suivi/ Supervision dans les 12 sites d'intégration</i>	<i>T1</i>	<i>Prestataires santé ZIG KOLDA SEDHIOU</i>
<i>FHI 360</i>	<i>Atelier de concertation avec les prestataires des structures sanitaires et autorités des régions de Sédhio, Kolda, Ziguinchor sur la gestion transfrontalière des populations clé</i>		<i>Prestataires de Soins/Médiateurs/Religieux/ Force De Sécurité/Justice/PS et MSM</i>
<i>FM</i>	<i>Supervision formative des sites de PEC des MSM de la région de Kaolack</i>	<i>1 au 6 aout 2016 Kaolack , Ndoffane,Nioro,g uinguineo</i>	<i>Prestataires de soin, médiateurs, leaders MSM</i>
	<i>Supervision post formative des prestataires de la région de</i>	<i>16 au 23 AOUT</i>	<i>Prestataires de Sokone, Fatick ,Dioffior,</i>

<i>Fatick</i> <i>Supervision formative des prestataires de Tamba</i>	2016 28 Aout au 04 SEPT 16	<i>Foundiougne, Gossas, Passy</i> <i>Prestataires formés tamba, kidira, Goudiry, SodefiteX, MAC</i>
<i>Supervision formative des sites de PEC de la Région de Kédougou</i>	9 au 15 sept	<i>CS Kédougou, Saraya et Kharakhéna</i>
<i>Supervision formative site de PEC MSM LOUGA</i>	18 au 24 septembre	<i>CS LOUGA, EPS Louga, Kébemer Dahra, Linguère, Koki</i>
<i>Supervision formative des sites de PEC SEDHIOU</i>	22 au 27 Novembre	<i>CS SEDHIOU, MEDINA WANDIFA, BOUKILING GOUDOMP</i>
<i>Faire une mission de suivi/accompagnement pour les prestataires de la Gambie et la Guinée Bissau formés sur la prise en charge des populations clé</i>	T2	<i>Prestataires de soins de la Gambie, Guinée Bissau et des trois régions du Sud</i>
<i>Organiser une mission d'intégration des services dans les sites de prise en charge à Mbacké</i>		

<i>FM</i>	<i>Mission de plaidoyer et d'intégration des services de prise en charge des populations clé dans la région de Dakar (Pikine, Rufisque)</i>		<i>Prestataires de soins, médiateurs</i>
<i>FM</i>	<i>Atelier de partage du rapport du consultant sur la documentation et capitalisation de la stratégie d'intégration des services de prise en charge des groupes vulnérables en se basant sur la zone sud/ zone Atelier de partage et de validation</i>	<i>T3</i>	<i>Acteurs des trois régions du sud, Kaolack et Mbour du secteur public, Société Civile et populations clé</i>
<i>FM</i>	<i>Mission de plaidoyer et de dépistage démedicalise des pop clé dans la région de Diourbel</i>	<i>26 au 31 décembre 16</i>	<i>Autorité sanitaire et administrative pop clés</i>

II- CDV

1- Mise en œuvre

Il s'agit d'un dépistage du VIH chez toute personne venue volontairement. Il se fait après un counseling pré et post test pour permettre la prise en charge médicale, psychosociale en cas de séropositivité.

Les stratégies de dépistage du VIH actuelles font focus sur le ciblage des zones de vulnérabilité et des populations clés.

Ces stratégies consistent à faire

- Le dépistage des populations en stratégies fixes et mobiles
- Des campagnes nationales de dépistage
- Des stratégies de dépistages ciblé
- La promotion du dépistage du couple et de la fratrie

- Le renforcement des capacités des services de dépistage et des prestataires de service
- L'augmentation de la couverture du CDV

A ces stratégies s'ajoute le suivi évaluation assuré par :

- Des supervisions formatives périodiques au niveau des services
- La collecte et l'analyse des données pour assurer la qualité
- La coordination et la gestion des activités au niveau national, régional et district
- L'appui technique aux services
- La disponibilité des réactifs et consommables

2- Résultats

Sites de dépistage

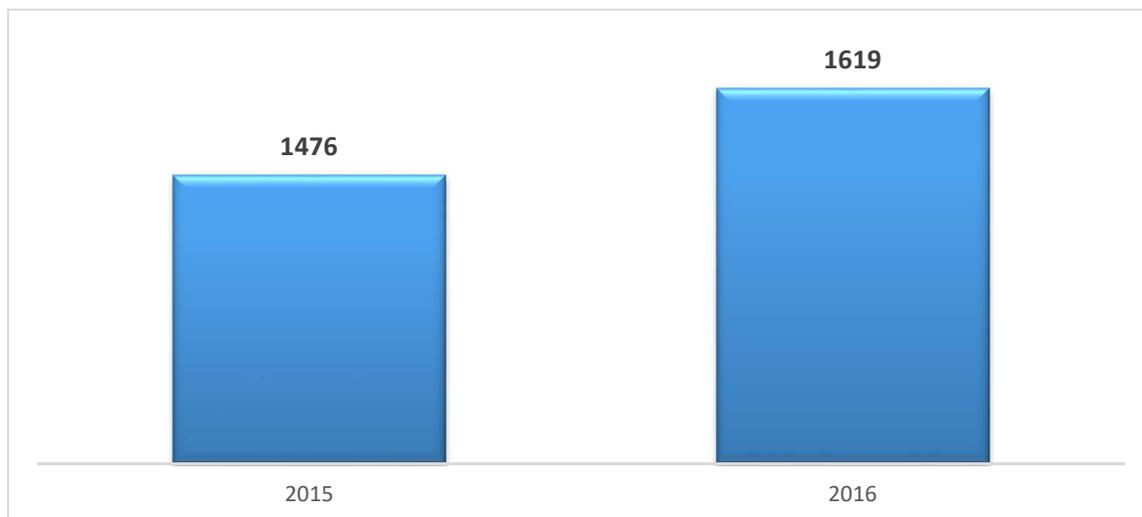
Le nombre de services de CDV s'élève à 1619 en 2016 dont 99% pour les postes de santé (1334). La couverture nationale est de 100%.



Répartition des sites de dépistage

On note près de cent postes de santé nouveaux en 2016 offrant des services de CDV surtout dans le cadre des consultations prénatales.

Les services de CDV passent de 1476 en 2015 à 1619 en 2016 (voir ci dessous)

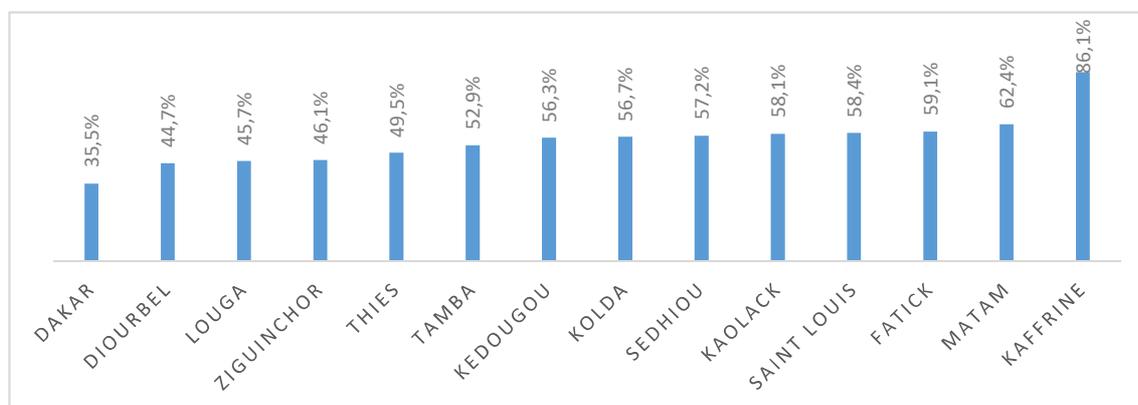


Evolution des sites de dépistage

Résultats du CDV :

Le nombre de personnes dépistées en 2016 est de 611 175 sur un objectif de 1 207 505 dont 591 647 ont retiré leur résultat soit une performance de 49%.

Aucune région n'a atteint les objectifs de dépistage ; La région de kaffrine est en tête avec 86,%. Les régions prioritaires du sud présentent des taux de dépistage variant entre 46% (Ziguinchor) et 57%(Sédhiou).

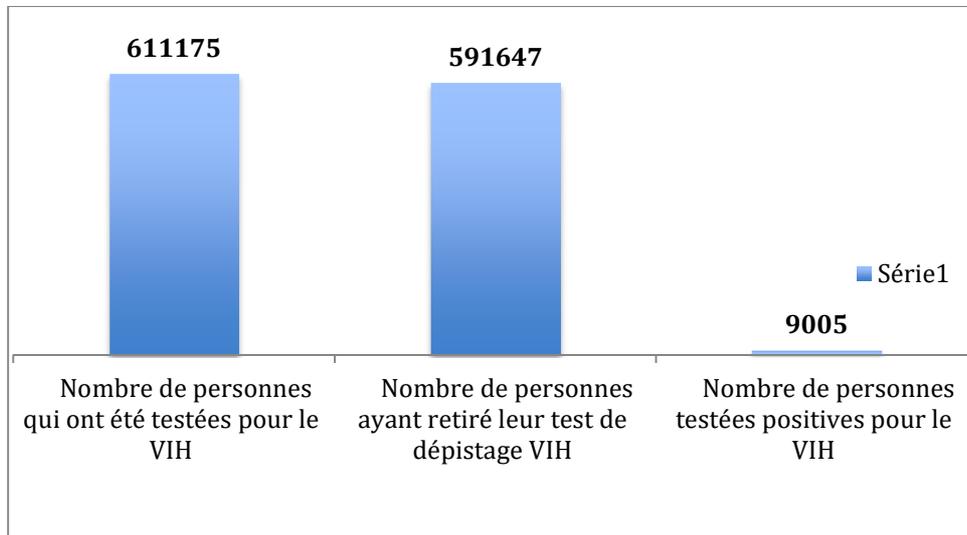


A comparer avec 2015, il y a une baisse des personnes dépistées qui passe de

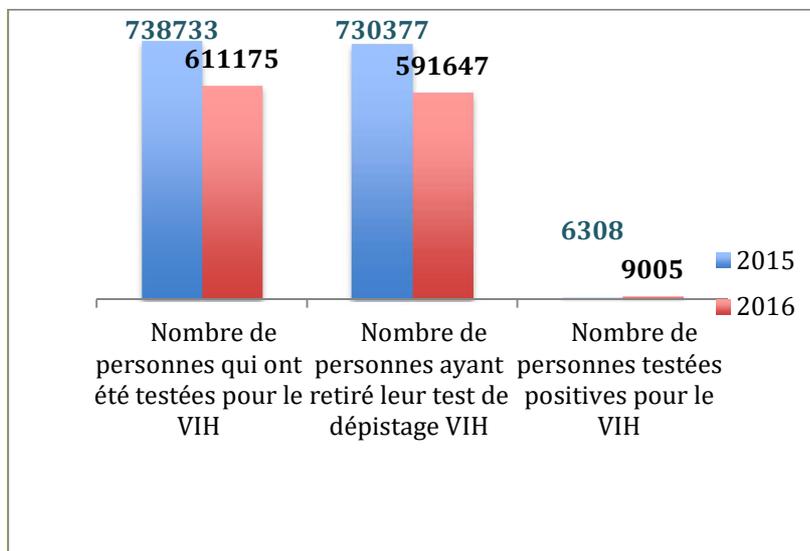
738 733 à 611 175 ; cette baisse concerne naturellement ceux qui ont fait le test et ceux qui ont retiré leur résultat.

Le nombre de personnes séropositives est de 9 005 pour 2016 contre 6 308 en 2015 ; Ceci étant lié probablement au ciblage des zones de vulnérabilité et des populations clés.

9005 personnes ont été dépistées séropositives pour 2016 soit un taux de séropositivité de 1,5% ; Plus de 83% des séropositifs sont dans la population générale et les populations clés , 10% chez les femmes enceintes et 4% chez les tuberculeux



Résultats CDV(POP GEN-POP CLES-BS-TB-PTME-AUTRES)



Evolution CDV 2015-2016

3- Activités réalisées

- Supervision des sites CDV au niveau des régions

III- PTME

1- Mise en œuvre

Le programme de PTME suite au passage à l'échelle amorcé en 2005, et l'utilisation des tests rapides aux niveaux des PS depuis 2007 a enregistré des résultats satisfaisant concernant le dépistage des femmes enceintes à l'image du taux d'utilisation de la CPN. Le plan national d'eTME du Sénégal a été lancé en Décembre 2012 suite à une analyse détaillée des goulots d'étranglements de la PTME. Les 14 régions du Sénégal ont eu à élaborer des micros plans eTME par district et région. . Des évaluations périodiques ont été organisées afin d'apprécier l'état de mise en œuvre des micros plans eTME.

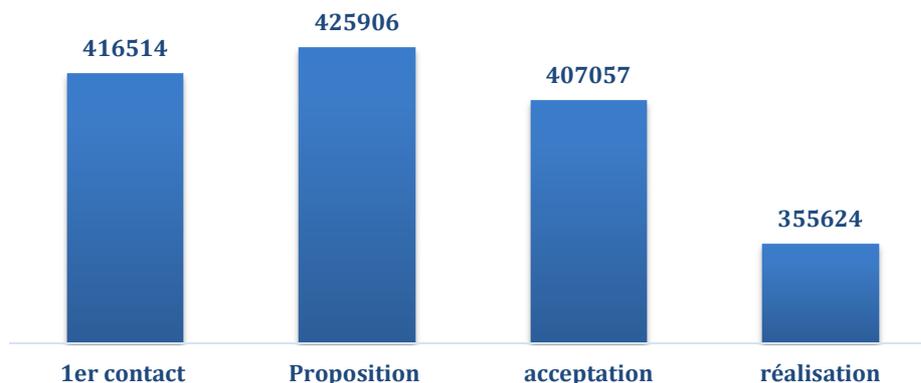
Le Sénégal s'est engagé, à l'instar de la communauté internationale, à mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 avec les objectifs intermédiaires d'atteinte des 90 90 90 en 2020.

Pour ce faire, il s'agira de :

- de capitaliser les données de dépistage des femmes enceintes en lien avec le 1^{er} 90,
- de booster la mise sous TARV des PVVIH (Deuxième 90,) avec l'adoption et la mise en œuvre de l'option B+ dans le cadre de la PEC du couple mère-enfant
- de passer à l'échelle les bonnes pratiques mises en œuvre au niveau des structures de santé (circuit d'acheminement des prélèvements pour la CV) combler le gap par rapport au troisième 90.

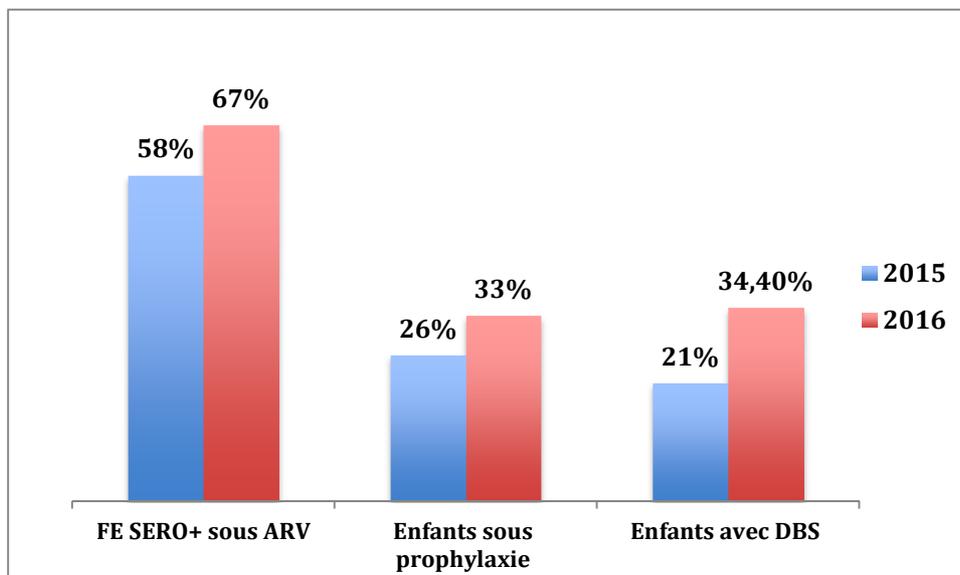
2- Résultats

Cascade PTME FE dépistées



Dépistage des FE en 2016

Le dépistage des femmes enceintes est passé de 81,0 % en 2015 à 85,0 % en 2016 (Dénominateur les femmes enceintes vues au 1^{er} contact). Ceci contraste un peu avec la baisse du nombre de femmes enceintes dépistées qui est passée de 366 863 en 2015 contre 355 624 en 2016 lié à la rupture des TDR /VIH



Analyse comparative des résultats 2015 - 2016

Le taux de mise sous traitement antirétroviral des femmes enceintes est passé de 58,0 % en 2015 à 67,0 % (1353/2005) données de 2016. Il en est de même de la mise sous prophylaxie des enfants nés de mère séropositives qui est actuellement à 33,0 % versus 26,0 % en 2015. Le recrutement des enfants nés de mère séropositive ayant bénéficié du diagnostic précoce a connu une augmentation passant de 21,0 % en 2015 contre 34,4 % en 2016 ; Mais nous sommes encore loin des objectifs d'eTME.

La difficulté pour capitaliser les données des DBS réside du fait de l'existence de 3 appareils PCR seulement (2 à Dakar et un à Thiès) mais surtout l'absence de circuit formel pour l'acheminement des DBS.

NB : Bonnes pratiques

Une des bonnes pratiques à appliquer souvent est le Tableau « Lumière » un moyen efficace pour assurer le suivi et le respect des 4 Consultations Pré –Natales (CPN) chez la femme enceinte: l'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 capacités des acteurs communautaires sur la SR
- Une mise en place de caisse de solidarité/mutuelle de santé

3- Activités réalisées

<u>Parte</u> <u>naire</u>	<u>Activités</u>	<u>lieu</u>	<u>cibles</u>
<i>UNICEF</i>	<i>Suivi micro plans eTME</i>	<i>Kaolack</i> <i>Thiès</i> <i>Dakar</i> <i>Kolda</i> <i>Saint Louis</i> <i>Ziguinchor</i> <i>Louga</i> <i>Kaffrine</i> <i>Diourbel</i> <i>Kédougou</i>	<i>CSR,PF PTME,autres</i>
<i>UNICEF</i>	<i>Réunion du comité de pilotage CDV/PTME (février)</i>		<i>DLSI</i> <i>Equipe des Régions</i>
	<i>Atelier de finalisation des fiches techniques du Counseling (Juillet)</i>		
	<i>Formation option B+ Louga (septembre)</i>	<i>Louga</i>	<i>Sage – femmes et ICP</i>

<i>FM</i>	<i>Atelier de finalisation des bonnes pratiques de la PTME (septembre)</i>	<i>Dakar</i>	<i>Personnel DLSI</i> <i>Régions</i> <i>Sédhiou ,Thiès ,Kédougou</i> <i>PTF</i>
<i>FM</i>	<i>Supervisions conjointes PTME, DSRSE, SC et RNP+</i>		<i>Prestataires et acteurs communautaires</i>
	<i>Restitution enquête sur malnutrition et l'insécurité alimentaire des PVVIH (Octobre)</i> <i>Visite de l'équipe du CDC SS et notification (Novembre)</i> <i>Atelier sous régional sur la PTME et la PEC pédiatrique</i> <i>IAS</i> <i>JSS</i> <i>Formation avec les DES de gynécologie (Déc)</i>		
	<i>Formation e- TME communautaires dans 11 régions</i>		
	<i>Supervisions ciblées PTME</i>	<i>Tamba</i> <i>Diourbel</i> <i>Matam</i>	

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 Etme communautaire
- Bon taux de réalisation 18/20

Points à améliorer

- Continuer les évaluations des micros plans eTME/certification eTME
- 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+
- Réunion du comité de pilotage PTME/CDV
- Eviter la rupture des intrants notamment les TDR et ARV pédiatriques

C/PRISE EN CHARGE

1- Mise en œuvre

Contexte

En 2013, les autorités sénégalaises se sont engagées dans la stratégie « tester, traiter et retenir » et l'ont dénommé TATARSEN. La faisabilité et la capacité des structures sanitaires à la mettre en œuvre sont en train d'être testées dans les régions sud, les plus affectées par le VIH.

La finalité est de relever le défi de l'élimination de l'épidémie VIH en 2030. L'atteinte de cet ambitieux objectif passera par la réalisation des 90-90-90 de l'ONUSIDA en 2020. Les résultats attendus de cette nouvelle stratégie TATARSEN sont :

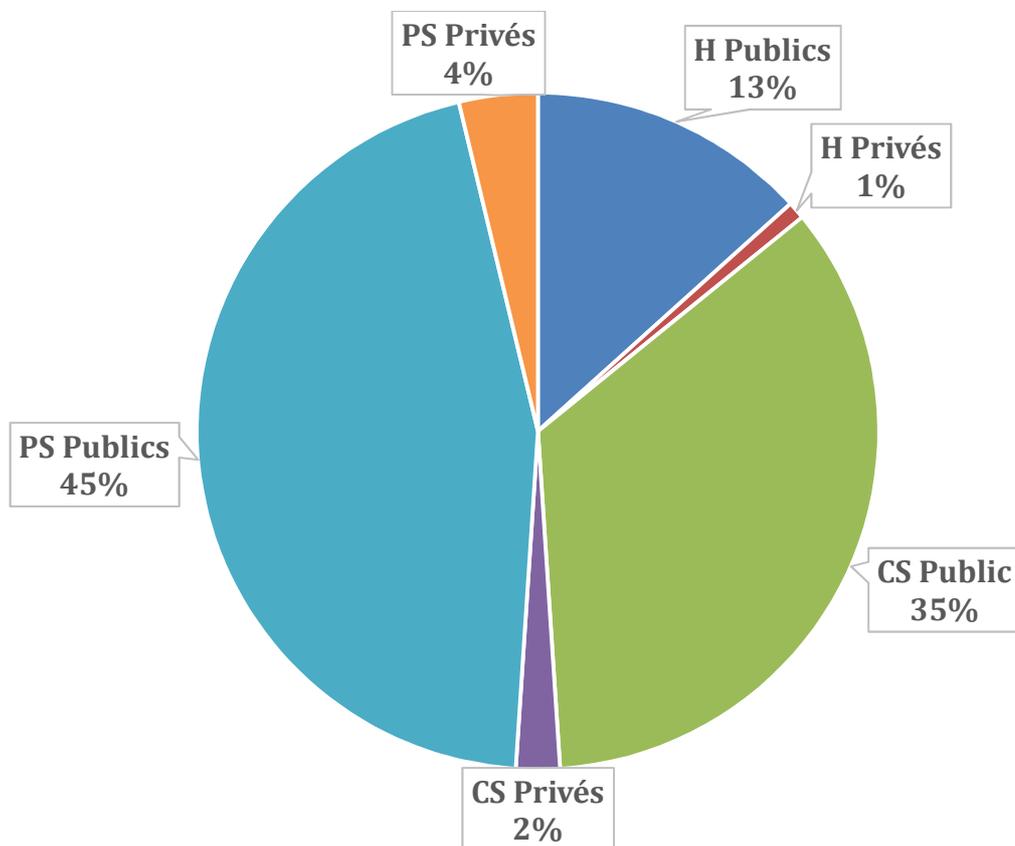
1. 90 % des PVVIH attendues sont dépistées
2. 90 % des PVVIH diagnostiquées sont mis sous TAR
3. 90 % des patients mis sous TAR ont une suppression durable de la charge virale

Ce rapport met l'accent sur les progrès constatés en 2016, notamment l'adoption de la stratégie « Test all, Treat all and Retain », le renforcement des points de charge virale, l'institutionnalisation de la délégation de tâches et l'accélération de la décentralisation PEC au niveau des postes de santé.

Couverture des services de PEC des PVVIH Adultes et Enfants

En 2016, La prise en charge des PVVIH adultes et enfants reste effective dans la quasi-totalité des hôpitaux et centres de santé publiques avec une couverture de 86,4 % des hôpitaux et 90,0 % des centres de santé pour les adultes.

La couverture de la PEC des enfants est de 80% pour les hopitaux et 85% pour les centres de santé



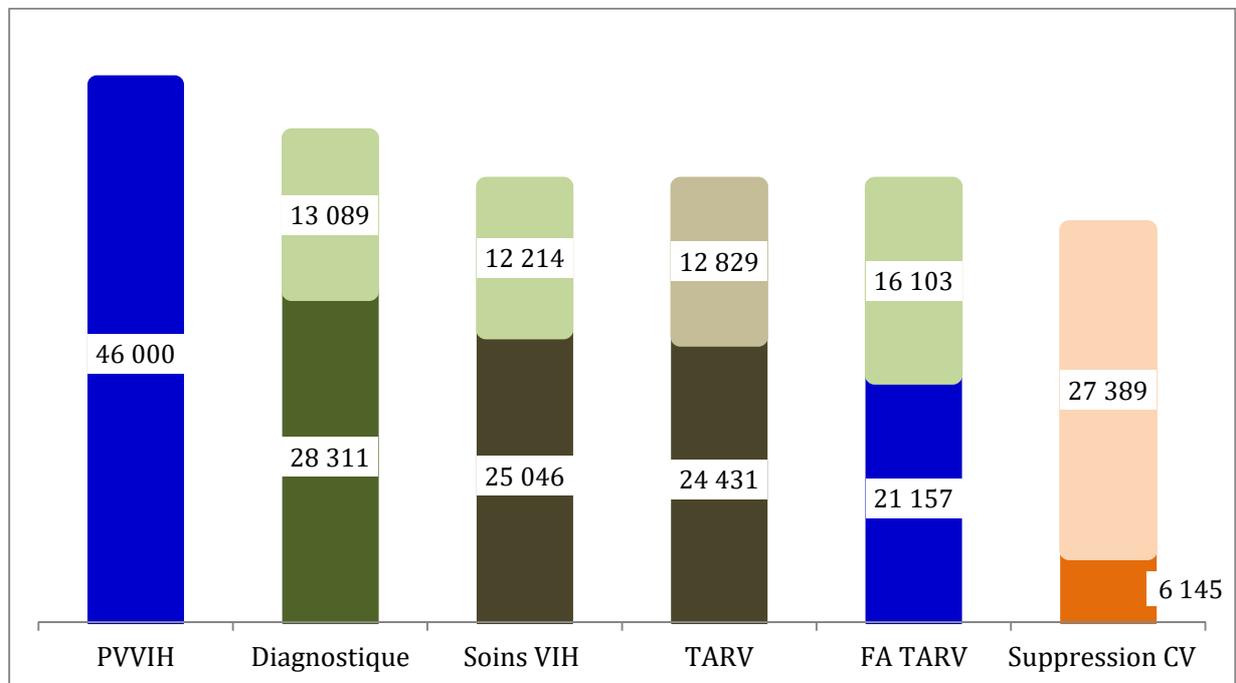
SITES DE PRISE EN CHARGE

Le Sénégal est passé de 13 sites de PEC de PVVIH Adultes en 2004 à 123 sites principaux et 118 sites secondaires en 2016 (postes de santé) et de 3 à 106 sites de PEC chez les enfants. Avec le démarrage de la délégation des tâches, la prise en charge des PvVIH est décentralisée dans 118 postes de santé dont neuf (09) privés.

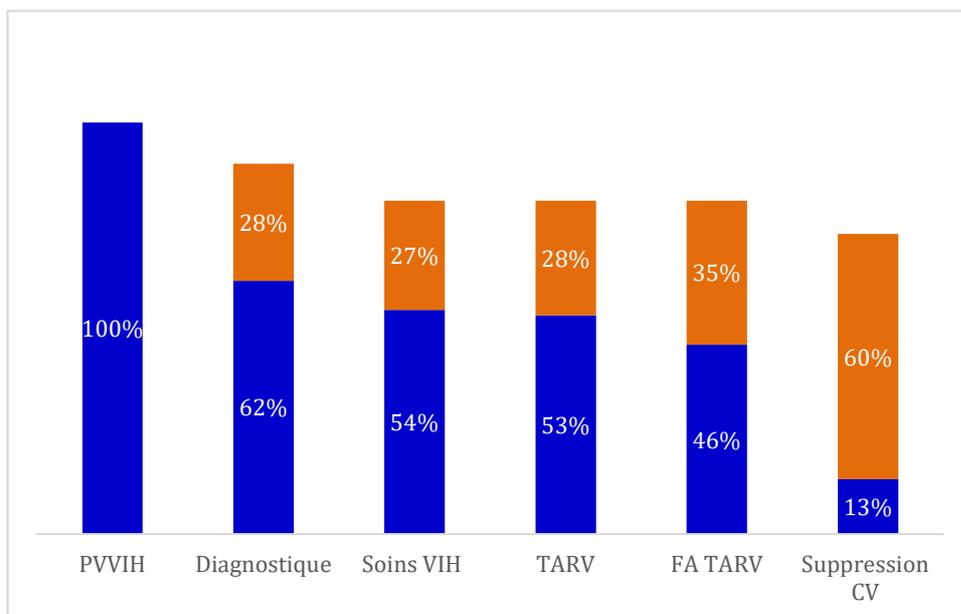
Le laboratoire occupe une place de choix dans la réussite de l'approche TATARSEN. C'est ainsi que le pays est en train de combler le gap en termes de relèvement du plateau technique avec l'acquisition de plateformes pour l'analyse de la charge virale et le diagnostic précoce dans les régions. Treize (13) appareils sont installés dans les régions rejoignant ainsi les autres appareils déjà fonctionnels à Dakar soit un total vingt-cinq (25).

Pour une utilisation adéquate de ces automates, des formations théoriques et pratiques des prestataires de laboratoire ont été faites, un plan de maintenance préventive et curative a été élaboré et le circuit d'approvisionnement en intrants et réactifs a été clairement défini. Le circuit d'acheminement des échantillons et de rendu des résultats a été expérimenté dans les régions du sud qui ont démarré la stratégie « tester et traiter ».

2- Résultats



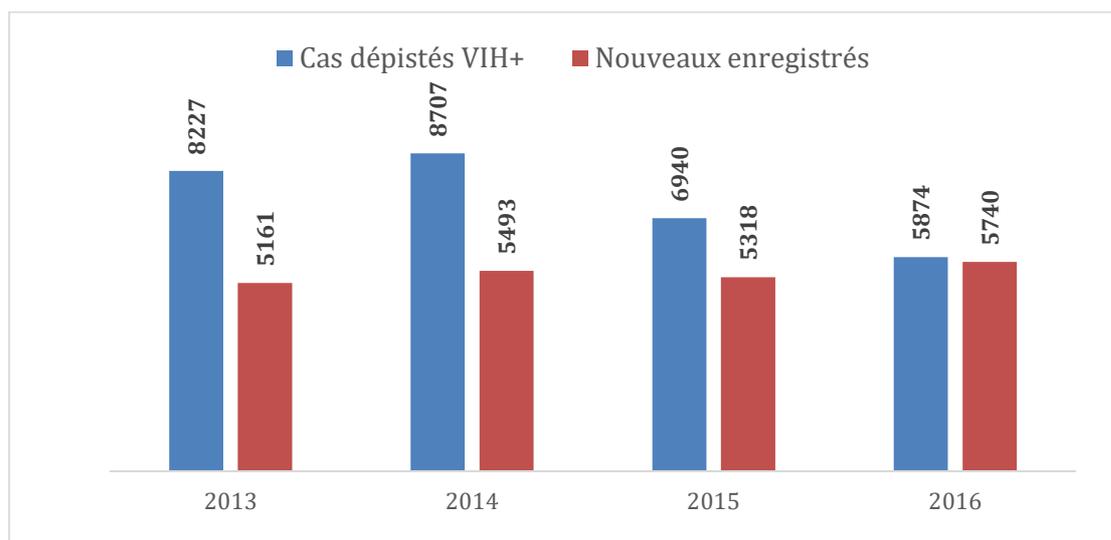
Cascade de soins 2016 en chiffre



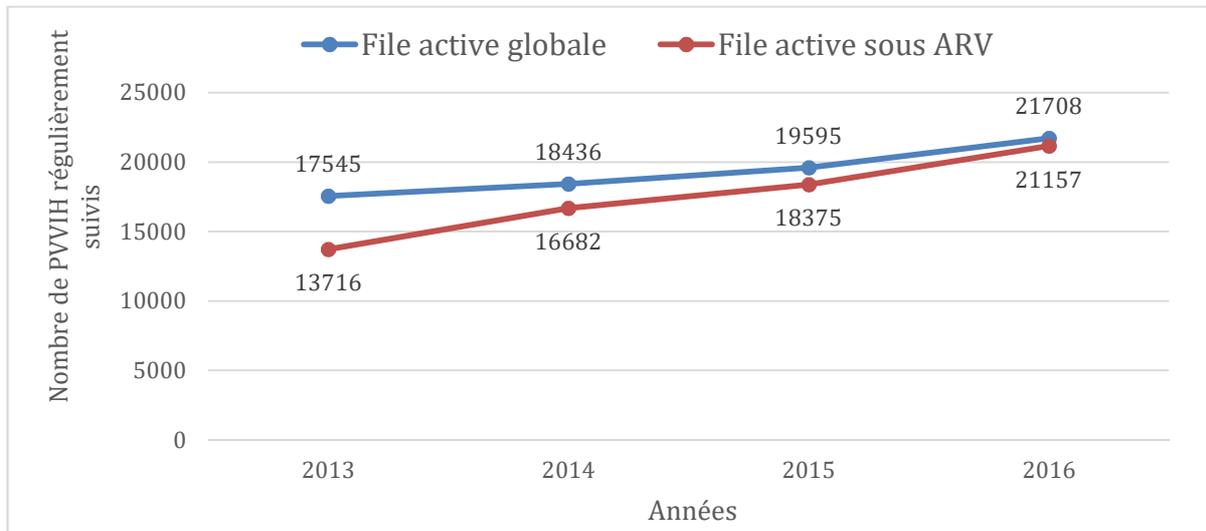
Cascade de soins 2016 en pourcentage

21157 PVVIH sont sous traitement ARV. Parmi cette file active il y a 1214 enfants de moins de 15 ans sous ARV.

Selon les régions, le 1/3 des patients sont suivis à Dakar et dans les régions de Ziguinchor (11,6 %), Thiès (7,6 %), Kolda (7,4 %) et Kaolack (6,7 %). Les nouveaux patients enregistrés dans la PEC passent de 5 318 en 2015 à 5 740 en 2016 avec une hausse de PVVIH mises sous ARV allant de 5 140 en 2015 à 5 541 en 2016 (voir ci-dessous les cas dépistés VIH+ et les cas retenus dans les soins).



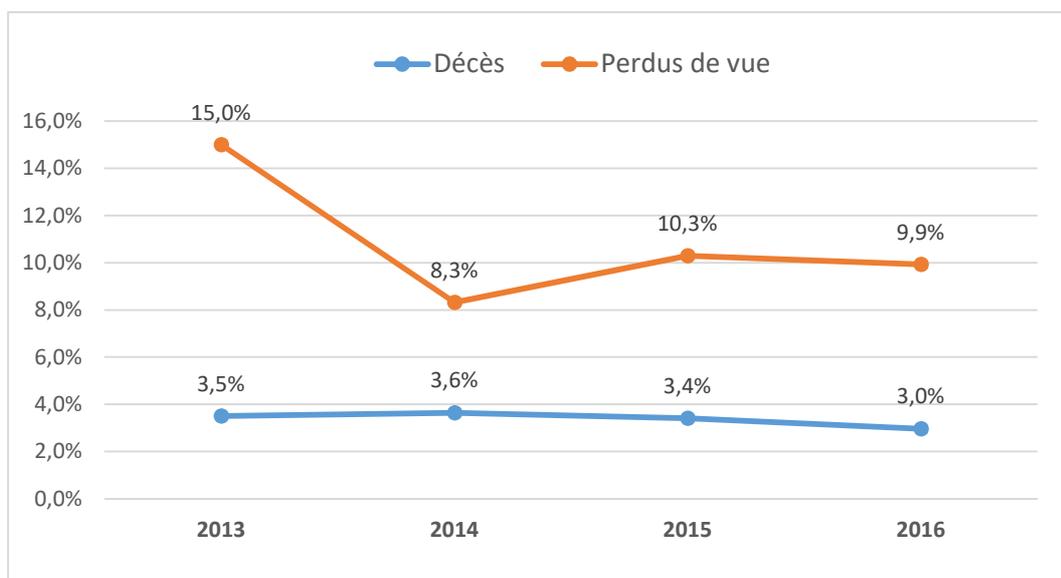
Nous notons une évolution favorable des files actives et surtout un rapprochement entre celle globale et mise sous ARV (voir ci-dessous)



Evolution des files actives

Le taux de décès a légèrement chuté allant de 3,4 % en 2015 à 3,0 % en 2016. Le taux de PDV passe de 10,3 % à 9,9 % et la rétention sous ARV de 86,3 % à 87,1 % durant la même période.

L'analyse par région montre que les files actives globales et files actives sous ARV n'ont pas de différences significatives importantes pour toutes les régions. Cependant, pour les régions sud pilotes du TATARSEN, les nouveaux patients enregistrés dans la PEC en 2016 sont superposables aux nouveaux patients mis sous ARV à la même année.



Evolution des décès et perdus de vue

PEC Pédiatrique :

Il y a une légère augmentation de la file active avec ou sans TAR de 2015 (1 243) à 2016 (1 279); celle sous ARV est passée respectivement de 1 183 EVVIH à 1 214.

Le taux de décès a légèrement chuté allant de 4,3 % en 2015 à 4,1 % en 2016 mais il reste plus élevé chez les enfants qu'au niveau de la population générale des PVVIH où il est de 3,0 % en 2016; Ceci étant lié à la vulnérabilité de cette frange. C'est pour palier à ce problème que les politiques de PEC psycho sociales ont été élaborées et déroulées à travers le TUTORAT des EVVIH (TEV+) au niveau des sites de référence en 2015 et extension aux autres sites de PEC pédiatrique en 2016

3- Politiques favorables de prévention

- La distribution des préservatifs reste l'une des principales options du programme en matière de prévention contre les IST/VIH. Les populations clé sont particulièrement visées avec une dotation de lubrifiant pour les HSH
- Prophylaxie au cotrimoxazole est entrée dans la routine mais reste timides dans les dossiers des patients
- Prophylaxie à l'INH commence à entrer dans les pratiques mais reste timide
- Prophylaxie post exposition est une pratique systématique en cas d'AES et aux fluides souillés
- TasP (traitement as prévention) consistant à traiter les personnes séropositives des couples sérodiscordants , des populations clés infectées et des femmes enceintes séropositives
- PreP ou prophylaxie pré-exposition encore au stade de recherche
- L'approche graduelle de la mise en œuvre de la stratégie TATARSEN qui comporte plusieurs phases :
 - la phase pilote des régions du sud avec extension à TAMBA et KAOLACK
 - La phase d'extension de 2017 à 2020
 - L'évaluation de la phase pilote en 2017

4- Progrès réalisés

Les défis fixés par la DLSI en 2016 et réalisés sont ci dessous :

- L'élaboration d'une note technique de la stratégie «test, treat and retain » au Sénégal (TATARSEN) pour l'atteinte des UN 90-90-90
- L'organisation du lancement de la plateforme Sénégalaise de la stratégie «test, treat and retain » au Sénégal (TATARSEN)
- L'élaboration et la diffusion de note circulaire ministérielle pour le démarrage effectif du TATARSEN
- L'organisation d'ateliers régionaux de planification opérationnelle des activités du TATARSEN
- L'élaboration et la diffusion de note circulaire ministérielle pour la mise en œuvre de la délégation des tâches aux paramédicaux pour le TAR
- L'élaboration et la diffusion de note circulaire ministérielle pour la décentralisation du TAR au niveau poste de santé
- L'organisation de sessions de formation sur la délégation des tâches au profit des prestataires dans sept régions (Ziguinchor, Sédhiou, Kolda, Kaolack, Kédougou, Fatick et Saint-Louis).
- La finalisation du processus d'élaboration du logiciel national de gestion des cohortes VIH (LONAGEV)
- L'installation en 2016 de 13 appareils de mesure de la charge virale dans 12 régions hors de la capitale
- La finalisation du document d'orientation de la stratégie tutorat des EVVIH (TEV+) avec son partage au niveau national et sa mise en œuvre dans les sites de PEC
- L'organisation de sessions de formation sur le tutorat des EVVIH (TEV+) dans les sites pédiatriques de référence (Hôpital d'enfant Albert Royer, EPS Roi Baudouin de Guédiawaye et hôpital Aristide Le Dantec) avec extension aux autres sites remplissant les critères de sélection entre autres EPS de KAOLACK, NIORO, KAFFRINE, EPS TIVAOUANE, THIES, DAHARA, LINGUERE etc.
- L'initiation d'un programme d'amélioration de la qualité de la Prise en Charge dans six sites des régions de Ziguinchor, Sédhiou et Kolda
- L'extension de la couverture médico-sociale des PVVIH (CMV+). La CMV+ est une approche visant à l'autonomisation des PVVIH dans la prise en charge des coûts des soins ; La région de Kaolack a abrité la phase test en 2014 qui fut concluante. La CMV+ est élargie en 2015-2016 dans les régions de Ziguinchor, Kolda et Sédhiou où les comités régionaux de gestion avec leurs unités opérationnelles ont été installés et les adhésions aux mutuelles de santé ont démarré avec 1 545 bénéficiaires à KAOLACK, ZIGUINCHOR, KOLDA et SEDHIOU.

5- Défis

- Rupture de TDR Disponibilité insuffisante avec parfois rupture des ARV particulièrement de troisième ligne

- Faible prise en compte des spécificités des populations clés HSH, PS et CDI dans la PEC (en dehors de quelques rares sites, les populations clé ne s'identifient pas comme telles dans les structures de PEC de crainte de stigmatisation et de discrimination ou par auto-stigmatisation, vu l'environnement peu favorable)
- Difficultés dans la collecte des données exhaustives, promptes et de qualité
- Nombre important de PDV en particulier chez les populations clés à cause de la stigmatisation perçue (parfois auto-stigmatisation) et de leur mobilité intra et transfrontalière
- Faible couverture nationale en CV (acquisition progressive d'appareil, processus de formation des laborantins en biologie moléculaire, intégration des intrants de CV dans la nomenclature des produits à commander par la PNA)
- Financement des activités des plans opérationnels TATARSEN (POT) déjà élaborés. Les obstacles socio-économiques freinant l'accès aux services (autonomisation et renforcement du pouvoir d'achat et de décision des PVVIH et familles),
- Recherche opérationnelle et estimation de la population des groupes vulnérables restent problématiques
- Difficultés d'annonce du statut positif aux enfants et adolescents vivant avec le VIH

D/SUIVI EVALUATION

1- Stratégies

Le suivi et l'évaluation sont des processus importants pour la collecte et l'utilisation des données. Ces processus reposent sur de solides sources de données, systèmes de collecte, d'analyse et de rapports, ainsi que sur la capacité d'appliquer ces informations en vue d'améliorer les indicateurs.

Les prestataires régionaux ont bénéficié de renforcement des capacités sur les outils harmonisés, le circuit de remontée des données et la gestion des données dans le DHIS2.

Des évaluations réalisées concernent principalement :

- La participation à certaines revues trimestrielles ou semestrielles régionales
- L'évaluation du taux de survie à 12 mois, 24 mois en collaboration avec le CNLS et certains partenaires
- L'audit de la qualité des données et l'évaluation du logiciel LONAGEV
- La synthèse semestrielle et annuelle des données VIH et leur analyse
- L'évaluation des données PTME
- Les appuis aux supervisions et à la mise en place de certains programmes clés (POT, TEV+...)

2- Activités réalisées

<i>PTF/source</i>	<i>Activités</i>	<i>Période</i>	<i>Observations</i>
<i>CNLS/NMF</i>	<i>Appui mission d'audit de la qualité des données de routine du programme VIH et évaluation LONAGEV</i>	<i>du 04 au 17 décembre 2016</i>	
<i>CNLS/NMF</i>	<i>Appui dans les activités des autres bureaux: supervisions intégrée PEC, supervisions intégrée DLSI et société civile Élaboration plan opérationnel TATARSEN Mise en œuvre et suivi TEV+ au niveau des sites de PEC</i>	<i>Au cours de l'année</i>	
	<i>Collecte et synthèse des données de 2016</i>	<i>Chaque trimestre et annuel au niveau des GDR</i>	
	<i>Elaboration du rapport annuel 2015 de la DLSI</i>	<i>S2 2016</i>	

3- Points forts

- Disponibilité des données de 2016 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 eTME) au bureau S/E

4- Points à améliorer

- Pas de complétude de certaines données de sites surtout les populations clés
- Sous enregistrement des données VIH dans le DHIS2
- Pas de transmission systématique des rapports des régions à la DLSI (par les GDR)
- 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 plate forme DHIS2
- Faire une synthèse exhaustive des populations clés

- Consulter « aidsreportingtool » pour voir les tous indicateurs déjà renseignés de l'ONUSIDA liés à la stratégie TATARSEN.