

## Loi n° 2010-03 du 9 avril 2010 relative au VIH SIDA.

### EXPOSE DES MOTIFS

Dès la fin des années 1980, conscient de la menace que l'épidémie du VIH/SIDA fait peser sur le développement économique et social du pays, le Gouvernement du Sénégal a élaboré une stratégie d'envergure nationale pour lutter contre ce fléau.

Cependant, force est de constater que malgré cette réponse d'envergure, il existe pas de législation spécifique en matière de prévention, de prise en charge, de protection et de promotion des droits des personnes infectées, des personnes affectées, des groupes reconnus vulnérables et de la population en général.

Pourtant, à l'occasion du sommet africain sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme tenu à Abuja en avril 2001, les chefs d'Etat africains avaient déclaré que le Sida est une urgence sur le continent. Ainsi, lors de la session spéciale des Nations Unies sur le VIH/SIDA réunie en juin 2001, le Sénégal s'est engagé à promulguer une législation afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/SIDA et de veiller à ce qu'elles jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, entre autres objectifs. En septembre 2004, le Forum des Parlementaires Africains et Arabes pour la Population et le Développement (FAAPPD) réuni à Njaména a proposé une « loi type relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA » à adapter par chaque pays.

Avec une population estimée à plus de 10 millions d'habitants en 2005 dont près de 64% âgés de moins de 25 ans, le Sénégal connaît une épidémie de type concentré caractérisée par une prévalence relativement faible dans la population générale et particulièrement élevée dans certains groupes de haut risque tels que les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, selon le Bulletin épidémiologique de 2005. En 2004, environ 54% des personnes infectées par le VIH sont des femmes et 7% des enfants de moins de 15 ans, selon la même source.

C'est pourquoi, il s'avère nécessaire de faire référence à la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, au Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux droits des Femmes, à la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant et à la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant afin de préserver leurs droits et leur dignité.

Pour sauvegarder la dignité humaine dans le contexte du VIH/SIDA et, afin que des mesures efficaces et respectueuses des droits soient prises, il est essentiel d'assurer la protection des droits de la personne humaine dont le plus important est le « Droit à la vie, à l'intégrité physique et à la sécurité de sa personne ».

Ainsi, le présent projet de loi a pour objet de :

- combler un vide juridique ;

- mettre en place le cadre juridique de la lutte contre le VIH/SIDA dans le domaine de la prise en charge globale des personnes infectées ou affectées et dans celui de la prévention pour freiner la propagation de l'infection à VIH/SIDA ;
- éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA et de promouvoir les attitudes positives à l'endroit de ces personnes ;
- encourager ces dernières à s'acquitter de leurs devoirs vis-à-vis des personnes non infectées ;
- protéger les femmes, les enfants, les autres groupes vulnérables et le personnel médical ;
- mettre en place le cadre juridique de la recherche sur le VIH/SIDA ;
- incriminer et de sanctionner pénalement les actes et comportements répréhensibles.

A cet égard :

Les institutions et services compétents veillent à rendre disponibles les services de santé de base et les services sociaux pour les personnes vivant avec le VIH et prennent les mesures nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques des personnes les plus vulnérables.

Les femmes et en particulier les femmes enceintes, les enfants vivant avec le VIH et les enfants affectés, les enfants orphelins doivent être pris en compte de manière spécifique dans toutes les politiques, stratégies et programmes de prévention et de prise en charge.

Lors de leurs interventions, les institutions sanitaires prendront toutes les mesures de sécurité et de prévention, permettant d'éviter les pratiques et procédures susceptibles de favoriser la transmission du VIH.

Les PVVIH jouissent de tous les droits attachés à la personne humaine.

Toute atteinte à l'un de ces droits en raison du statut sérologique positif d'une personne est interdite. Toute discrimination, sous quelque forme que ce soit, contre les personnes dont la séropositivité à VIH est avérée ou supposée est interdite.

Nul ne peut faire l'objet d'isolement, de détention, de mise en quarantaine du fait de son statut sérologique pour le VIH.

Le dépistage du VIH est volontaire sauf dans les cas où la loi en dispose autrement.

Le droit à la confidentialité sur l'état sérologique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est garanti par la présente loi et doit être respecté par tous ceux qui en ont eu connaissance.

Les personnes vivant avec le VIH peuvent participer à l'accompagnement psychosocial des personnes malades du VIH/SIDA, apporter leur expérience pour informer le public sur la maladie, aider à la diffusion des informations vitales et des messages pédagogiques relatifs au VIH/SIDA.

La présente loi s'articule autour des dix chapitres ci-dessous énumérés.

Le chapitre préliminaire est consacré à la terminologie.

Le chapitre 1 traite de la diffusion des informations, de l'éducation et de la formation.

Le chapitre 2 est relatif aux pratiques et procédures sécurisées concernant les transfusions sanguines, les implantations de tissus ou d'organes et les interventions chirurgicales.

Le chapitre 3 est consacré à l'organisation du dépistage, au counseling, au renforcement des capacités des hôpitaux, centres spécialisés, cliniques et laboratoires.

Le chapitre 4 est relatif aux obligations des services publics et privés de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA quant à leur prise en charge.

Le chapitre 5 porte sur la confidentialité.

Le chapitre 6 porte sur les actes de discrimination et de stigmatisation.

Le chapitre 7 porte sur la recherche sur le VIH/SIDA.

Le chapitre 8 est consacré aux dispositions pénales.

Le chapitre 9 est consacré aux dispositions finales.

Telle est l'économie du présent projet de loi.

L'Assemblée nationale a adopté, en sa séance du mardi 16 février 2010 ;

Le Sénat a adopté, en sa séance du lundi 29 mars 2010 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

## **CHAPITRE PRELEMINAIRE TERMINOLOGIE.**

Dans la présente loi, les termes et expressions ont les significations suivantes :

Assistance psychosociale pré-test : informations relatives au VIH et au SIDA données à une personne en vue de la préparer au test de dépistage et à l'acceptation du résultat du test ainsi que le soutien psychologique et social nécessaire ;

Assistance psychologique post-test : informations et soutien fournis à la personne ayant subi le test du VIH, au moment et après la remise de résultats,  
Confidentialité : le fait de ne pas révéler les informations obtenues sur la base de relations de confiance existant ou devant prévaloir entre une PWIH et son médecin, tous personnels de santé, de laboratoires d'analyse, de pharmacies ainsi que les acteurs communautaires et de toute personne qui, par son statut professionnel ou ses prérogatives officielles, peut accéder à de telles informations ;

Counseling : relation d'aide entre un « conseiller » et un « Patient » en vue d'assurer à ce dernier un soutien psychologique et un accompagnement personnalisé pour améliorer son bien-être mental et social et lui faciliter la prise de décision ;

Consentement libre et éclairé : accord volontaire d'une personne qui, après avoir été dûment informée, accepte de se soumettre au test de dépistage, que ledit accord soit écrit verbal ou tacite ;

Discrimination : consiste une discrimination toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le statut sérologique réel ou supposé d'une personne qui a pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par cette personne sur la base de l'égalité avec les autres membres de la communauté, des droits de la personne et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine ;

Modes de transmission du VIH : la transmission du VIH se fait selon les modalités suivantes : les rapports sexuels, la transfusion de sang ou dérivés sanguins, la transplantation d'organes, l'inoculation de substances infectées par le VIH, les objets souillés et, par passage de la mère à l'enfant ;

Moyens de diffusions publiques : radiodiffusion, télévision, cinéma, presse, théâtre, prêche, sermon, affichage, exposition, distribution d'écrits ou d'images de toutes natures, discours, chants et généralement tous procédés destinés à atteindre le public ;

OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables ;

1. Personne affectée : personne non infectée par le VIH mais dont la vie est négativement influencée par le VIH et le SIDA ;

2. Personne infectée par le VIH ou Personne Vivant avec le VIH (PWIH) : personne dont le test de dépistage a révélé qu'elle est infectée par le VIH ;

2. Populations vulnérables : tout groupe de personnes dont le taux de séropositive est élevé ou tout groupe de personnes indiqué comme étant plus vulnérable à l'infection à VIH-SIDA par les données de santé publique. Constituant notamment, des populations vulnérables : les enfants, les femmes et filles, les personnes sans ressources, les migrants, les réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur du territoire national, les personnes handicapées, les détenus, les professionnels du sexe, les populations mobiles, les femmes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, les toxicomanes par voie intraveineuse ;

4. Pratiques à risque : acte qui augmente la probabilité d'être contaminé ou de transmettre le VIH. les personnes à risque sont celles qui s'adonnent à ces pratiques,

5. Prévention du VIH et du SIDA : mesures visant à protéger les personnes non infectées par le VIH et à minimiser l'impact de la maladie sur les PWIH ;

6. Prophylaxie : l'ensemble des mesures qui visent à prévenir l'infection par le VIH ;

VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine : c'est l'agent causal du SIDA.

Ce virus altère progressivement le système immunitaire de la personne. Il pénètre dans certains globules blancs, notamment les lymphocytes T4 et les détruit.

Séropositivité : statut de la personne dont le test a révélé la présence du VIH ou d'anticorps du VIH ;

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise :

- Syndrome : ensemble de symptômes ou de signes ;
- Immuno (pour immunitaire) : système de défense de l'organisme ;
- Déficience : qui n'est plus efficace parce qu'insuffisant ;
- Acquise : non héréditaire.

Le SIDA est la conséquence de la défaillance du système immunitaire au cours de l'infection par le VIH. C'est la phase la plus grave de la maladie.  
Stigmatisation : c'est le fait d'indexer, de blâmer, d'avilir ou de rejeter une personne du fait de sa séroposivité réelle ou supposée ;

Test anonyme : procédure au cours de laquelle l'individu testé ne relève pas son identité. le nom de la personne testée est remplacé par un chiffre ou un symbole permettant de l'identifier ;

Test de dépistage du VIH : analyse faite sur un individu pour rechercher le VIH ou ses anticorps ;

Test de dépistage volontaire du VIH : analyse effectuée sur une personne ayant accepté volontairement de se soumettre au dépistage ;

Transmission Volontaire du VIH : le fait de transmettre délibérément le VIH à une personne saine ou supposée comme telle.

## **CHAPITRE I DE L'INFORMATION, DE L'EDUCATION ET DE LA FORMATION EN MATIERE DE VIH ET DE SIDA.**

*Article premier. De l'information des populations en matière de VIH et de SIDA.*

L'information sur le VIH et le SIDA est un service fourni par les personnels de santé et toutes les personnes formées à cet effet.

Tous les départements ministériels, les collectivités locales, les entreprises privées et les organisations de la société civile notamment, les associations de religieux et celles de personnes vivant avec le VIH, ainsi que les médias en collaboration avec l'instance chargée de coordonner la lutte contre le VIH et le SIDA, sont chargés de mener des activités spécifiques d'information, d'éducation et de communication sur le VIH et le SIDA en direction des populations.

*Article 2. - De l'information en matière de VIH et le SIDA comme service de santé.*

Tous les prestataires de services de santé doivent mettre à la disposition des bénéficiaires les informations nécessaires sur les modes de transmission, la prévention et les conséquences de l'infection par le VIH.

Les services de consultation prénatale offrent obligatoirement aux femmes enceintes l'information pertinente relative à l'infection à VIH, à l'accès au dépistage volontaire et à la prise en charge appropriée.

Les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et autres personnels de santé mettront à la disposition de leurs patients des formations nécessaires au contrôle de propagation du VIH et du SIDA.

Les connaissances et les capacités des acteurs de la santé sont renforcées pour une diffusion appropriée de l'information et pour l'éducation sur le VIH et le SIDA.

*Article 3. - De l'information en matière de VIH et le SIDA pour le voyageur.*

Les départements ministériels notamment ceux chargés du Tourisme, des Affaires étrangères, de l'Intérieur, des Emigrés et de la Communication, en collaboration avec le Département chargé de la Santé, veillent à ce que des supports d'information sur le VIH et le SIDA, sur ses modes de transmission et de prévention, sur les services de prise en charge soient disponibles dans tous les points d'entrée du territoire national et au niveau des sites touristiques.

Lesdits département veillent à ce que les personnes qui se rendent à l'étranger reçoivent les mêmes informations sur le mode de transmission, la prévention et les conséquences de l'infection par le VIH.

*Article 4. - De l'information, de la Prévention et de la Protection en matière de VIH et le SIDA dans les établissements pénitentiaires et centres de rééducation.*

Les personnes vivant en milieu carcéral ne peuvent être soumises à des tests de dépistage obligatoire du VIH, sauf s'ils sont ordonnés par une autorité judiciaire. Une telle mesure sera prise dans le respect de la confidentialité.

Les ministères concernés doivent mettre, dans tous les établissements pénitentiaires et les centres de rééducation, les moyens de prévention du VIH et le SIDA, nécessaires et pertinents, en fonction des risques encourus par les populations carcérales.

Les ministères concernés doivent mettre à la disposition de tous les établissements pénitentiaires et les centres de rééducation les moyens d'assurer la protection des prisonniers contre toute forme de violence, y compris la violence sexuelle : Les autorités pénitentiaires doivent enquêter sur les allégations de viol et autres violences de nature sexuelle dans les établissements pénitentiaires et centre de rééducation.

*Article 5. - De l'information sur les médicaments.*

Le ministère en charge de la santé prend toutes les dispositions utiles pour assurer le contrôle de la qualité et de l'efficacité des médicaments destinés à la prise en charge de l'infection à VIH avant leur mise en circulation. Il veille, en outre à ce que toutes les informations concernant ces médicaments, qu'ils soient destinés à la vente ou au don, soient inscrites de manière lisible sur les notices.

*Article 6. - De l'information sur les lieux de travail.*

Les employeurs, dans le cadre des activités relatives à l'hygiène, à la sécurité et à la santé au travail de leurs entreprises, doivent prévoir des programmes d'information sur les causes, les modes de transmission, les moyens de prévention du VIH et du SIDA, les services de dépistage et de prise en charge au profit de leurs travailleurs.

L'autorité chargée de coordonner la lutte contre le VIH et le SIDA et le ministère en charge du Travail doivent veiller à ce que, dans tous les lieux de travail, soient organisés des campagnes régulières d'information et de prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles.

*Article 7. - De l'information des personnes intervenant dans le transport.*

Les autorités chargées du secteur des transports, les organisations et les structures intervenant dans ce secteur, doivent assurer à leur personnel et à leurs membres des informations sur les modes de transmission, de prévention et sur les impacts du VIH et du SIDA.

*Article 8. - De l'éducation en matière de VIH et de SIDA dans les établissements d'enseignement formels et non formels.*

Tous les départements ministériels ayant en charge les structures d'éducation et de formation doivent intégrer dans les programmes d'enseignement et de formation, des modules sur les modes de transmission et les moyens de prévention du VIH et du SIDA et des infections sexuellement transmissibles.

Avant d'être autorisés à dispenser des enseignements sur le VIH et le SIDA, les enseignants, instructeurs tous autres intervenants, dans les cours et modules d'enseignement reçoivent une formation appropriée.

*Article 9. - De la formation en matière de VIH et de SIDA.*

L'Etat et les collectivités locales doivent assurer une sensibilisation sur le VIH et le SIDA de tous les agents des services publics ainsi que des acteurs communautaires.

La formation du personnel de santé est axée, entre autres, sur les questions relatives à l'éthique dans le contexte du VIH et du SIDA, la confidentialité, le consentement éclairé, la prévention et la prise en charge.

Les employeurs doivent prévoir des programmes de sensibilisation et de formation sur la prévention et la prise en charge du VIH et du SIDA en milieu de travail. L'autorité chargée de coordonner la lutte contre le VIH et le SIDA assure, en cas de besoin, l'impulsion et l'encadrement de telles initiatives.

L'autorité chargée de coordonner la lutte contre le VIH et le SIDA facilite et appuie la mise en place de formations adaptées pour les acteurs de la société civile et en particulier pour les PWIH ; ces formations ont pour objectif la réalisation de programmes d'animation, d'assistance mutuelle et de coopération.

La participation pleine et entière dans les programmes d'animation, d'assistance mutuelle et de coopération des personnes vivant avec le VIH/SIDA ayant subi les formations requises doit être suscitée, encouragée et soutenue. Le refus de les admettre dans ces programmes doit être dûment motivé.

## **CHAPITRE II DES PRATIQUES ET PROCEDURES SECURISEES.**

Article 10. - Des pratiques et procédures sécurisées sur le don de sang et ses dérivés, de tissus ou d'organes.

Le sang et ses dérivés, les tissus ou les organes donnés à des fins de transfusion ou d'implantation, doivent être sains et garantis contre toute contamination par le VIH.

A cet égard, il est interdit aux laboratoires ou institutions similaires d'accepter ou de conserver un don de sang, de tissu ou d'organes destinés à la transfusion ou à l'implantation sans qu'un échantillon du sang, du tissu ou des organes n'ait été testé négatif au VIH.

Le bénéficiaire du don de sang, de tissu ou d'organes, peut exiger un second test avant que le sang ne lui soit transfusé ou les tissus et organes transplantés. Dans ce cas, il est fait droit à sa demande.

Si le bénéficiaire du don est dans l'incapacité de faire cette demande, ses père, mère, tuteur, conjoint ou la personne qui en a la charge pourront demander qu'il soit procédé à ce second test.

Lorsque le sang, les tissus et organes donnés pour la transfusion ou la transplantation sont infectés, ils sont immédiatement détruits.  
Article 11. - De l'offre de services de qualité et sans risque.

Le Ministère en charge de la Santé doit mettre en place des infrastructures et équipements nécessaires à l'application des mesures de Prévention des Infections (PI) et de gestion des déchets biomédicaux.

Il détermine par arrêté les mesures appropriées tant à l'endroit du personnel de santé qu'à celui du public, ces mesures ont trait notamment :

- à la garantie de mesures minimales de biosécurité en faveur des prestataires de santé manipulant du matériel biologique d'origine humaine ;
- aux normes de sécurité concernant les transfusions de sang et de produits sanguins ;
- aux normes de sécurité et d'hygiène applicables aux personnels et établissements procédant à des interventions entraînant ou pouvant entraîner une effraction de la peau, tels que la coiffure, les soins esthétiques, l'acupuncture, le tatouage, le perçage et autres.

Ledit Ministère prend toutes les mesures et directives idoines pour mettre les structures de santé dans l'obligation d'offrir des services de qualité et à moindre risque.

Les responsables des structures sanitaires et autres établissements mettent en place le matériel nécessaire à une bonne application de la Prévention des Infections et assurent les conditions du respect strict des normes par toutes les catégories de personnel au sein des Points de Prestation de Services (PPS) et dans leurs environs immédiats.

Les responsables des structures sanitaires prennent toutes les mesures de sécurité relatives au maniement des corps et des déchets corporels dans le respect des règles de précautions universelles.

Lors des interventions chirurgicales, des soins dentaires, de la circoncision, lors de l'embauchement, du tatouage et d'autres pratiques à risque, les prestataires



prennent obligatoirement toutes les précautions et mesures nécessaires pour éviter la transmission du VIH.

Dans les structures offrant ces services, des équipements de protection nécessaires, notamment des gants, des lunettes de protection et des blouses seront fournies à tous les personnels de santé et prestataires, conformément aux normes de précautions universelles.

Le Ministère en charge de la santé doit assurer la fourniture de la prophylaxie de post exposition aux agents de la Santé exposé au risque de transmission du VIH. L'agent de santé qui est exposé au, ou infecté par, le VIH dans le cadre de la délivrance de services de santé à une personne vivant avec le VIH a droit :

a) à la prophylaxie de post-exposition ;

b) au traitement ou à l'accès aux soins dans le cas d'un diagnostic positif au VIH.

Cette disposition s'applique également à tous les travailleurs victimes d'exposition accidentelle au VIH, ainsi qu'aux victimes de viol.

### **CHAPITRE III DU TEST DE DÉPISTAGE ET DU COUNSELING.**

*Art. 12. - Du consentement au test de dépistage du VIH.*

Le test de dépistage est volontaire, il doit faire l'objet d'un consentement préalable, libre et éclairé.

Tous les centres de dépistage, cliniques ou laboratoires qui pratiquent des tests VIH sont tenus d'offrir gratuitement des services de counseling, avant et après chaque test VIH.

Toute personne âgée d'au moins 15 ans a le droit de se faire dépister pour le VIH.

Le dépistage forcé est interdit sauf sur demande de l'autorité judiciaire, en respect des lois et règlements en vigueur. Toute entrave au dépistage volontaire du VIH est punie par la loi.

« Pour les personnes âgées de moins de 15 ans ou dans l'incapacité de donner leur consentement, l'avis des parents ou du représentant légal est requis ».

L'intérêt supérieur de l'enfant et du majeur incapable doit toujours prévaloir s'ils doivent subir le test.

Lorsqu'une personne accepte volontairement et librement, après avoir reçu toutes les informations relatives au VIH et au SIDA, de faire don de son sang, de ses tissus ou organes, le consentement au test de dépistage est réputé donné.

Les autorités en charge de la Santé et les acteurs de la lutte contre le SIDA prennent toutes les dispositions pour encourager les personnes à risque d'infection par le VIH, à subir un test de dépistage.

Les autorités civiles, coutumières et religieuses compétentes en matière matrimoniale proposent systématiquement aux futures épouses de faire le test de dépistage avant la conclusion de leur union.

Les autorités en charge de la Santé et les acteurs de la lutte contre le VIH et le SIDA prennent toutes les dispositions pour assurer la formation et le renforcement

des capacités des autorités civiles, coutumières et religieuses compétentes en matière matrimoniale.

*Article 13. - De l'interdiction d'exiger le dépistage du VIH.*

Nul ne peut exiger le test de dépistage du VIH comme condition préalable à l'admission dans les institutions scolaires ou universitaires et à l'exercice des droits liés à la personne humaine, notamment de travailler ou d'accéder à un emploi, de se loger ou de voyager.

*Article 14. - Des structures de dépistage et du test de dépistage anonyme.*

Le Ministère en charge de la Santé met en place des structures pour le dépistage anonyme du VIH, dans le respect des normes et protocoles. Il veille en outre, au développement et au renforcement des capacités de dépistage du VIH des hôpitaux, cliniques, laboratoires, et autres centres de dépistage, en assurant la formation du personnel fournissant les dites prestations ainsi que leur supervision.

Pour exercer les activités de dépistage du VIH, tous les centres, hôpitaux, cliniques et laboratoires offrant ces services sont soumis au respect strict des normes et protocoles en vigueur.

Le test de dépistage doit être systématiquement proposé à la femme enceinte en conclusion prénatale, ainsi qu'à son conjoint.

#### **CHAPITRE IV DE LA PRISE EN CHARGE.**

*Article 15. - Des politiques, stratégies et programmes.*

Les politiques, les plans stratégiques et les programmes d'action au niveau national, régional et local définissent les modalités de prise en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH et le SIDA. Cette prise en charge doit être globale c'est-à-dire médicale, psychosociale et nutritionnelle et prendre en compte, de manière spécifique, les populations vulnérables, notamment les femmes, les jeunes, les enfants vivant avec le VIH, les orphelins et les enfants vulnérables (OEV). Toutes les femmes enceintes bénéficient des dispositions mises en œuvre par l'Etat dans le cadre du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et dans le cadre de la politique de santé de la reproduction.

La femme séropositive a droit à la maternité.

Un programme en faveur de tous les OEV sera élaboré et mis en œuvre sur toute l'étendue du territoire national.

*Article 16. - De la prise en charge dans les formations sanitaires.*

Les structures de santé publiques et privées assurent aux personnes infectées ou affectées par le VIH l'assistance et les soins médicaux optimaux.

La disponibilité et l'accès gratuit aux médicaments antirétroviraux doivent être assurés à toutes les PWIH éligibles à ces traitements, notamment aux enfants. Il en est de même du traitement des infections opportunistes.

*Article 17. - De la prise en charge au niveau communautaire.*

L'autorité chargée de coordonner la lutte contre le VIH et le SIDA encourage et appuie les organisations de la société civile, notamment celles des personnes vivant avec le VIH et le SIDA et les groupes les plus exposés au risque d'infection par le VIH, pour élaborer et mettre en œuvre des programmes de prise en charge psychosociale au sein des communautés.

*Article 18. - De la prise en charge des infections sexuellement transmissibles.*

Les autorités compétentes, en collaboration avec les organisations de la société civile, prennent toutes les mesures destinées à renforcer la prise en charge et le contrôle des infections sexuellement transmissibles.

*Article 19. - De la prise en charge dans les établissements pénitentiaires et centres de rééducation.*

Les PWIH en milieu carcéral et centres de rééducation doivent bénéficier de la prise en charge psychosociale et médicale que requiert leur état.

**CHAPITRE. V. DE LA CONFIDENTIALITE.**

*Article 20. - De la confidentialité.*

Toute personne visée à l'article 363 du Code pénal et toute autre personne ayant accès aux dossiers médicaux, aux résultats de test de dépistage ou informations médicales relatives en particulier, à l'identité et au statut sérologique de personnes vivant avec le VIH, sont tenues à l'obligation de confidentialité.

Sauf consentement de l'intéressé, nul ne peut accéder aux informations relatives à son état sérologique ou à toute autre information médicale le concernant.

Toutefois, il n'y a pas violation de l'obligation de confidentialité visée à l'alinéa précédent du présent article :

- lorsque les responsables d'un établissement de santé se conforment aux exigences épidémiologiques ;
- lorsque le personnel de santé est requis pour donner un avis par l'autorité judiciaire compétente saisie au cours d'une procédure judiciaire dans laquelle la détermination du statut sérologique est une question fondamentale pour trancher le litige. Cet avis est donné par écrit.

*Article 21. - Des résultats du test de dépistage.*

Tout résultat du test de dépistage à VIH/SIDA est confidentiel et ne peut être remis par la personne habilitée qu'aux personnes suivantes :

- la personne ayant subi le test ;
- le représentant légal d'un enfant mineur ou du majeur incapable ayant subi le test ;
- l'autorité compétente ayant requis le test ;

la personne habilitée par celui qui a subi le test.

*Article 22. - De l'annonce à son/sa ou ses conjoint(e) ou partenaire(s) sexuel(le)s.*

Les services de prise en charge doivent apporter tout l'appui psychosocial nécessaire pour soutenir et aider la personne infectée par le VIH à en faire l'annonce à son/sa ou ses conjoints(e)s partenaire(s) sexuel(le)s.

Le prestataire de santé consulté par la personne ayant subi le test doit assurer sa préparation psychologique et son encadrement pour l'amener à annoncer son statut sérologique à son/sa ou ses conjoint(e)s ou partenaires(s) sexuel(le)s, le plus tôt possible

Au cas où la personne dont le statut sérologique est positif ne peut pas faire personnellement l'annonce, le médecin ou toute autre personne qualifiée dans la formation sanitaire ou la structure concernée, en accord avec la personne infectée, peut faire l'annonce à son/sa ou ses conjoint(e)s ou partenaires(s) sexuel(le)s, sans violer les dispositions relatives à la confidentialité prévues par les lois en vigueur.

Enfin, lorsque la personne dont le statut sérologique est positif a reçu tous les conseils et soutiens appropriés, refuse que l'annonce soit faite alors que le risque de transmission du VIH est réel, le médecin ou toute autre personne qualifiée et en ayant le mandat dans la formation sanitaire ou la structure concernée, peut faire l'annonce à son/sa ou ses conjoint(e)s ou partenaires(s) sexuel(le)s, dans le respect des règles éthiques, sans violer les dispositions relatives à la confidentialité prévues par les lois en vigueur.

Le moment et les conditions de l'annonce sont laissés à l'appréciation de la personne habilitée à faire l'annonce.

En cas de décès d'une personne infectée par le VIH, le médecin ou toute autre personne qualifiée dans la formation sanitaire ou la structure concernée peut faire l'annonce à son/sa ou ses conjoint(e)s ou partenaires(s) sexuel(le)s.

Dans tous les cas, le ou les conjoint(e)s ou partenaires(s) sexuel(le)s informé(s) du statut sérologique positif, seront incités à subir le test de dépistage et éventuellement, pris en charge.

*Article 23. - De l'annonce faite aux mineurs et aux majeurs incapables.*

Le mineur est informé de son statut sérologique, des actes et examens nécessaires à son état de santé, en fonction de son âge, de ses facultés de compréhension et plus généralement de tout ce qui peut l'affecter.

Le majeur incapable bénéficie d'une information appropriée. La personne légalement habilitée ou celle qui prend en charge le malade est informée.

Le médecin ou la personne qualifiée veille, notamment, à ce que cette annonce soit faite et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication et de compréhension de la personne devant recevoir l'information.

## **CHAPITRE VI. DES ACTES DISCRIMINATOIRES.**

### *Article 24. - De la discrimination sur les lieux de travail.*

Toute discrimination, sous quelque forme que ce soit, à l'encontre d'une personne dont la séroposivité à VIH est réelle ou supposée, notamment en matière d'offre d'emploi, d'embauché, de promotion, de retraite est interdite.

Aucun(e) travailleur (euse) ne peut être soumis(e) au test de dépistage du VIH comme condition préalable pour bénéficier d'une promotion, d'une formation ou de prestations quelconques.

Aucun(e) travailleur (euse) ne peut être sanctionné ni licencié du seul fait de son statut sérologique positif, réel ou supposé.

En cas d'incapacité constatée par une commission médicale agréée, le (la) travailleur (se) bénéficie des avantages prévus par les lois en vigueur en matière de travail et de protection sociale.

Dans le cadre de la législation du travail, toute personne infectée par le VIH/SIDA doit être considérée et traitée comme tout autre malade chronique et de fait, bénéficier de toutes les garanties et de tous les traitements prévus par les lois et règlements en vigueur, sans discrimination aucune.

Tout employé a l'obligation de faire observer sur le lieu de travail une atmosphère de nature à éviter le rejet ou l'humiliation des PWIH.

### *Article 25. - De la discrimination dans les établissements d'enseignement formel et non formel.*

Aucune institution éducative ou professionnelle ne peut refuser/exclure, sanctionner ou écarter de la jouissance de ses biens et services, un étudiant, élève, ou postulant étudiant, élève ou stagiaire infecté ou affecté par le VIH.

### *Article 26. - Des atteintes relatives au droit au voyage et au logement.*

Nul ne peut porter atteinte au droit de la personne de voyager ou de se loger, sous quelque forme que ce soit, sur la base du statut sérologique à VIH réel ou supposé.

Nul ne peut être mis en quarantaine ou placé en isolement sur la base de son statut sérologique réel ou supposé.

### *Article 27. - De la discrimination dans l'accès aux fonctions publiques ou électives.*

Le statut sérologique de la personne ne peut être une cause d'inéligibilité ou un obstacle à l'accès à des fonctions publiques.

### *Article 28. - De la discrimination dans l'accès au crédit et aux services d'assurances*

L'accès au crédit et aux prêts ne peut être refusé à une personne du fait de sa séroposivité à VIH réel ou supposé.

Les institutions d'assurance maladie, accidents et assurance-vie ne peuvent refuser leurs services à une personne infectée, dès lors que celle-ci ne leur a pas dissimulé son statut sérologique.

Dans le cas où l'assureur a connaissance du résultat positif du test VIH de l'assuré, il doit en respecter la confidentialité.

La prorogation ou l'extension du crédit et de la police d'assurance ne peut être refusée sur la seule base du statut sérologique à VIH réel ou supposé de la personne.

*Article 29. - De la discrimination dans les formations sanitaires.*

Nul ne peut se voir refuser l'accès aux services fournis dans les formations sanitaires publique ou privées, ni voir ses soins faire l'objet d'une facturation plus élevée que la normale, du fait de son statut sérologique à VIH réel ou supposé ou de son activité professionnelle.

*Article 30. - De la discrimination dans les établissements pénitentiaires et centres de rééducation.*

Toute discrimination à l'encontre d'une PWIH en milieu carcéral et centres de rééducation est interdite. Lorsque cette discrimination est le fait du personnel pénitentiaire, elle est punissable.

## **CHAPITRE VII. DE LA RECHERCHE SUR LE SIDA.**

*Article 31. - Du respect des règles éthiques.*

Toute recherche sur le SIDA dans le domaine des sciences biomédicales, de l'épidémiologie, de la médecine traditionnelle, des sciences sociales et humaines se fait dans le respect des règles nationales et des normes internationales, en conformité avec les dispositions générales en vigueur au Sénégal pour la recherche en santé et après avoir obtenu l'autorisation de l'instance chargée de l'évaluation éthique. Toute recherche ne peut se faire qu'après l'information préalable des personnes qui y participent sur les risques et bénéfices que celui-ci comporte et le recueil du consentement libre et informé. Le consentement de la personne se prêtant à la recherche est préalablement recueilli par écrit.

*Article 32. - De la confidentialité et partage des résultats de la recherche.*

Dans toute recherche sur le SIDA, les chercheurs et leurs équipes veillent tout particulièrement à assurer la confidentialité des données et le partage des résultats. Ils s'assurent que les personnes qui ont pris part à la recherche tirent profit des résultats de cette recherche.

*Article 33. - De la recherche sur les personnes et les populations vulnérables.*

Les recherches sur les personnes et les groupes vulnérables en particulier les enfants, les majeurs incapables, les travailleurs du sexe, les prisonniers ne peuvent être entrepris qu'en cas de nécessité et sans contrainte, en veillant à respecter tout particulièrement les recommandations internationales, sur le recueil du consentement, la confidentialité et le partage des bienfaits. Toute infraction à ces dispositions est punie conformément aux lois en vigueur.

*Article 34. - De la recherche sur les enfants.*

Toute recherche sur les enfants doit être soumise à l'accord préalable des parents ou tuteur (trice) ou représentant(e) légal(e). Elle doit veiller à améliorer le traitement et la prise en charge. Elle prend en compte les questions spécifiques,

liées à l'âge des enfants appelés à participer à la recherche, donne les informations appropriées selon l'âge, et sollicite toujours l'avis de l'enfant en mesure de le donner. En toute circonstance, le respect du principe de l'intérêt supérieur de l'enfant est toujours privilégié.

Toute infraction à ces dispositions est punie conformément aux lois en vigueur.

## **CHAPITRE VIII. DISPOSITIONS PENALES**

### *Article 35. - Sanctions des actes discriminatoires.*

Toute personne coupable des actes discriminatoires prévus au chapitre VI de la présente loi sera punie d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 de francs CFA ou de l'une de ces peines seulement. Lorsque l'acte discriminatoire est le fait d'une personne intervenant dans le domaine de la santé ou de la lutte contre le VIH et le SIDA, les peines sont prévues à l'alinéa précédent seront portées au double.

### *Article 36. - De la sanction des auteurs de transmission volontaire du VIH.*

Est punie d'un emprisonnement de cinq à dix ans et d'une amende de 2.000.000 à 5.000.000 de francs CFA, toute personne qui, connaissant son statut sérologique positif et les modes de transmission du VIH, entreprend des rapports sexuels non protégés avec l'intention de transmettre à une autre personne.

Personne ne pourra être poursuivi ni jugé aux termes de cette loi pour transmission VIH, ou pour exposition au VIH, lorsque ladite transmission ou exposition se produit dans l'un des cas suivants :

- › la transmission VIH de la mère à l'enfant avant la naissance de celui-ci, pendant l'accouchement ou au cours de l'allaitement ;
- › un acte qui ne pose aucun risque significatif de transmission du VIH ;
- › la personne vivant avec le VIH ne connaissant pas son statut sérologique positif au moment de l'acte ;
- › la personne vivant avec le VIH a pratiqué des relations sexuelles sans risque y compris avec l'usage du préservatif.

### *Article 37. - De la sanction de la diffusion d'informations erronées ou mensongères en matière de VIH et de SIDA.*

Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans, et d'une amende de 500.000 à 2.000.000 de francs CFA, ou de l'une des peines seulement, toute personne reconnue coupable de diffusion d'informations mensongères ou erronées relatives au VIH/SIDA.

Le responsable du moyen de diffusion publique ayant servi de support à la divulgation de ces informations sera puni des mêmes peines.

### *Article 38. - De la sanction de la violation de l'obligation de confidentialité.*

Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans, et d'une amende de 50.000 à 300.000 de francs CFA, toute personne qui, hors les cas où la loi l'oblige, aura révélé l'état sérologique d'une personne infectée par le VIH.

Les poursuites pour violation ne peuvent être engagées que sur plainte de la victime, de son représentant légal ou de ses ayants droits. Outre les peines prévues à l'article 363 du Code pénal, la juridiction saisie peut ordonner la suspension ou la révocation du permis d'exercer de l'auteur de l'infraction ou le retrait de l'autorisation donnée à l'établissement lorsque la responsabilité de celui-ci est engagée.

*Article 39. -De la sanction du dépistage forcé et de l'entrave au dépistage volontaire.*

L'incitation au dépistage forcé ainsi que l'entrave au dépistage volontaire du VIH est punie d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 100.000 de francs CFA ou de l'une de ces peines seulement.

**Article 40.** - De la sanction de la non-exécution d'une décision de justice.

Le refus de toute personne de se soumettre au test de dépistage ordonné par le juge compétent sera puni d'un emprisonnement de un mois à trois ans.

#### **CHAPITRE IX. DISPOSITIONS FINALES.**

*Article 41.*

Des décrets déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Dakar le 9 avril 2010.



# Fiche Technique sur la Réponse au VIH/Sida au Sénégal en 2014

## ⚡ Contexte épidémiologique du VIH/Sida :

Les nouvelles infections au Vih/Sida ont baissé à l'échelle mondiale passant de 3,4 millions en 2001 à 2,3 millions en 2012 soit une diminution de **33%**.

L'Afrique subsaharienne reste sévèrement touchée par l'épidémie, même si, depuis 2001, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les adultes y a connu une baisse de **34%**. En 2012, elle concentre encore **70 %** de l'ensemble des nouvelles infections à VIH répertoriées dans le monde.

Au Sénégal, les efforts accomplis ces dernières années ont abouti à une stabilisation de l'épidémie du sida avec une baisse de **50%** des nouvelles infections entre 2001 (**4000 cas**) et 2012(**2000 cas**).

La prévalence du VIH est relativement faible et stable au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans (**0,7%**, EDS-MICS 2010-2011).

Cependant, elle reste élevée dans les groupes les groupes à risque comme les Travailleurs de sexe (TS) avec **19,8%**, les Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ou HSH avec **21,8%**, les utilisateurs de drogue par voie injectable(UDI) avec **9,4 %**.

Par ailleurs, on note une **fémínisation** de l'épidémie avec une prévalence VIH de **0,9%** chez les femmes contre **0,4%** chez les hommes.

Il existe également des **disparités** entre les régions. En effet si dans la plupart des régions, la prévalence est inférieure à celle de la population générale, les régions du sud et du sud- est comme Kolda (**2,4%**), Sedhiou (**1,1%**), Ziguinchor (**1%**), Tambacounda (**1,4%**) et Kédougou (**1,7%**) ont des prévalences qui dépassent la moyenne nationale.

## ⚡ Vulnérabilité de certains groupes:

### Attention à certains groupes clés

- La prévalence de **0,8%** chez les femmes de 15-49 ans est supérieure à celle des hommes de la même tranche d'âges qui est de **0,5%**. (**Fémínisation**)
- La prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe reste encore élevée : **18,5%**

Dans ce milieu, une part non négligeable des femmes exerce ce métier dans la **clandestinité**, dans des situations difficiles. Cette prostitution discrète, dans des conditions moins accessibles aux services offrant un accès à l'information, aux soins et à la prévention, a pour principale conséquence une vulnérabilité face au VIH encore plus élevée que dans le milieu de la prostitution légale.

- La prévalence chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) : **21,8%**

Elle est plus importante chez les HSH âgés de 25 ans et plus, que chez les moins de 25 ans (34,4% contre 12,7%). Les HSH sont composés à 17,7% de mariés et à 35,6% de jeunes âgés entre 18-24 ans (Etude MoT 2013).

- Les consommateurs de drogues injectables (CDI) : 9,4 % chez UDI

Ce groupe, qui n'a jamais fait l'objet d'une investigation avant 2012, montre qu'il y a des écarts importants entre hommes et femmes : respectivement **6,8%** contre **28,6%**. Une association commerce du sexe et usage de drogue est soupçonnée : les femmes s'adonnent à la prostitution pour disposer de la drogue pour elles et pour leurs partenaires hommes.

#### ↙ **Etat des lieux de la réponse au VIH/Sida au Sénégal:**

Au Sénégal, l'ensemble des stratégies de lutte contre le sida ont dépassé leur phase pilote de mise en œuvre et se trouvent dans une phase de passage à l'échelle au niveau des structures décentralisées de santé publique.

##### Travailleurs du sexe(TS)/HSH/UDI

La couverture en sites de suivi des TS a augmenté, avec la mise en place d'un site fonctionnel à Matam (depuis 2012) ; actuellement **41** sites sont fonctionnels dans toutes les régions en plus de deux cliniques mobiles couvrant les zones de Dakar et Mbour.

En 2013 selon la notification au niveau des sites des 14 régions, **12 797** TS sont inscrites dans les fichiers dont **680** nouvelles. Parmi elles, seules **4 106** sont régulièrement suivies avec **2 364** PS dépistées et ayant connu leurs résultats, ce qui donne un taux de dépistage de **58%** chez les TS.

Dans ce groupe ayant fait le dépistage, **54** cas positifs sont enregistrés dont **24** nouvellement mises sous ARV.

Les sites de prise en charge du VIH et des IST chez les HSH sont passés de **9** en 2005 à **43** en 2013, répartis dans les 14 régions.

En 2013, les données du programme montrent que :

- **1958** HSH sont suivis dans les sites
- **1720** HSH ont été touchés par les activités de prévention
- **850** HSH ont été dépistés et connaissent leurs résultats avec **330** positifs.

Un centre de réduction des risques à l'usage des consommateurs de drogues intra veineuses, est en cours d'installation et devra être fonctionnel au courant de l'année 2014.

##### Conseil Dépistage Volontaire (CDV)

En 2013, on dénombre **1 223** sites de dépistage, avec une couverture de **100%** au niveau des Centres de santé, des hôpitaux régionaux et nationaux, et une couverture de **88%** au niveau des postes de santé.

En 2013, le nombre de personnes testées au VIH au niveau national était de **750 233** soit un taux de performance de **98,45 %** de l'objectif annuel (762067), contre **91%** en 2012.

#### Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME)

Le nombre de sites de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) est passé de **3** en 2002 à **1255** en 2013.

Le paquet complet de PTME (jusqu'à la mise sous ARV des femmes enceintes séropositives et le suivi des enfants) est disponible dans **100%** des Centres de santé, **95%** des postes de santé offrent le paquet minimum.

En 2013, le pourcentage de dépistage des femmes enceintes était de **75%**, alors qu'il était de **51%** en 2012.

La mise sous ARV des femmes enceintes dépistées positives est améliorée passant de **38%** à **53%** entre 2012 et 2013.

Le taux de transmission de VIH de la mère à l'enfant (TME) est passé de **7,2%** en 2008 à **4,3%** en 2012.

#### Prise En Charge des PVVIH

De **8** sites en 2002, essentiellement des hôpitaux, le Sénégal compte **152** sites de prise en charge pour les adultes et **103** sites de prise en charge pour les enfants en 2013, ce qui représente une couverture de 99% des districts sanitaires, 89% des centres de santé, 83% des hôpitaux et 30% postes de santé.

La décentralisation a permis une augmentation significative du nombre de PVVIH sous traitement ARV qui est passé de **1 855** patients en 2004 à **13716** patients en 2013. Au total, **4321** patients ont été enrôlés pour un traitement ARV courant 2013 pour un objectif initial de 3320 soit **130%** de performance. La couverture en traitement antirétroviral est actuellement de **71%** pour les adultes et **29%** pour les enfants en 2013.

En 2004, **74%** des patients sous ARV étaient suivis à Dakar. Cette tendance s'est inversée depuis 2008. En effet, en 2013, **70%** des nouvelles inclusions sous TAR (Traitement anti rétroviral) sont réalisées dans les régions autres que Dakar ce qui prouve l'efficacité de la décentralisation.

Le taux de survie à 12 mois des patients inclus en 2012, est estimé à **71%**, dont **73,7%** chez les femmes contre **66,9%** chez les hommes.

La mise sous TPI au cotrimoxazole des patients Tuberculeux a évolué de **84%** en 2010 à **94%** en 2013. Le co-traitement de la TB/VIH est passé de **34%** à **70%** pour les mêmes périodes.

#### ⚡ Défis majeurs :

##### IST/TS/HSH/UDI

- Mise en œuvre d'un paquet d'offres de services de prévention et de prise en charge des groupes clés TS, HSH et UDI (paquet incluant la prévention combinée, les services de consultation et de suivi biologique, l'accompagnement pour la réduction de la vulnérabilité) ;
- Meilleure intégration des IST dans le cadre d'un paquet SR/ santé sexuelle (PTME/ CDV, PF, CPN) ;
- Renforcement de l'intégration du secteur privé;
- Mise en œuvre de l'étude de la sensibilité des germes aux antibiotiques (étude actualisée pour les molécules traceurs utilisés dans la prise en charge syndromique des IST).

##### CDV

- Généralisation du conseil dépistage à l'initiative du prestataire(CDIP) au niveau de tous les postes de santé;
- Ciblage du dépistage au niveau des zones de forte prévalence et de cibles clés (enfants, couples, populations des zone transfrontalières, ...);
- Meilleur suivi des personnes dépistées positives lors des stratégies avancées, ainsi que le du contrôle externe de la qualité des stratégies.

##### **PTME**

- Augmentation de la couverture en CPN (précoces) surtout dans les régions les plus affectées;
- Augmentation des taux de couverture du dépistage des femmes enceintes (75%) et de mise sous traitement des femmes VIH+ (53%) par la mise sous traitement ARV systématiquement aux femmes enceintes séropositives et le traitement prophylactique offert aux nouveau-nés de mères séropositives (Conformément aux dernières recommandations de l'OMS sur le protocole B+ utilisé au Sénégal) ;
- Décentralisation de la mise sous ARV des femmes enceintes séropositives au niveau des postes de santé par une politique de délégation des tâches et mise en place de stratégies de recherches de femmes perdues de vue ;
- Augmentation de la couverture du diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives;
- Passage à l'échelle et couverture des plans d'élimination de la TME.

##### **PEC**

- Passage à l'échelle et couverture des Traitements ARV;
- Approche « Test and Treat » selon un modèle pilote opérationnel après son évaluation;
- Intégration et optimisation des actions VIH/SR et VIH/comorbidités (TB, hépatites, diabète, autres maladies chroniques.).

#### ↓ Perspectives :

Le Sénégal s'est engagé aux côtés de tous les acteurs de la Riposte au sida et de la santé de la reproduction pour relever le défi de l'élimination de la transmission du virus du sida de la mère à l'enfant. Un plan d'élimination de la transmission Mère Enfant du VIH a été adopté dont l'objectif prioritaire est d'atteindre un taux de transmission inférieur à 2% à l'horizon 2017 (situation de base de 4,3% en 2010).

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale va contribuer à l'atteinte de cet ambitieux objectif par:

- la mise en œuvre des plans d'élimination de la TME du VIH dans les 14 régions du pays ;
- l'offre systématique de test de dépistage à toutes les femmes en consultations prénatales, y compris la décentralisation du test au niveau de tous les postes de santé intégrant la CPN;
- la mise en place d'un dispositif permettant d'atteindre la couverture en thérapie antirétrovirale de 90% chez les femmes enceintes séropositives et chez les enfants nés de mères séropositives ;
- la couverture de 90% du diagnostic chez les enfants nés de mères séropositives ;

Dans le domaine de la Prise en charge des Personnes vivant avec le VIH, d'importantes mesures ont été prises pour baliser le terrain de l'accès universel. Il s'agit entre autres :

- de la révision du document de politique qui prend en compte les nouvelles directives internationales notamment en ce qui concerne la mise sous traitement ARV pour tous les patients avec un taux de CD4 inférieur à 500;
- de l'adoption de la stratégie « Test and treat » au niveau des 5 régions prioritaires (Kolda, Ziguinchor, Sedhiou, Tambacounda et Kédougou) et chez les populations plus exposées au risque (TS, HSH et CDI) ;
- de la stratégie TasP chez les couples séro-différents.

Ainsi, pour faire bénéficier au moins 85% des PVVIH enfants et adultes suivies d'une prise en charge (PEC) médicale globale de qualité d'ici 2017, mon département s'engage à mettre en œuvre de façon diligente les stratégies suivantes :

- La décentralisation de la PEC au niveau des Postes de santé et la délégation des tâches (Task shifting) aux infirmiers et sages-femmes pour la dispensation et le suivi rapproché des PVVIH;
- La recherche active des patients perdus de vue et l'augmentation du taux de rétention dans les sites de PEC ;
- Le renforcement du système d'approvisionnement de stockage et de distribution de réactifs, matériels biomédicaux et médicaments ARV et IO;

- Le renforcement du plateau technique pour le diagnostic et le suivi biologique périodique des patients (dosage des CD4, charge virale plasmatique, bilan hématologique et biochimique au niveau des sites de prise en charge) ;
- La mise en œuvre de la stratégie « test and treat » particulièrement dans les zones et les populations les plus touchées ;
- La prise en compte des PVVIH et des groupes vulnérables dans la Couverture Maladie Universelle (CMU).
- La mise sous traitement d'au moins 85% de nouveaux cas de TB/VIH d'ici 2017.

## NOTE TECHNIQUE SUR LA SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU SENEGAL

Le paludisme sévit de manière endémique avec une recrudescence saisonnière durant la période des pluies sur toute l'étendue du territoire.

Entre 2006 et 2013, la morbidité proportionnelle est passée de 33,57% à 5,3%. Pendant la même période, la mortalité proportionnelle est passée de 18,4% à 7,4%.

La baisse de l'incidence (130 ‰ en 2006 à 27 ‰ en 2013 soit une réduction de 79%) peut s'expliquer par la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire de diverses stratégies à efficacité prouvée recommandées par l'OMS et par une meilleure connaissance de la maladie par les populations.

La prévalence de la parasitémie palustre chez les enfants de 6 à 59 mois est aussi passée de 5,7% en 2008 à 2,9% en 2012.

L'analyse de l'incidence et de la mortalité du paludisme au Sénégal montre que toutes les régions sont touchées par la maladie. Mais c'est surtout dans les régions du Centre, du Sud et de l'Est du pays que le fardeau du paludisme est beaucoup plus important avec une carte de l'incidence qui se superpose à celle de la mortalité.

La situation épidémiologique actuelle du pays est caractérisée par l'existence de plusieurs strates en fonction du niveau d'incidence et de la situation géographique.

<b>Strates</b>	<b>INCID / 1000 (2013)</b>	<b>POPULATIONS (2013)</b>
<b>1</b>	<b>Inférieur à 5 cas pour 1000 Hbts</b>	<b>3 466 475</b>
<b>20 Districts : LOUGA, DAGANA, PODOR, KEBEMER, MATAM, SAINT-LOUIS, RICHARD TOLL, KEUR MOMAR SARR, PETE, THILOGNE, DAHRA, THIONCK ESSYL, SAKAL, COKI, OUSSOUYE, MBOUR, BAMBEY, MEKHE, DAROU MOUSTY, NORD.</b>		
<b>2</b>	<b>Comprise entre 5 et 15 cas pour 1000 Hbts</b>	<b>3 225 048</b>
<b>16 Districts : POPENGUINE, GUEDIAWAYE, TIVAOUANE, BIGNONA, GOUDOMP, KHOMBOLE, FOUNDIOUGNE, ZIGUINCHOR, MALEM HODAR, KANEL, GOSSAS, THIES, FATICK, NIAKHAR, MBAO, Dakar-OUEST.</b>		
<b>3</b>	<b>Comprise entre 15 et 25 cas pour 1000 Hbts</b>	<b>2 557 618</b>
<b>14 Districts : Dakar-SUD, MBACKE, LINGUERE, KOUNGHEUL, KAFFRINE, Dakar-CENTRE, RUFISQUE, GUINGUINEO, DIAMNIADIO, THIADIAYE, KOUMPENTOUM, PIKINE, DIOULOULOU, POUT.</b>		
<b>4</b>	<b>Supérieure à 25 cas pour 1000 Hbts</b>	<b>4 326 096</b>
<b>26 Districts : DIOFFIOR, NDOFFANE, TOUBA, KEUR MASSAR, PASSY, BIRKELANE, VELINGARA, BAKEL, JOAL, RANEROU, SEDHIOU, NIORO, BOUNKILING, DIOURBEL, SOKONE, TAMBA, KAOLACK, MAKALIBANTANG, KOLDA, GOUDIRY, MEDINA YERO FOULAH, KEDOUGOU, KIDIRA, DIANKE MAKHAN, SARAYA, SALEMATA.</b>		

Ces résultats ont été obtenus grâce à :

- Un engagement politique fort au plus haut niveau de l'Etat
- La mobilisation des ressources nationales, locales et extérieures pour appuyer le financement de la mise en œuvre du plan stratégique
- Les activités de promotion de la lutte contre le paludisme et la communication pour le changement de comportement
- La conformité de tous les médicaments et produits utilisés dans le cadre du programme aux normes internationales de l'OMS
- La mise à l'échelle nationale du traitement avec les Combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'Artémisinine (ACT) dès leur introduction au Sénégal en mars 2006 à tous les niveaux y compris le niveau communautaire et leur gratuité depuis Mai 2010.





- L'introduction gratuite et massive des tests de diagnostics rapides au niveau de toutes les structures sanitaires du pays et même jusqu'au niveau communautaire
- La dispensation gratuite du traitement préventif intermittent (TPI) à la sulfadoxine – pyriméthamine (SP) aux femmes enceintes lors des consultations prénatales
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique du paludisme avec la mise en place de sites sentinelles dans toutes les strates du Pays
- La mise en place d'un système de routine fonctionnel qui permet à tout moment de disposer des données sur le paludisme pour la prise de décision programmatique
- L'organisation de campagnes de distribution gratuite de MILDA qui a permis de couvrir tout le territoire national dans le cadre de la Couverture Universelle, soutenue par la distribution continue de MILDA pour le maintien de couverture à plus de 80% des ménages

Le plan stratégique 2014-2018 s'inscrit dans l'accélération du contrôle du paludisme en vue de l'atteinte du seuil épidémiologique de pré élimination. **L'accès universel au paquet d'interventions est acquis pour faciliter la protection des groupes vulnérables et des populations défavorisées.** Les zones à forte densité de populations et les zones à forte endémicité sont ciblées dans ce sens pour atteindre rapidement les objectifs fixés

Depuis 2005, le Sénégal a mis en place un programme de lutte efficace, fondé sur des capacités de gestion renforcées et des plans bien définis. La mise en œuvre de bonnes pratiques opérationnelles et programmatiques ont permis d'attirer des ressources financières extérieures accrues. Le partenariat fécond développé de 2005 à 2013 a permis au PNLP de mobiliser des ressources importantes auprès du Gouvernement et des partenaires au développement. Ces

financements ont permis d'accélérer la mise en œuvre des activités définies dans ses deux plans stratégiques déroulés au cours de cette période.

La décentralisation et la gouvernance locale sont les principaux piliers de la lutte contre le paludisme. Cela se traduit par une forte implication des collectivités locales et communautés dans la planification, la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des interventions.

Le partenariat notamment avec le secteur privé a été renforcé afin d'optimiser les opportunités de financement et de coordination

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement sont le fil conducteur de la politique nationale de santé et de la lutte contre le paludisme. Dans cette lancée, le plan stratégique insiste sur la collaboration avec les programmes en charge de la santé de la mère et de l'enfant. La contribution au renforcement durable du système de santé est aussi une priorité. L'accent est mis sur la planification décentralisée, l'amélioration du système d'approvisionnement, l'extension des interventions à base communautaire et le renforcement du système d'information sanitaire.

MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE L'ACTION SOCIALE



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

\*\*\*

DIRECTION DE LA LUTTE  
CONTRE LA MALADIE

\*\*\*

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LA TUBERCULOSE



PNT

## FICHE TECHNIQUE SUR LA TUBERCULOSE AU SENEGAL

### INTRODUCTION

Au niveau mondial, la tuberculose est un problème de santé publique. Deux milliards de personnes sont infectées par la tuberculose dans le monde. Chaque année trois millions de personnes succombent de cette maladie et huit à dix millions la contractent selon l'OMS. En dépit de la mise au point de médicaments efficaces, la tuberculose est responsable de 26% de tous les décès évitables dans les pays du Tiers monde. L'énorme tribut payé à la tuberculose est en augmentation dans de nombreux pays en raison de la détérioration des conditions socio-économiques et de l'interaction entre les infections VIH et tuberculeuse. La tuberculose constitue une nouvelle source de pauvreté et d'inégalité dans le monde. Elle est mortelle dans 50% des cas en l'absence de traitement. Elle gagne du terrain et devient plus meurtrière surtout en Afrique. Selon l'OMS, elle tue au moins 600 personnes par jour et 80% de ces victimes sont âgés de 15 à 49 ans.

Les facteurs péjoratifs sont : la pauvreté, les bouleversements démographiques, l'avènement du sida et la stigmatisation des malades atteints de tuberculose ;

Les nouveaux défis de la lutte contre cette maladie sont :

- L'association de la tuberculose à l'infection à VIH ;
- Le développement de tuberculose à bacilles multi résistants ;
- La transmission nosocomiale de l'infection tuberculeuse.

Sans interventions efficaces, la tuberculose va progresser inéluctablement dans nos sociétés. L'OMS préconise la stratégie DOTS « Directly Observed Treatment Short Course chemotherapy » comme moyen efficace de lutte contre la tuberculose. Les 5 composantes de cette stratégie sont :

1. Un engagement politique du Gouvernement
2. Le diagnostic des cas de tuberculose par un réseau de microscopie avec un contrôle de qualité.
3. Un approvisionnement régulier en médicaments et matériel de laboratoire ;
4. Un traitement standardisé de courte durée avec application du Traitement Directement Observé(TDO);
5. Un bon système de notification de l'information sanitaire) sur la TB.

Cette stratégie a été renforcée en 2006 en Stratégie DOTS + avec la prise en charge des nouveaux défis survenus dans la lutte contre cette maladie, le renforcement du système de santé et l'implication de tous les acteurs de développement.

## **I. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LA TB AU SENEGAL**

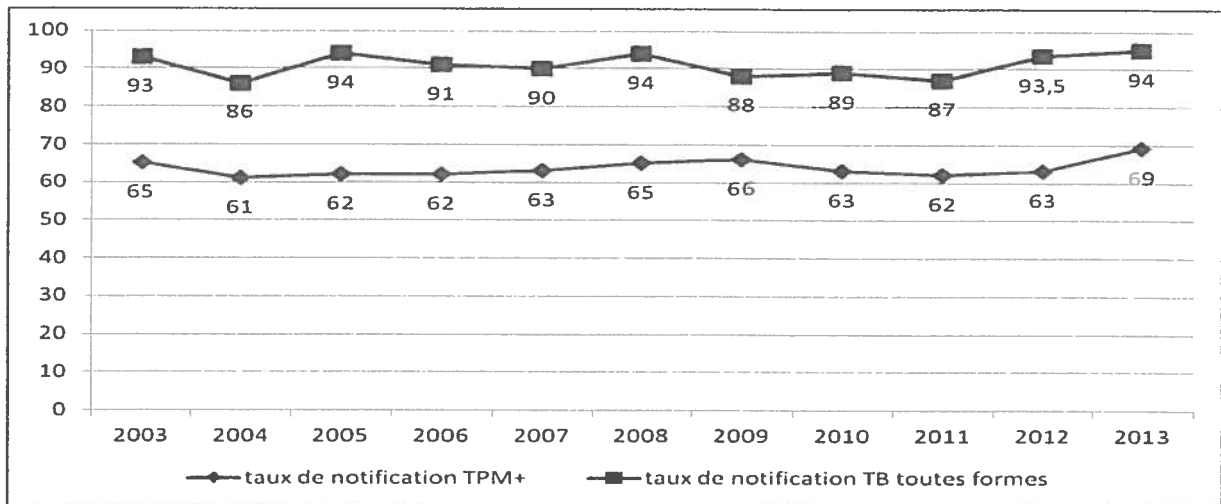
La tuberculose (TB) est un problème de santé prioritaire au Sénégal. De 1990 à 2013, le taux de mortalité a baissé de 24 à 19/100.000 habitants (21%), la prévalence de 231 à 200/100.000 habitants (13%) et l'incidence de 138 à 136/100.000 habitants (1,5%).

L'analyse des données épidémiologiques sur la TB montre une augmentation de la proportion des cas détectés par rapport aux cas attendus de 50% en 1990 à 69% en 2013.

Le taux de notification des cas de TB toutes formes (nouveaux cas TPM+, rechute, TPM-, TEP) est resté stationnaire depuis 10 ans autour de 87 cas pour 100 000 habitants avec un pic à 94 en 2013.

Le relèvement du dépistage des cas de TB nécessite le renforcement de l'accès aux services et aux nouvelles technologies de diagnostic de cette maladie.

**Figure 1 : Tendances de la notification des cas TPM+ et de TB toutes formes de 2001 à 2013, PNT Sénégal 2013**



En 2013, le PNT a enregistré 9056 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs (soit 69 % des cas attendus) sur un total de 13 515 cas de tuberculose toutes formes confondues (soit 94 cas par 100.000 habitants).

Les nouveaux cas TPM+ représentent 67% du total des cas notifiés, les retraitements (rechutes + échec + reprises après abandon) constituent les 7%. Les TPM- et les TB extra pulmonaires représentent respectivement 10% et 12% de l'ensemble des cas. En 2013, le cap de 9000 nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs a été franchi avec un gain de 608 nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive cette année.

La région de Dakar a déclaré cette année 44% de l'ensemble des cas de tuberculose et 43% des nouveaux cas TPM+.

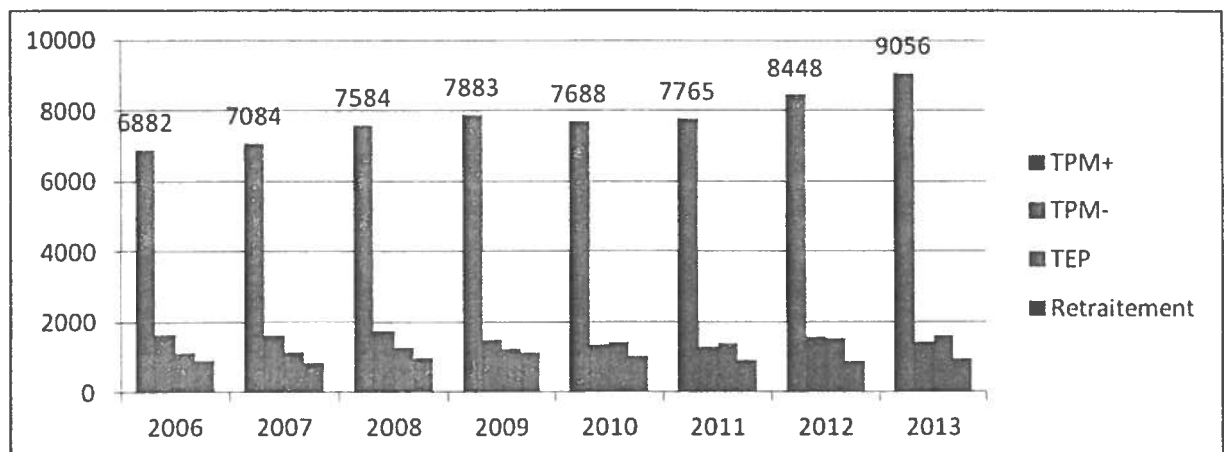


Figure 2: Evolution de la notification des cas de tuberculose de 2006 à 2013, PNT Sénégal 2013

Cette performance est liée au renforcement des activités de soutien menées par le programme et à l'exécution des interventions communautaires sur la tuberculose dans l'ensemble des districts du pays.

La tuberculose a touché beaucoup plus les hommes que les femmes soit respectivement 71% et 29% des nouveaux cas TPM+ en 2013.

La proportion des cas chez les jeunes de 15 à 34 ans est en constante augmentation évoquant une transmission toujours intense de cette maladie dans la population sénégalaise.

L'analyse de la distribution des TPM+ par genre et classe d'âge nous donne un pic chez les femmes à 15-24 ans et pour les hommes à 25-34 ans.

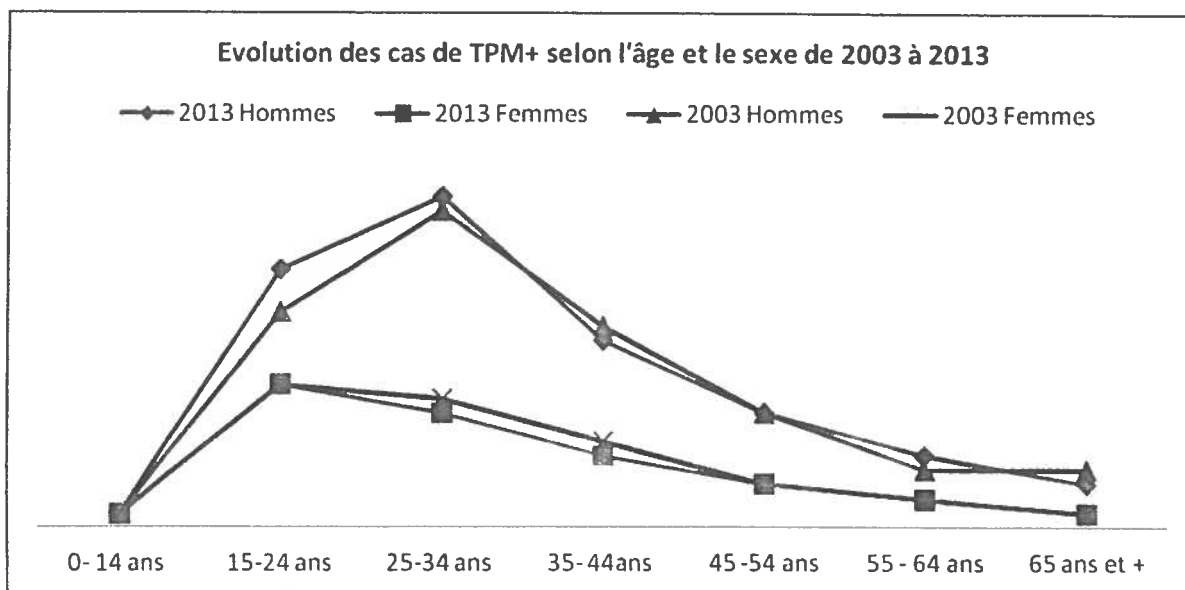


Figure 3: Distribution des nouveaux cas de TPM+ par genre et par classe d'âge de 2003 à 2013; PNT Sénégal 2013

L'accès au traitement de la tuberculose a été amélioré. Le taux de succès thérapeutique de la cohorte de 2012 est de 86%.

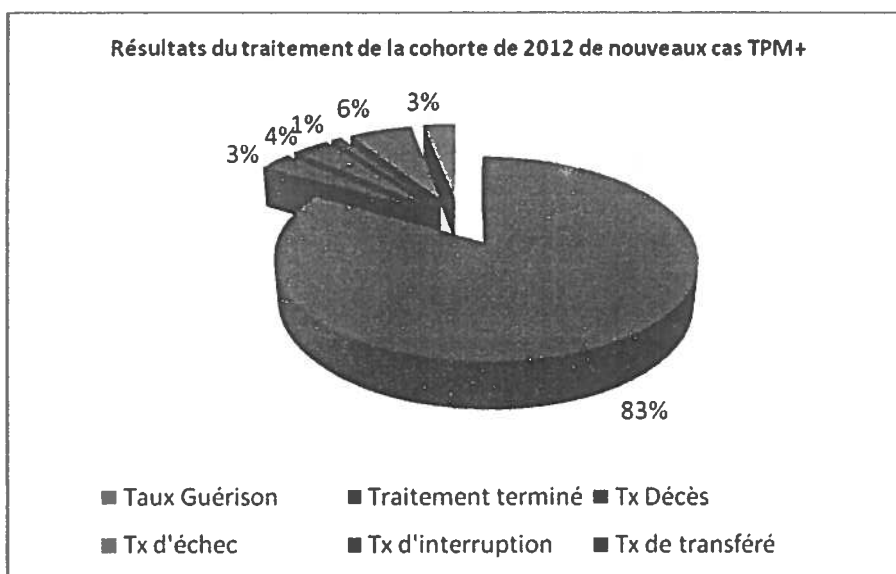
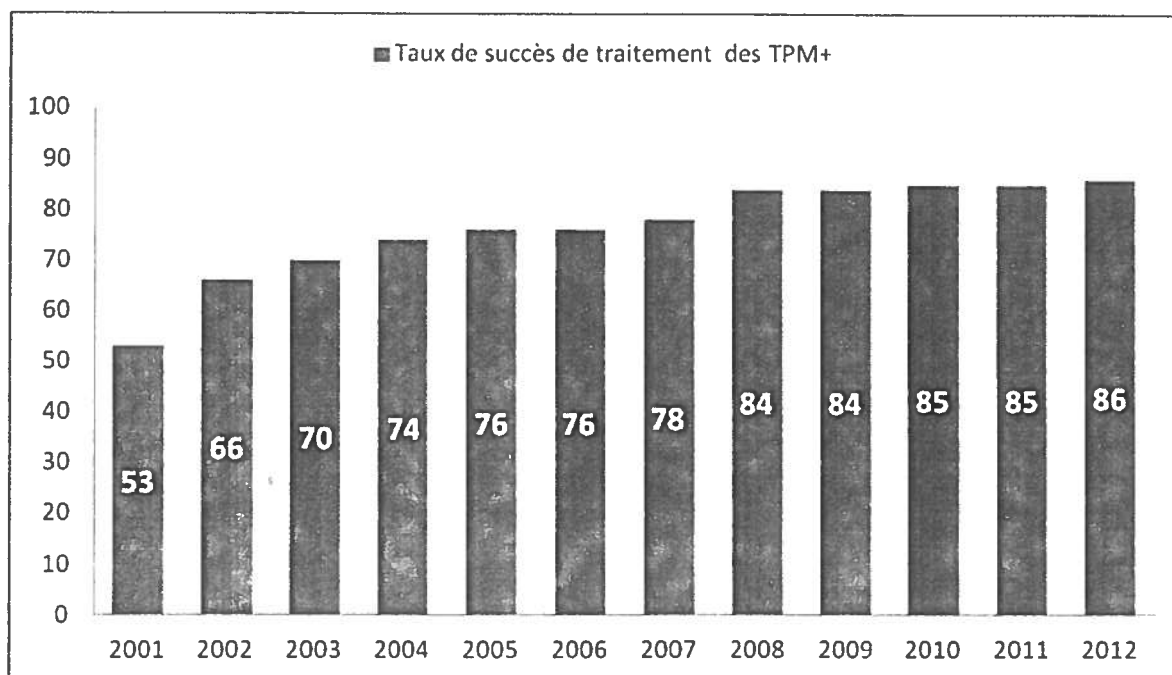


Figure 4: Résultats du traitement de la cohorte de 2012 de nouveaux cas TPM+, PNT Sénégal 201

Le taux de succès thérapeutique des tuberculeux s'est maintenu entre 84 et 86% de 2008 à 2013. Les efforts menés pour diminuer le nombre de perdus de vue ces 5 dernières années se sont traduits par une baisse sensible du niveau cet indicateur de 10% en 2007 à 6% en 2013.



**Figure 5 : Evolution du taux de succès de traitement des nouveaux cas à frottis positifs, PNT Sénégal 2013**

La TB est la première infection opportuniste chez les PVVIH. La collaboration entre les programmes TB et VIH progresse. On a noté une augmentation de la réalisation du test VIH chez les tuberculeux passant de 28% en 2007 à 78% en 2013.

La prévalence de l'infection à VIH chez les patients TB testés est de 9% en 2013. Elle est restée stable à 10% entre 2008 et 2011. La proportion des malades coinfectés recevant un traitement préventif au Cotrimoxazole est passé de 71% en 2008 à 94% en 2013. La proportion des malades coinfectés recevant un traitement ARV est passée de 34% en 2008 à 70% en 2013.

La consolidation des acquis passe par un renforcement des mécanismes de coordination entre les deux programmes et une intégration des services au niveau opérationnel.

Une prévalence élevée du diabète chez les tuberculeux est une raison pour une exploration approfondie de cette l'association tuberculose et diabète au Sénégal.

Le programme a mis en place un dispositif de prise en charge des patients atteints de tuberculose à bacilles multi résistants en 2010 avec un cumul de 117 malades TB-MR ayant bénéficié du traitement de 2<sup>ème</sup> ligne en 2013.

Le réseau de microscopie pour la tuberculose dispose d'un Laboratoire de Référence à Dakar et de 115 Laboratoires de microscopie. La couverture du pays en unités de microscopie est

encore insuffisante car les malades doivent parfois parcourir de longues distances pour effectuer les examens de crachats au Centre de Santé.

Les nouvelles technologies de diagnostic de la TB, introduites en 2012 avec la mise en place de tests moléculaires (GeneXpert) et de radiographie numérique sont plus sensibles et plus rapides pour le diagnostic de la TBMR, TB de l'enfant et TB des PVVIH.

## **II. REALISATIONS DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PNT)**

La mise en place du Programme national de lutte contre la tuberculose a constitué la réponse de l'Etat sénégalais à l'endémie tuberculeuse. Le PNT vise à contrôler l'endémie tuberculeuse au Sénégal sous la tutelle du Ministère de la Santé.

C'est un programme bien structuré avec des responsabilités bien définies selon le niveau de la pyramide sanitaire.

Les missions de l'unité de coordination du programme :

- L'application de la politique nationale ;
- L'adoption des stratégies préconisées au niveau international ;
- La mobilisation de ressources financières ;
- La planification, coordination et gestion des activités ;
- La collecte et analyse des données de la tuberculose ;
- L'assurance qualité du réseau de microscopie ;
- La surveillance de la résistance primaire aux antituberculeux.

### **1. But:**

Réduire la mortalité et la morbidité liées à la tuberculose

### **2. Objectifs généraux :**

- Améliorer la qualité de la prise en charge des cas de tuberculose
- Améliorer la gestion du programme à tous les niveaux

### **3. Objectifs opérationnels : chaque année**

- Dépister 70% des cas attendus de tuberculose dans la population (sur la base d'une incidence estimée à 110 cas pour 100 000 Habitants)
- Guérir 85% des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs dépistés

**En 2015 ;**



- Réduire la prévalence et la mortalité de moitié d'ici à 2015

**En 2050 ;**

- Éliminer la tuberculose (moins d'1 cas pour un million d'habitants)

**4. Les stratégies du PNT**

- le dépistage passif des cas de tuberculose dans les structures de santé ;
- La chimiothérapie de courte durée aux cas de tuberculose avec une application du traitement directement observé (TDO) ;
- L'approvisionnement régulier des structures de santé en antituberculeux et en consommables de laboratoire de qualité ;
- Le déroulement d'interventions communautaires sur la TB
- Le suivi et évaluation des activités.

**5. Les points forts du Programme :**

- L'engagement de l'Etat : la tuberculose est une maladie prioritaire ;
- L'intégration de la prise en charge de la tuberculose dans le système général avec 78 Centres de Traitement de la tuberculose
- Le réseau de 115 unités de microscopie pour le diagnostic de la TB dont la qualité est contrôlée régulièrement ;
- La gratuité des médicaments antituberculeux et des contrôles des crachats dans toutes les structures de santé;
- L'approvisionnement régulier des structures de santé en médicaments et en consommables de laboratoire de qualité;
- L'existence de référentiels sur la lutte contre la TB :
  - o Plan stratégique 2013-2017
  - o Plans de Communication, Formation; GAS, de contrôle de l'infection TB et de Suivi et évaluation du programme.
- L'existence d'un Système de gestion des données techniques sur la TB,
- Le déroulement d'interventions communautaires à travers une contractualisation avec 444 organisations communautaires de base dans l'ensemble des districts du pays
- L'amélioration du niveau des indicateurs programmatiques en 2013:
  - o Détection des nouveaux cas à frottis positifs: 69%, (N : 70%)

- Notification de nouveaux cas toutes formes : de 94 cas / 100 000 habitants
  - Taux de succès des nouveaux cas à frottis positifs à 86 % (N : 85%)
  - Taux de succès des malades atteints de TB à bacilles multi résistants : 76% (N : 70%) ;
  - Taux d'interruption de traitement des nouveaux cas à frottis positifs à : 6 % (N : 5%)
  - Les Taux d'échec et de décès inférieur liés à la TB commune à 3% (N < 5%);
  - Le niveau de connaissance des populations sur la tuberculose du PNT par les populations est à 45% (enquête CAP).
- La prise en charge des patients atteints de TB à bacilles multi résistants depuis le 15 Juillet 2010;
  - La surveillance de la Résistance primaire du bacille de Koch aux médicaments antituberculeux,

#### **6. Points à améliorer :**

- Le niveau souhaitable des indicateurs non atteint ;
- La méconnaissance de la charge de la tuberculose chez les groupes à risque (diabétique, PVVIH, enfant, détenus)
- L'insuffisance des financements dans la lutte contre cette maladie ;
- La survenue de nouveaux défis comme la tuberculose à bacilles multi résistants, la tuberculose chez l'enfant, l'association de la Tuberculose à l'infection à VIH et la transmission nosocomiale de l'infection tuberculeuse;
- Le partenariat encore timide avec certains secteurs.

### **III. CONCLUSION**

Le PNT est un des programmes prioritaires du Sénégal intégré dans le système de santé. La problématique de la lutte contre cette maladie repose essentiellement sur l'insuffisance du dépistage des cas. Cette lutte relève de la responsabilité du personnel de santé. La stratégie la plus appropriée pour une maîtrise de cette maladie est la meilleure implication des acteurs et des populations dans l'exécution du programme.

L'atteinte des objectifs fixés passe par:

- L'amélioration de l'offre de soins et de la qualité de la PEC des malades,

- La collaboration avec tous les secteurs;
- La sensibilisation accrue des populations sur cette maladie ;
- La prise en charge des nouveaux défis comme la tuberculose à bacilles multi résistants, le contrôle de la transmission nosocomiale de l'infection tuberculeuse et l'association de la Tuberculose à l'infection à VIH.

Le Coordonnateur  
Dr Marie SARR DIOUF