

## **Monitoring and Evaluation of HIV/AIDS/STD in Senegal**

### **CONTEXTE**

Le Sénégal est un pays divisé en 10 Régions dont la population en 1998 est estimée à 9 037 906 habitants (Taux d'accroissement = 2,7%) ; 58% de celle-ci a moins de 20 ans et 46% a un âge compris entre 15 et 49 ans. Le sexe ratio est de 51% en faveur des femmes. 94% de la population sont des musulmans.

44% vivent en zone urbaine. Dakar la capitale occupe 0,3% du territoire national et abrite 22% de la population totale. Entre 1988 et 1993 2% de la population totale a émigré dont une partie en Afrique Centrale.

Le taux d'analphabétisme est très élevé :

- 82% chez les femmes et 62,6% des hommes. Le taux de scolarisation est d'environ 45%.

Le Sénégal est classé dans la catégorie des pays pauvres avec un PNB estimé à 600 \$ par tête.

Le Sénégal a mis en place un système pyramidal de santé et dispose de 17 hôpitaux dont 7 à Dakar, 52 centres de santé et 733 postes de santé.

Le secteur privé est surtout présent à Dakar. 278 cabinets privés sur un total de 414 sont installés dans la capitale.

Le personnel médical est de l'ordre de 266 dont 153 soit 57% à Dakar. Les sages-femmes sont au total 547 dont 334 soit 61% à Dakar. Les infirmiers sont un peu mieux répartis sur l'ensemble du territoire. Ils sont au nombre de 1630 dont 738 à Dakar soit 45%.

Les pathologies dominantes sont le paludisme, la diarrhée, les affections respiratoires.

La mortalité infantile est de 68%, le taux de mortalité maternelle s'élève à 510 pour 100 000 naissances vivantes.

L'indice synthétique de fécondité est de : 6 enfants environ.

Les dépenses publiques de santé sont de l'ordre de 1 \$ par tête et par an mais le Sénégal reçoit une aide considérable de la communauté internationale.

Au plan culturel la société Sénégalaise se caractérise par une survivance des valeurs familiales traditionnelles et un contrôle social assez strict sur la sexualité des jeunes en particulier des jeunes filles. L'âge en premier mariage a reculé : chez les femmes instruites il est passé de 20,8 en 1992-1993 à 28,4 en 1997.

### **PROBLEMATIQUE**

Au Sénégal les données épidémiologiques concernant les MST/SIDA laissent apparaître dans le temps un niveau faible et une relative stabilité des taux de prévalence.

**Données MST Rapid Assessment PNLS /OMS 1991 - 1996**

	Gonococcies		Ch Lamydia		Trichomons		Syphilis	
	1991	1996	1991	1996	1991	1996	1991	1996
Femmes enceintes	2%	0,9%	11,9%	6,7%	30,1%	8,1%	7,5%	4,40%
Prostituées	17,4%	4,7%	12,6%	7,5%	4,6%	15,4%	29,5%	20%
Hommes MST	30%	-	13%	-	14%	-	-	-

**Données sur le VIH**

**Tableau :** *Séroprévalence de l'infection à VIH chez des prostituées à Dakar, Sénégal*

**Sujet infectés (%) (Nombre de sujets infectés /Total)**

	VIH-1		VIH-2		VIH	
1989	3,1	(7/225)	2,2	(5/225)	5,3	(12/225)
1990	4,9	(23/467)	0,4	(2/467)	12,0	(56/467)
1991	5,4	(47/863)	5,0	(43/863)	10,4	(90/863)
1992	4,8	(36/745)	6,8	(51/745)	11,7	(87/745)
1993	9,0	(17/189)	7,9	(15/189)	16,9	(32/189)
1994	10,0	(34/340)	6,5	(22/340)	16,5	(56/340)
1996	9,6	(91/953)	8,2	(79/953)	17,8	(170/953)
1997	9,5	(79//883)	7,2	(60/833)	16,7	(139/833)

**Tableau :** *Séroprévalence de l'infection à VIH chez des hommes consultant pour des symptômes de MST à Dakar, Sénégal*

**Sujets infectés (%) (Nombre de sujets infectés / Total)**

	VIH		VIH-2		VIH	
1989	0,9	(1/110)	3,6	(4/110)	4,5	(5/110)
1990	1,1	(5 /433)	0,7	(/3434)	1,8	(8/433)
1991	1,8	(6/336)	0,9	(3/336)	2,7	(9/336)
1992	2,9	(10/344)	1,4	(5/344)	4,4	(15/344)
1993	3,9	(9/228)	2,2	(5/228)	6,1	(14/228)
1994	2,1	(5/242)	1,6	(4/242)	3,7	(9/242)
1995	3,4	(9/264)	1,6	(2/264)	4,5	(12/264)
1996	1,7	(4/234)	0,7	(2/234)	2,6	(6/234)

**Tableau :** *Séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes à Dakar, Sénégal.*

**Sujets infectés (%) (Nombre de sujets infectés / Total)**

	VIH-1		VIH-2		VIH	
1989	0,0	(0/173)	1,1	(2/170)	1,1	(2/173)
1990	1,2	(2/170)	0,0	(0/170)	1,2	(2/170)
1991	0,3	(1/372)	0,8	(3/372)	1,1	(4/372)
1992	0,0	(0/391)	0,2	(1/391)	0,2	(1/391)
1993	0,7	(2/274)	0,4	(1/274)	1,1	(3/274)
1994	0,0	(0/253)	0,4	(1/253)	0,4	(1/253)
1995	0,3	(1/302)	0,9	(3/302)	1,3	(4/302)
1996	0,3	(1/377)	0,0	(0/377)	0,3	(1/377)

**Tableau :** *Séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes à Dakar, Sénégal.*

**Sujets infectés (%) (Nombre de sujets infectés / Total)**

	<19		20 - 24 ans		25 - 29 ans		³ 30 ans	
1989	0,0	(0/40)	2,4	(1/42)	0,0	(0/41)	4,0	(2/50)
1990	0,0	(0/24)	1,7	(1/58)	2,8	(1/35)	0,0	(0/53)
1991	0,0	(0/76)	0,9	(1/105)	2,5	(2/81)	0,9	(1/110)
1992	0,0	(0/49)	0,0	(0/111)	0,0	(0/92)	0,7	(1/139)
1993	0,0	(0/37)	1,3	(1/78)	1,7	(1/58)	0,0	(0/85)
1994	0,0	(1/39)	0,0	(0/80)	1,7	(1/58)	0,0	(0/76)
1995	1,8	(1/54)	0,0	(0/95)	1,4	(1/70)	2,4	(2/83)
1996	0,0	(0/73)	0,0	(0/108)	1,0	(1/95)	0,0	(0/101)

**Tableau :** *Incidence de l'infection à VIH parmi 997 prostituées, Dakar, Sénégal.*

Années calendaires	Personnes années	VIH -1 +	Taux/100 personnes-années	VIH-2+	Taux/100 personnes-années
1985	193,5	0	0,0	2	1,0
1986	465,9	0	0,0	5	1,1
1987	575,9	4	0,7	7	1,2
1988	636,6	4	0,6	4	0,6
1989	746,1	5	0,7	8	1,1
1990	807,7	9	1,1	11	1,4
1991	784,8	20	2,5	6	0,8
1992	736,5	18	2,4	3	0,4
1993	664,7	8	1,2	2	0,3
1994	592,9	11	1,9	5	0,8
1995	526,0	10	1,9	0	0,0

Le Sénégal présente une autre spécificité avec la présence plus marquée du VIH2 réputée moins pathogène que le VIH 1.

Concernant les cas de sida la situation du Sénégal se présente comme suit :

- 1985 = 1<sup>er</sup> cas déclaré
- 1997 = 2 393 cas déclaré

**L'évolution du nombre de cas déclaré est la suivante :**

<b>1986</b>	6
<b>1987</b>	66
<b>1988</b>	181
<b>1989</b>	269
<b>1990</b>	425
<b>1991</b>	552
<b>1992</b>	648
<b>1993</b>	911
<b>1994</b>	1 445
<b>1995</b>	1 941
<b>1996</b>	2 168
<b>1997</b>	2 393

- Plusieurs hypothèses peuvent expliquer le bas niveau de l'épidémie à VIH au Sénégal.

## **I. SITUATION STRUCTURELLE FAVORABLE AVANT LA PENETRATION DE L'EPIDEMIE**

### **I.1.- La réglementation de la prostitution dès les années 60 :**

Le Sénégal possède un fichier sanitaire et social de la prostitution avec déclaration obligatoire des cas de syphilis et de gonococcie.

### **I.2.- Un système fiable de banque de transfusion sanguine mis en place bien avant l'apparition du sida.**

### **I.3.- Existence d'un système décentralisé de dépistage et de traitement des MST.**

## **II.- CONTEXTE SOCIO LOGIQUE PROPICE**

### **II.1.- Contrôle social de la sexualité**

Le mariage demeure le cadre socialement accepté dans lequel doivent avoir lieu les rapports sexuels.

### **II.2.- Impact assez marqué de la religion sur les comportements des sénégalais.**

- La plupart des Sénégalais essaye dans leur vie de tous les jours de suivre les préceptes de la religion.

### **II.3.- Forte mobilisation sociale dans les campagnes de lutte contre le sida**

Implication des ONG des associations, des jeunes et des femmes même dans les coins les plus reculés du Sénégal.

### **II.4.- Dialogue politique intense**

Les leaders d'opinions, les leaders politiques et religieux ont participé aux campagnes de sensibilisation.

## **III.- REPONSE INSTITUTIONNELLE RAPIDE**

### **III.1.- Soutien gouvernemental**

Le Sénégal dès l'avènement du Sida a reconnu la gravité de ce fléau et a apporté un soutien aux scientifiques qui voulaient mettre en place un CNLS.

### **III.2.- Engagement des institutions de recherche et de la communauté scientifique**

- La faculté de médecine s'est intéressé très tôt à la recherche sur le sida
- Recherche bactériologique en collaboration avec des universités de renommée mondiale
- Recherche sur les maladies infectieuses en relation avec des universités françaises et américaines.

### III.3.- Le soutien de la communauté internationale

Les bailleurs de fonds ont toujours soutenu les activités de lutte contre le sida

N° d'ordre	Titre du Projet	Pays Donateur	Durée	Total	objectif
1.	SEN/HLT/0059 Lutte et prévention du SIDA (685-0306°	4-S- A/4-U.S.A.I.D.	92 – 98	7 950 000 \$	Réduire les comportements à haut risque d'infection du VIH chez les groupes cibles et renforcer les services qui permettent de réduire la propagation du VIH et d'autre MST dans les régions cibles.
2.	SEN / HLT/0062 Appui au programme national de lutte contre le SIDA SEN/92/005 (AF/SEN/GPA/Fx92	PNUD OMS	92 – 95	308 000 \$ 712 000 \$	Appui au programme national de lutte contre le SIDA dans les domaines de la gestion et de la coordination de l'information, de l'éducation et de la communication
3.	SEN/HLT/0083 Appui au programme national de lutte contre le SIDA à moyen et long terme (AF/SEN/GPA Fx94) SEN/94 003	OMS PNU	94 - 95	226 000\$ 291 000 \$	
4.	SEN/HLT/0089 Lutte contre le SIDA 7 ACP SE 17	CCE	94 – 96	2 010 000	Diminution de l'incidence du VIH par la diminution de l'incidence des MST

N° d'ordre	Titre du Projet	Pays Donateur	Durée	Total	objectif
5.	SEN/HLT/0093 Planification et lutte contre les MST/SIDA au Sénégal 94 – 220023	GFR GT3	95 – 96	2 464 000 \$	Formation du personnel médical et paramédical Supervision des services de santé et de l'IEC Activité de PF et de prévention des MST/SIDA
6.	Santé / Social Assurer maintien des acquis en matière de Sécurité Transfusionnelle de contribuer à la prise en charge des personnes infectées la lutte contre le SIDA à partir de l'Institut d'Hygiène et Social	95 – 96	95 - 96	5 000 000 \$  100 000 \$	Assurer maintien des acquis en matière de santé transfusionnelle de contribuer à la prise en charge des personnes infectées : la lutte contre Sida à partir du centre de référence que constitue l'Institut d'Hygiène et Social de Dakar
7.	<b>TOTAL</b>			<b>14 061 000 \$</b>	

#### **IV.- LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE SURVEILLANCE BIOLOGIQUE ET COMPORTEMENTALE**

- suivi des cas de MST et prise en charge thérapeutique
- Sécurité transfusionnelle
- surveillance sentinelle
- surveillance du comportement

#### **V.- SYSTEME DE MONITORING ET D'EVALUATION**

##### **V.1.- Suivi et prise en charge thérapeutique des cas de MST**

###### ***V.1.1.- Dispositif mis en place pour le suivi / évaluation***

Le monitoring s'effectue à trois niveaux :

- Niveau central
- Niveau intermédiaire
- Niveau périphérique

###### **☞ Niveau central**

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Niveau Stratégique</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Coordonnateur national (PNLS) et Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique).</li></ul>                    |
| +                         |  |
|                           | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Institutions internationales (Bailleurs de fonds) procède à la revue interne périodicité : annuelle.</li></ul> |

###### **☞ Niveau intermédiaire**

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Niveau Stratégique</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Equipe cadre médical (médecin chef région – superviseur régional).</li></ul> |
| +                         |  |
|                           | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Niveau central.</li></ul>  |

###### **☞ Niveau périphérique**

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Niveau Opérationnel</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Equipe cadre des districts : médecin chef de district – superviseur des soins de santé primaires, de santé maternelle et infantile et de planification familiale et d'éducation pour la santé</li></ul> |
|----------------------------|---|

###### ***V.1.2.- Mécanismes de suivi-évaluation***

Le mécanisme mis en place s'est appuyé sur le système d'information à des fins de gestions existant.

###### ***V.1.2.1. Niveau périphérique***

- Structures impliquées
  - ✓ Poste de santé (infirmier)
  - ✓ Centre de santé (médecin – sage femme)



- Instruments
  - ✓ Registre de consultation
  - ✓ Rapports
- Données recueillies
  - ✓ Cas de MST sur la base de l'approche syndromique
- Périodicité
  - ✓ Rapport mensuel
- Utilisation des données
  - ✓ Envoi au niveau intermédiaire

Après agrégation des données recueillies au niveau des postes de santé et du centre de santé

#### ***V.2.2. Niveau intermédiaire***

- Structures impliquées
  - ✓ Région médicale
  - ✓ Hôpital régional
- Instruments
  - ✓ Rapports de synthèse des données recueillies au niveau périphérique
  - ✓ Dépouillement
  - ✓ Traitement
  - ✓ Analyse
  - ✓ Données recueillies

Cas de MST sur la base de l'approche étiologique

- Périodicité
  - ✓ Trimestrielle
  - ✓ Utilisation des données
  - ✓ Prise de décision au niveau régional

#### ***V.1.2.3. - Niveau central***

- Structures impliquées
  - ✓ PNLs
  - ✓ Division statistiques
  - ✓ Ministère
- Instruments utilisés
  - ✓ Rapports de synthèse des régions
  - ✓ Dépouillement
  - ✓ Traitement
  - ✓ Analyse

- Périodicité
  - ✓ Semestrielle
  - ✓ Utilisation des données
  - ✓ Prise de décision

### ***V.1.3.- Les indicateurs***

1. Proportion de personnel de santé formée en approche syndromique des MST et technique de counselling.
2. Nombre (ou %) des structures sanitaires utilisant les ordigrammes MST (environ 80% au Sénégal).
3. Nombre de laboratoires équipés en matériel de diagnostic et de surveillance des MST.
4. L'évolution de la distribution de préservatif
5. Les indicateurs de prévention 6 de l'OMS pour les patients diagnostiqués et traités correctement selon les normes du PNLS
6. Proportion des patients MST qui fréquentent les structures sanitaires
 

Les indicateurs de prévention 7 pour les patients bien conseillés sur le préservatif et le traitement de partenaire
7. Les indicateurs de prévention 2 et 3 de l'OMS sur la disponibilité du préservatif au niveau central et au niveau périphérique.
8. La prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes âgés de 15 à 24 ans (IP 8)
9. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans (IP 10)
10. Incidence et prévalence du VIH
11. Incidence et prévalence des autres MST

### **▪ Les inputs**

1. Mise en place progressive d'un cadre institutionnel
 

1970	Création du bureau des maladies vénériennes
1970	Création du fichier sanitaire et social de la prostitution
1982	Enclenchement du processus de création du PNLS
1987	Création officielle par le Ministère du PNLS

## 2. Mise en un point de curriculae de formation et de protocole de recherche

1987	Premier guide de prise en charge des cas de MST
1991	Mise au point des premiers algorithmes de traitement des MST
1991	Recherche sur les Rapid Assesement sur les MST
1994	Recherche nationale auprès des prescripteurs sur l'utilisation des algorithmes et des besoins en formation
1995	Mise en place de l'approche syndromique et élaboration des modules de formation
1996	Recherche ethnologique sur les MST
1996	Formation des formateurs sur la prise en charge syndromique des MST
1997	Recherche opérationnelle sur les différents algorithmes de dépistage des MST chez les femmes enceintes
1997	Essai thérapeutique comparant les protocoles 7 jours contre 14 jours dans le traitement des infections genito urinaires à chlamydia trachomatis.
1997	Essai sur l'efficacité du cotrimax azole sur le neisseria gonorrhée
1997	Elaboration de message IEC sur les MST
1997	Formation en cascades des tous les agents et mise en place des outils
1997	Etude sur l'évaluation de la prise en charge des MST (IP6 – IP 7)
1997	Elaboration de curriculum de formation pour les écoles de formation professionnelle et la faculté de médecine
1997	Equipement des centres de santé et des laboratoires
1998	<ul style="list-style-type: none"><li>• Supervision périodique des structures sanitaires</li><li>• Formation en technique counselling MST/SIDA</li><li>• Formation des relais et des agents de santé</li></ul>

### Formation des relais et des pairs

- Implication des agents de comptoirs et des pharmaciens sur les conseils aux clients
- Répétition de l'étude sur l'évaluation de la prise en charge des MST

## 3. Intégration programme MST – Programme SIDA

▪ Les outputs/effets  
Evaluation IP6 et 7 en 1997

Tableau 1	Avant la formation			Après la formation			P
	Correct	N	Pourcentages	Correct	N	Pourcentages	
<b>Histoire</b>	55	65	84,60%	180	193	93,30%	0,03
<b>Examens</b>	14	65	21,5	148	193	76,60%	0
<b>Traitement</b>	6	65	9,20%	40	193	20,70%	0,4
<b>IP6</b>	3	65	4,60%	37	193	19,20%	0,005
<b>Conseils/ Préservatif</b>	56	65	86,20%	186	193	96,40%	0,003
<b>Conseils/ Partenaires</b>	63	65	96,90%	189	193	97,90%	0,5
<b>IP7</b>	54	65	83,10%	182	193	94,30%	0,005
<b>Evaluation des risques</b>	0	65	0,00%	11	193	5,70%	0,04

Le tableau 2 comprend des indicateurs IP6/IP7 tirés des observations du personnel sanitaire.

Trente cinq malades ont été observés au cours de l'évaluation préliminaire et 41 après la formation. Seuls 3 des 76 malades observés étaient des hommes.

Le résumé des indicateurs IP6/IP7 est indiqué ci-dessous :

Tableau 1	Avant la formation			Après la formation			P
	Correct	N	Pourcentages	Correct	N	Pourcentages	
<b>Histoire</b>	16	35	45,70%	24	41	58,50%	0,03
<b>Examens</b>	15	35	42,90%	26	41	63,40%	0,07
<b>Traitement</b>	4	35	11,40%	16	41	39,00%	0,006
<b>IP6</b>	4	35	11,40%	5	41	12,20%	0,6
<b>Conseils/ Préservatif</b>	4	35	11,40%	10	41	24,40%	0,2
<b>Conseils/ Partenaires</b>	12	35	34,30%	30	41	73,20%	0,0007
<b>IP7</b>	1	35	2,90%	9	41	22,00%	0,01
<b>Evaluation des risques</b>	0	35	0,00%	2	41	4,90%	0,2

Observations	1997			1998			P
	Correct	N	Pourcentages	Correct	N	Pourcentages	
<b>Histoire</b>	24	41	58,20%	22	44	50%	0,4
<b>Examen</b>	26	41	63,40%	38	44	86,4	0,01
<b>Traitement</b>	16	41	39,00%	22	44	50%	0,3
<b>IP 6</b>	5	41	12,20%	8	4	18,20%	0,4
<b>Conseils/ Préservatifs</b>	10	41	24,40%	26	44	59,10%	0,001
<b>Conseils/ Partenaires</b>	30	41	73,20%	33	44	75%	0,8
<b>IP 7</b>	9	41	22,00%	22	44	50%	0,007
<b>Facteurs de Risque</b>	2	41	4,90%	3	44	7,70%	0,8

Observations	1997			1998			P
	Correct	N	Pourcentages	Correct	N	Pourcentages	
<b>Histoire</b>	180	193	93,30%	142	144	98,60%	0,01
<b>Examen</b>	148	193	76,60%	137	144	95,10%	0
<b>Traitement</b>	40	193	20,70%	58	144	40,30%	0
<b>IP 6</b>	37	193	19,20%	45	144	31,30%	0,1
<b>Conseils/ Préservatifs</b>	186	193	96,40%	143	144	99,30%	0,1
<b>Conseils/ Partenaires</b>	189	193	97,90%	144	144	100%	0,2
<b>IP 7</b>	182	193	94,30%	143	144	99,30%	0,01
<b>Facteurs de Risque</b>	11	193	5,70%	108	144	75,00%	0

## **CONTRAINTES**

1. Faible fréquentation des structures par les hommes atteints de MST
2. Faible nombre du personnel de santé chargé du dépistage et du traitement des agents et absence de motivation
3. Faible notification des partenaires sexuelles
4. Rupture de stocks de médicaments
5. Système d'information sanitaire existant sur lequel s'appuie le programme de suivi – évaluation est peu performant en ce qui concerne le volet MST.
6. Disponibilité permanente des préservatifs
7. Défaut d'accès des jeunes adolescents aux informations sur les MST.
8. Impossibilité de dépister la syphilis dans les centres de santé.

### **☞ Sécurité transfusionnelle**

- Dispositif mis en place pour la sécurité transfusionnelle
- Niveau national
  - ✓ Existence d'un centre de référence : centre national de transfusion sanguine
- Niveau régional
  - ✓ Existence de Banque de sang fonctionnelle dans 9 sur 10 régions
- Niveau périphérique
  - ✓ Pas de structures

### Mécanismes de suivi évaluation

- Niveau régional
  - ✓ Compilation des registres et envoi de rapport sur le nombre de dons, de tests effectués et des cas de syphilis et de VIH dépistés pour confirmation
- Niveau national
  - ✓ Confirmation des cas dépistés au niveau régional
  - ✓ Contrôle de qualité
  - ✓ Synthèse de tous les rapports régionaux et rapport national annuel
- Indicateurs
  1. Nombre de donneurs de sang
  2. % de dons dépistés pour le VIH, la syphilis et l'hépatite
- Inputs
  - ✓ Implication exclusive d'un unique bailleurs pour assurer la sécurité transfusionnelle

## FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA

### Sécurité transfusionnelle

N° d'ordre	Titre du Projet	Pays Donateur	Durée	Total	objectif
	Santé/ Social Lutte contre le SIDA et les MST au Sénégal	France	94 - 98	800 000 \$ ou 4 000 000 FF	Sécurité Transfusionnelle
			<b>TOTAL</b>	<b>14 061 000 \$</b>	

- \* Rénovation des structures
- \*Equipement
- \*Formation
- \*Fournitures en réactifs
- \*Assistance technique (expert)

## Out puts

SITES	1995		1996			
	Nbre de dons	Test > 0 VIH	Test > 0 Syphilis	Nbre de dons	Test > 0 VIH	Test > 0 Syphilis
<b>1. DAKAR</b>						
▪ Centre national de transfusion sanguine	8633	0,20%	1,50%	7903	0,30%	2,60%
▪ Hôpital principal	6969	0,20%	0,30%	6048	0,30%	0,10%
▪ Hôpital Dantec	790	0,10%	0,80%	703	0,10%	2%
<b>2. Hôpital de Saint-Louis</b>	1242	0,20%	2,70%	1125	0,10%	0,30%
2.1.- Hôpital de Oussouye	159	3,70%	2,50%	148	3,40%	2%
<b>3. Hôpital de Thiès</b>	600		0,30%	1575	0,20%	0%
3.1.-Hôpital Saint-Jean de Dieu	1043	0,10%	0,70%	835	0,50%	1,60%
<b>4. Banque de Sang de Kaolack</b>	1879	0,60%	0,70%	1439	0,60%	1,10%
<b>5. Banque de Sang de Diourbel</b>	925	0,20%	3,20%	1379	0,80%	3,00%
<b>6. Banque de Sang de Tamba</b>	668	0,80%	6,90%	843	2,40%	4%
<b>7. Banque de Sang de Ziguinchor</b>	664	1%	0,50%	642	0,20%	0,30%
<b>8. Banque de Sang de Louga</b>	432	1,10%	6,30%	564	0,50%	5%
<b>9. Banque de Sang de Kolda</b>	91	1,10%	0%	110	3,60%	0%



### ☞ Contraintes

- Dépendance trop forte vis-à-vis un seul bailleur qui décide de tout (tests à faire, d produits à utiliser).
- Diminution du nombre de donneurs.
- Les banques de sang n'existent pas dans la périphérie.

### ☞ Surveillance sentinelle

## **I. DISPOSITIF MIS EN PLACE**

### **I.1.- Groupes sentinelles**

1. Femmes enceintes
2. Donneurs de sang
3. Hommes MST
4. Les prostituées
5. Malades Hospitalisés dans les services de médecine ou maladies infectieuses
6. Les tuberculeux

#### *I.1.1. - Critères de choix*

### Critère d'inclusion des groupes

- Prostituée inscrite et venant en visite
- Homme venant en visite pour suspicion de MST
- Tuberculeux et tout malade hospitalisé dans un service de médecine (maladies infectieuses)
- Femmes enceintes : toute femme enceinte venant à sa première consultation prénatale

### Critère d'inclusion des sites

- Critères géographiques
- Non-concentration dans les mêmes localités
- Forte fréquentation par les populations

### **Critères techniques**

- Existence de plusieurs structures de santé
- Existence d'un laboratoire équipé ayant un personnel qualifié
- Accessibilité pour la population et pour la supervision

### **I.2.- Structures impliquées**

## **II.- MECANISMES MIS EN PLACE**

### **II.1.- Instruments / Indicateurs**

- Niveau périphérique
  - ✓ Fiche sommaire de recueil des données
  - ✓ Registre

- Niveau intermédiaire
  - ✓ Fiche sommaire de recueil des données remplies
  - ✓ Registre
  - ✓ Fiche de synthèse des données recueillies
  - ✓ Fiche d'indicateurs de processus
- Niveau central
  - ✓ Fiche sommaire de recueil des données remplies
  - ✓ Fiches de synthèse des données recueillies
  - ✓ Fiche d'indicateurs de processus

## **II.2.- Données recueillies**

- Données démographiques
  - ✓ Age
  - ✓ Sexe
  - ✓ Antécédents MST
  - ✓ Antécédents transfusion
- Voyage au cours des 5 dernières années
- Variable de laboratoires

## **II.3.- Périodicité**

### **Surveillance continue**

- Femmes enceintes
- Prostituées
- Hommes MST

*\* Suivi continu jusqu'à atteinte du quota fixe :*

- |                      |     |
|----------------------|-----|
| ▪ Prostituées :      | 400 |
| ▪ Femmes enceintes : | 600 |
| ▪ Hommes MST :       | 250 |

### **Malades et tuberculeux**

- Surveillance discontinue
  - ✓ 3 mois surveillance
  - ✓ 3 mois de pause

Pour éviter de reprendre les mêmes malades

## **II.4.- Utilisation des données**

### ***II.4.1.- Niveau périphérique***

- Collecte et envoi au niveau intermédiaire

#### ***II.4.2.- Niveau régional***

- Synthèse et première analyse

#### ***II.4.3.- Niveau central***

- Saisie ;Traitement ; Analyse et publication d'un rapport annuel

#### **Indicateurs**

1. Taux de prévalence du VIH1 et VIH2 chez les différentes groupes
2. Taux de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes, les hommes porteurs de MST et chez les prostituées.

## II.2. - IN PUT

- Apports financiers matériels des bailleurs

### **FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA**

#### **DEBOURSEMENT**

N° d'ordre	Titre du Projet	Pays Donateur	Durée	DEBOURSEMENT				Total Déboursement	Total engagement
				1994	1995	1996	1997		
1.	SEN/HLT/0059 Lutte & prévention du Sida 685 – 0306	USA/USAID	92 – 98	0	3 050 000 \$	3 4178 000 \$		6 528 000 \$	8 950 000 \$
2.	SEN/HLT/0062 Appui au programme national de lutte contre le SIDA SEN/92/005 AF/SEN/GPA. FX92	PNUD OMS	92 – 95	42 000 \$	-		-	42 000 \$	308 000 \$ <u>712 000 \$</u> 1 020 000 \$
3.	SEN/HLT/0083 Appui au programme national à moyen et long terme C/ le SIDA AF/SEN/GPA Fx 94. SEN/94/003	OMS PNUD	94 – 96	131 000 \$ 35 000 \$		0 235 000		401 000 \$	226 000 \$ <u>291 000 \$</u> 517 000 \$

N° d'ordre	Titre du Projet	Pays Donateur	Durée	DEBOURSEMENT				Total Déboursement	Total engagement
				1994	1995	1996	1997		
4.	<b>SEN/HLT/0089</b> <b>Lutte contre le SIDA</b> <b>7 ACP SE 17</b>	CEE	94 - 96	591 000 \$	808 000 \$			1 399 000 \$	2 010 000 \$
5.	<b>SEN/HLT 0093</b> <b>Planification et Lutte contre</b> <b>les MST/SIDA au Sénégal</b> <b>(94 22023)</b>	GFR/GTZ	95 - 96		16 000 \$	272 000 \$		288 000 \$	2 464 000 \$
<b>TOTAL GENERAL</b>				<b>208 000 \$</b>	<b>3 657 000 \$</b>	<b>4 793 000 \$</b>		<b>8 658 000 \$</b>	<b>14 961 000 \$</b>

- Formation permanente des intervenants (prélèvement à la base – gestion des registres) et des techniciens de laboratoire.
- Réunion d'évaluation et de mise à niveau semestrielle

## Out puts

### Séroprévalence ajustée de la population générale adultes (15 ans et plus) Sénégal 1996

Variable	Nombre
<b>Population totale infecté</b>	<b>59 837</b>
Hommes	40926
Femmes	1891
<b>Nouveaux cas de SIDA</b>	<b>3890</b>
Hommes	2565
Femmes	1415

Taux de prévalence population générale : 1,41%

### Prévalence du VIH1 et du VIH2 par sites sentinelle 1996

SITES	Prostituées		Femmes enceintes		Hommes MST		Tuberculeux		Malades hospitalisés en médecine	
	VIH 1	VIH2	VIH 1	VIH2	VIH 1	VIH2	VIH 1	VIH2	VIH 1	VIH2
<b>DAKAR</b>	8%	5%	0,30%	0%	1,50%	1,40%	7,50%	0%	16%	3%
<b>KAOLACK</b>	15%	16%	0,20%	0,20%	2,50% (1)	2,00% (1)	5,80%	6%	17%	12%
<b>THIES</b>	8%	10%	0%	0%	4,50%	2%	13%	0%	4%	2%
<b>ZIGUINCHOR</b>	15%	20%	0,20%	0,60%	2,20%	0%	0%	3%	0%	5%
<b>MBOUR</b>	10%	9%	1,90%	0,60%	7,50%	1,80%	5%	5%	-	-

(1) chiffre de 1994

### ☞ Contraintes

1. Dépendance vis-à-vis un seul bailleur de fonds
2. Protocole rigide qui demande beaucoup de pré-requis
  - Existence de laboratoire
  - Existence de personne qualifié
3. Personnel impliqué à la base pas très bien motivé
4. Non-utilisation des résultats pour la prise de décision
5. Absence d'évaluation externe du système de suivi

# ENQUETE DE SURVEILLANCE DU COMPORTEMENT- (E.S.C.)- BSS

## I. GROUPES CIBLES AU SENEGAL ET CHOIX DES SITES

### I.1.- Groupes BSS – 1997 : 1ère enquête

1. Elèves filles
2. Elèves garçons
3. Etudiants
4. Etudiantes
5. Prostituées
6. Travailleurs du secteur formel

### I.2.- GROUPES BSS – 1998 : 2ème enquête

1. Elèves filles
2. Elèves garçons
3. Prostituées
4. Ouvriers
5. Ouvrières
6. Apprentis du secteur informel
7. Femmes des groupements de promotion économique
8. Routiers
9. Jeunes filles domestiques
10. Prisonniers

### I.3.- SITES

**BSS 1997 :** 4 Régions sur 10

**BSS 1998 :** Toutes les régions du Sénégal sauf pour les groupes cibles

- Apprentis
- Jeunes filles domestiques

(Les enquêtes ont eu lieu uniquement à Dakar)

### I.4.- CRITERES DE CHOIX

#### I.4.1.- *Groupes cibles*

- Existence de comportement à risques
- Existence d'un risque potentiel

#### I.4.2.- *Sites*

- Zones d'intervention des différents bailleurs de fonds

## **II.- INSTRUMENTS/ INDICATEURS**

### **II.1.- Instruments**

- Questionnaire
- Guide d'entretien focus group

### **II.2.- Indicateurs**

1. Pourcentage ayant déclaré avoir encore des doutes sur l'existence du Sida
2. Pourcentage sachant que le VIH peut ne pas manifester de symptômes
3. Pourcentage connaissant dans leur entourage un malade du SIDA
4. Pourcentage pouvant citer au moins deux moyens acceptables de protection contre l'infection par le VIH
5. Pouvant citer spontanément au moins deux symptômes de MST chez l'homme et chez la femme.
6. Pourcentage sachant où se procurer facilement un préservatif à chaque occasion.
7. Pourcentage pouvant mesurer le risque de contamination par le VIH et ayant une justification appropriée.
8. Pourcentage ayant l'intention de faire quelque chose pour réduire le risque ou le maintenir à un bas niveau.
9. Pourcentage ayant déclaré avoir eu au moins un partenaire sexuel non régulier au cours des 12 derniers mois.
10. Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé le préservatif lors du plus récent acte sexuel parmi ceux ayant eu au moins un partenaire non régulier durant les 12 derniers mois.
11. Pourcentage ayant agi pour réduire le risque parmi ceux qui étaient susceptibles d'être infectés par le VIH.
12. Pourcentage ayant agi soit pour réduire le risque soit pour le maintenir à un bas niveau.
13. Pourcentage ayant déclaré avoir changé de comportement.

## **III.- DONNEES COLLECTEES : LISTE DES PRINCIPALES VARIABLES**

- Caractéristiques socio-démographiques des groupes cibles
- Connaissance d'une personne infectée par le VIH – Doute sur l'existence du SIDA
- Connaissance de la notion de séropositive des manifestations des MST ; des moyens de prévention contre le SIDA.
- Perception du risque d'infection.
- Attitudes face aux personnes vivant avec le VIH.
- Age au premier rapport sexuel. Age relatif du premier partenaire. Nombre de partenaires.
- Utilisation du préservatif.
- Nombre d'épisodes de MST au cours des 12 derniers mois.
- Changement de comportement
- Raisons du changement de comportement.

## **IV.- UTILISATION DES DONNEES**

Le BSS est perçu par les Responsables du PNLS et par les bailleurs davantage comme une évaluation de leurs interventions ; il leur permet de façon abusive de porter un jugement sur l'impact des campagnes d'IEC.



## **V.- IN PUT**

### **Financement**

**BSS 97                    =        111 038 \$**

**BSS 98                    =        100 000 \$**

## **VI.- OUT PUT - / EFFETS**

- Le BSS a permis de détecter des comportements à risques chez certains groupes.
- BSS a permis également de déceler des lacunes des groupes cibles en matière de connaissance.

***Ex. Sur les MST et de réajuster les messages IEC.***

## **VII. – CONTRAINTES**

- Centres d'intérêts des bailleurs de fonds divergents.
- BSS dépend du financement extérieur à 100%.
- Difficultés dans les choix des groupes cibles.