

République du Sénégal

Primature

Conseil National de Lutte Contre le Sida



Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida

République du Sénégal

Primature

Conseil National de Lutte Contre le Sida



Plan Stratégique National **2014** de Lutte contre le Sida **2017**

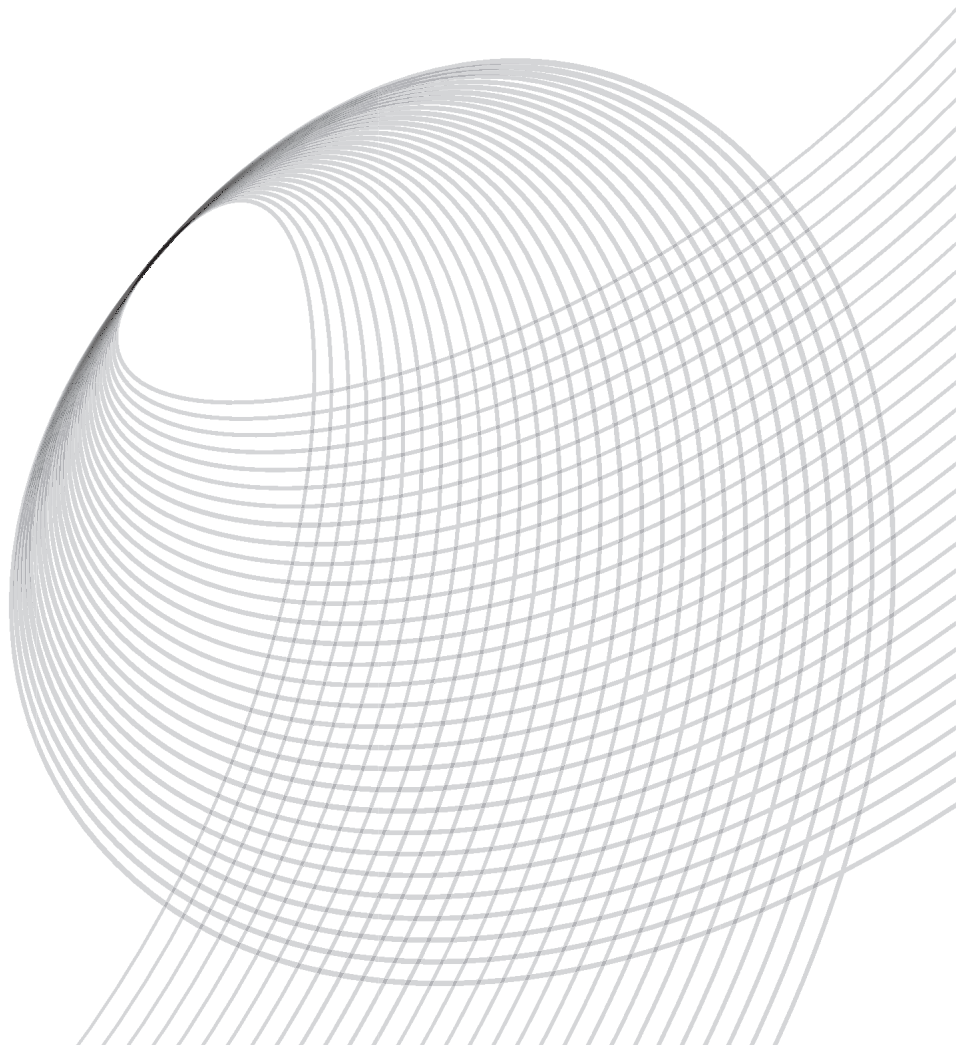


Table des matières

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES	6
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	7
PREFACE	9
AVANT-PROPOS	11
REMERCIEMENTS	13
RESUME EXECUTIF	14
INTRODUCTION	16
I. PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN	17
1.1 Coordination et acteurs du processus	17
1.2 Processus d'analyse de la situation et de la réponse	17
1.3 Processus d'élaboration et de validation du PSN	17
II. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE	19
2.1 Situation sociodémographique	19
2.2 Contexte économique	20
2.3 Situation sanitaire	20
III. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE	23
3.1 Prévalence du VIH dans les populations cibles	24
3.2 Distribution des nouvelles infections	25
3.3 Prévalence des IST	27
3.4 Co-infection TB/VIH et autres co-morbidités	27
3.5 Analyse des facteurs de risque et de vulnérabilité	28
3.6 Régions et zones de vulnérabilité	29
3.7 Impact de l'épidémie à VIH	31
IV. PRINCIPALES CONCLUSIONS DE L'ANALYSE DE LA REPONSE	33
4.1 Progrès réalisés	33
4.2 Lacunes, défis et contraintes	35
V. PLAN STRATEGIQUE 2014 - 2017	42
5.1 Vision	42
5.2 Principes directeurs	42
5.3 Priorisation	42
5.4 But et Résultats d'impact	45
5.5 Chaîne des résultats	46
VI. MISE EN ŒUVRE DU PSN 2014 -2017	67
6.1 Cadre institutionnel de mise en œuvre	67
6.2 Modalités de mise en œuvre	68
VII. SUIVI & EVALUATION DU PSN 2014 - 2017	71
VIII. CADRE DE FINANCEMENT DU PSN	72
8.1 Analyse des financements de la riposte au sida	72
8.2 Cadre de financement du Plan Stratégique National 2014 -2017	73
8.3 Stratégie pour la mobilisation de ressources	77
8.4 Pérennisation de la riposte	77
8.5 Mécanisme de financement et d'audit	78
8.6 Mécanisme de redevabilité	79
IX. ANNEXES	82

Tableau 1	Formations sanitaires publiques assurées par des ministères autres que la santé	21
Tableau 2	Prévalence du VIH chez les femmes dans les régions les plus touchées entre 2005/2010	23
Tableau 3	Prévalence VHB, VHC et VIH chez les populations clés au Sénégal	27
Tableau 4	Prévisions budgétaires par effet et sous-effet	73
Tableau 5	Budget du PSN 2014 – 2017 par catégories en CFA	74
Tableau 6	Résumé des DPS finances par les partenaires	75
Tableau 7	Ecart financiers	76

Graphique 1	Estimation des nouvelles infections chez les adultes de plus de 15 ans	26
Graphique 2	Distribution des nouvelles infections en 2012	26

AES	Accident d'exposition au sang
ADEMAS	Agence pour le Développement du Marketing Social
ANCS	Alliance Nationale de Lutte contre le sida
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le SIDA
APP	Approche participative de prévention
ARV	Antirétroviraux
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCM	Country Coordination Mechanism
CDI	Consommateurs de Drogues Intraveineuses
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le sida
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CNLS	Conseil National de Lutte contre le sida
CRCF	Centre régional de Recherche et de Formation à la prise en charge
DLSI	Division de Lutte contre le Sida et les IST
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESPS	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
eTME	Elimination de la Transmission Mère enfant
FAR	Femme en Age de Reproduction
GARP	Global Aids Report Progress
FHI	Family Health International
HSH	Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
IEC	Information - Education - Communication
IST	Infection Sexuellement Transmissible
OEV	Orphelins et Enfants rendus vulnérables par le VIH/sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PSE	Plan Sénégal Emergent
PIB	Produit Intérieur Brut
PSLS	Plan Stratégique de Lutte contre le sida
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNMLS	Plan National Multisectoriel de Lutte contre le sida
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Professionnelles du sexe
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
REDES	Estimation Nationale des Ressources et des Dépenses de Lutte contre le Sida
SE	Suivi - Evaluation
SEN/CNLS	Secrétariat Exécutif National du CNLS
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNDES	Stratégie Nationale de Développement Economique et Sociale
TB	Tuberculose
TME	Transmission Mère Enfant
UNDP	United Nations Development Program
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
USER	Unité de Suivi - Evaluation et Recherche
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Préface

Préface

Le Gouvernement du Sénégal a très tôt consenti d'énormes efforts dans la riposte au sida. Cela s'est matérialisé par une stabilité, voire un fléchissement de la courbe de prévalence nationale du VIH. Ces efforts ont été soutenus par les acteurs nationaux, les partenaires au développement au rang desquels figurent en bonne place la coopération bilatérale et multilatérale, la Banque mondiale, le Fonds mondial de Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et les agences co-parrainantes de l'ONUSIDA.

Au cours des dernières années, notre pays a opéré des changements significatifs dans la gestion de sa réponse, avec une plus grande responsabilisation du niveau décentralisé et une réelle volonté d'opérationnaliser l'accès universel aux services partout au Sénégal.

Le processus de révision de ce Plan Stratégique National de Lutte contre le sida a certes mis en lumière les progrès significatifs réalisés dans le cadre de cette réponse, mais également les nombreux défis qu'il nous reste à relever dans un contexte de diminution des financements internationaux.

Ce processus a donné l'opportunité à l'essentiel des acteurs engagés dans la riposte au Sida de conjuguer leurs efforts afin de définir les orientations stratégiques pour les quatre prochaines années. L'approche largement participative utilisée dans ce processus, fait de ce plan stratégique un document consensuel qui prend en compte les contributions de tous.

Le nouveau Plan 2014-2017, dans sa conception vise à optimiser et amplifier la réponse nationale, afin d'accélérer l'accès universel aux services de prévention, de soins et de soutien. Il concourra sans nul doute à assurer une efficacité des interventions et une efficience allocative. Le passage à l'échelle de toutes les stratégies d'efficacité reconnues devra mener le Sénégal vers l'atteinte de sa vision: Zéro nouvelle infection, Zéro décès lié au sida et zéro discrimination.

Ce plan stratégique de troisième génération me donne l'opportunité de remercier tous ceux, acteurs comme partenaires, qui ont contribué à la préparation de ce document important. Il s'aligne parfaitement aux orientations du Plan Sénégal Emergent (PSE) dont il contribue à l'atteinte des résultats.

L'ambition de son Excellence Monsieur le Président de la République et de son Gouvernement est d'améliorer sans cesse le mieux-être des citoyens afin qu'ils participent activement au développement harmonieux de notre pays pour le grand bénéfice des populations actuelles et des générations futures.

La riposte au sida est au cœur de notre stratégie de développement et mobilise tous les secteurs. Nous engageons par conséquent le Gouvernement du Sénégal à maintenir son leadership au plus haut niveau et pérenniser notre contribution financière. Nous invitons les collectivités locales, la société civile, le secteur privé, les communautés et les partenaires internationaux, à soutenir activement la mise en œuvre de ce plan stratégique afin de garantir que le Sénégal soit au rendez-vous de l'agenda Post 2015 et ainsi ouvrir la voie à une génération sans sida.

Mme Aminata Touré

Premier Ministre

Présidente du Conseil National de Lutte contre le SIDA

Avant-propos

Avant-propos

En ma qualité de Ministre de la Santé et de l'Action sociale, je salue l'élaboration du nouveau Plan Stratégique National de Lutte contre le sida 2014-2017. Ce Plan et les synergies qu'il a su établir avec le Plan National de Développement Sanitaire et Social vont nous permettre d'accélérer la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH et au sida, en recherchant la responsabilité partagée dans l'atteinte des importants résultats attendus.

En effet, d'importantes options stratégiques sont prises pour intensifier nos efforts :

- l'accessibilité aux services des populations, selon le principe d'équité et dans le respect de la distribution géographique de l'épidémie au Sénégal, ainsi que de la cartographie de la vulnérabilité;
- l'engagement du Gouvernement, depuis 2013, dans une politique de Couverture Maladie Universelle ;
- l'élargissement de la couverture des interventions à haut impact relatives à la prévention combinée, à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à la prise en charge globale et au soutien, en considération des dernières recommandations de l'OMS ;
- l'Intégration et l'optimisation des interventions prenant en compte les comorbidités VIH/TB/Hépatites, le vieillissement de la file active des PVVIH, ainsi que la Santé de la Reproduction;
- la prise en compte de la dimension genre et du respect des droits humains.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, poursuivra son appui au Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida dans son rôle de coordination, de plaidoyer, de suivi-évaluation et de mobilisation des ressources. En outre, des efforts importants seront consentis pour le renforcement du secteur de la santé et de l'action sociale afin d'atteindre les objectifs de l'Accès Universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien. Le caractère multisectoriel de la réponse nationale face au VIH, nécessite également le renforcement de la collaboration et du partenariat entre les différents secteurs ministériels, le secteur communautaire, le secteur privé et les collectivités locales.

Ma reconnaissance s'adresse aux personnels de santé et aux acteurs de la société civile, en particulier aux organisations et réseau de Personnes Vivant avec le VIH pour leur engagement et les résultats qu'ils nous ont permis d'atteindre. Je remercie également les partenaires techniques et financiers qui, par leur soutien constant, nous ont permis d'enregistrer d'importants acquis en termes de prévention et de soins.

J'invite toutes les parties prenantes nationales et les partenaires internationaux à renforcer leurs efforts pour contribuer efficacement à la mise en œuvre du Plan stratégique 2014 -2017.

Enfin qu'il me soit permis de réserver ma gratitude à Son Excellence Monsieur le Président de la République du Sénégal, ainsi qu'à son Premier Ministre, pour leur engagement permanent et leur soutien au développement du secteur de la santé.

Pr Awa Marie Coll Seck
Ministre de la Santé et de l'Action sociale

Remerciements

Remerciements

L'élaboration du Plan Stratégique National constitue une étape essentielle du cycle de planification et de mise en œuvre du programme nationale multisectoriel de lutte contre le VIH et le sida au Sénégal.

La démarche adoptée pour l'élaboration du Plan stratégique 2014 -2017, fondée sur une large concertation des acteurs et partenaires, concrétise la volonté politique des autorités sénégalaises de consolider les acquis et d'intensifier la riposte au VIH.

Permettez- moi d'exprimer ma profonde reconnaissance à tous les acteurs de la riposte au sida, tant du secteur public, du privé que de la société civile qui ont contribué à l'élaboration de ce Plan Stratégique National. Il constitue un outil pour le renforcement du partenariat pour l'efficacité. Il est destiné à être un document de plaidoyer, de mobilisation de ressources et de référence pour la coordination de la riposte nationale.

Mes remerciements s'adressent également à tous les partenaires techniques et financiers qui ont appuyé le Sénégal dans le processus de formulation de ce plan stratégique, tant techniquement que financièrement. Je remercie en particulier l'ONUSIDA pour son appui et son engagement dans le processus

Nous comptons sur l'engagement et l'implication de tous pour l'atteinte des résultats d'impact et d'effet du Plan Stratégique National 2014-2017.

Ensemble, œuvrons pour que notre vision d'un pays sans nouvelles infections, sans décès dû au Sida et sans stigmatisation, devienne réalité.

Dr Safiatou Thiam
Secrétaire Exécutive,
Conseil National de Lutte contre le Sida

L'approche de la planification axée sur les résultats adoptée durant son élaboration, a été initiée avec la participation de tous les acteurs et de tous les secteurs, tant à l'échelle centrale qu'au niveau décentralisé. Ce processus dynamique, inclusif et multisectoriel permettra de s'assurer de la responsabilisation des acteurs à tous les niveaux, vers la réalisation de résultats définis de manière consensuelle. L'adhésion des parties prenantes à cette approche a permis de construire les différents niveaux de résultats, leur hiérarchie, leur lien de causalité ainsi que les synergies nécessaires entre ces résultats. Elle a également contribué à établir les priorités en termes de régions prioritaires (Kolda, Sédhio, Ziguinchor, Kédougou et Tambacounda) et

d'investissement des ressources. Le cadre de résultats constitue le référentiel auquel tous les partenaires nationaux et partenaires au développement se référeront pour conjuguer leurs efforts dans la mise en œuvre.

Le résultat d'impact retenu est le suivant : « L'incidence du VIH baisse de 50% et ses impacts sur la personne, les familles et les communautés sont réduits ». Il se décline en trois résultats d'effets :

- effet 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% ;
- effet 2 : Au moins 80% des PVVIH suivies bénéficient d'une meilleure qualité de vie ;
- effet 3 : La gouvernance, la protection des droits humains, le leadership, la coordination et la mise en œuvre du PSN contre le VIH et le sida sont efficaces et efficientes.

Chaque résultat d'effet est décliné en sous-effets.

L'atteinte des deux premiers résultats d'effets entraînera l'élargissement de la couverture et l'amélioration de la qualité des programmes de prévention et de prise en charge, dans le cadre de l'application de l'approche « Test and Treat ». Le résultat d'effet 3, relatif à la gouvernance et la coordination de la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH/sida, sera réalisé à travers (i) une transparence dans l'allocation et la gestion des ressources disponibles, et (ii) une coordination nationale effective des activités menées par les acteurs, tout cela dans un environnement favorable à l'égalité des sexes et au respect des droits humains. L'atteinte des sept résultats de sous-effets entraînera l'alignement des partenaires à la riposte au VIH, dans le cadre multisectoriel et décentralisé.

L'opérationnalisation de ce PSN 2014-2017, dont le budget global est estimé à 75 752 000 650 CFA, sera assurée par l'élaboration et la mise en œuvre de plans annuels de mise en œuvre, consolidés des plans régionaux et des plans sectoriels. Toutes les parties prenantes seront impliquées : le secteur public, le secteur communautaire, le secteur privé et les partenaires techniques et financiers. Ces plans apporteront davantage de précisions sur la priorisation des actions, le ciblage des interventions, la couverture géographique, et la budgétisation des actions programmées.

Le suivi et l'évaluation des interventions de ce plan stratégique national 2014-2017 seront des activités phares pour apprécier les performances du programme, ainsi que la pertinence et l'efficacité des interventions.

Introduction

Après 30 ans de réponse à l'infection à VIH et au sida, l'ONUSIDA estime que le monde sort de l'urgence. Le sida est aujourd'hui considéré comme une maladie chronique. Selon le rapport 2013 de l'ONUSIDA, l'épidémie a reculé à travers le monde. En effet, en référence à la même source en 2012, 35,3 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. Ce chiffre, élevé par rapport aux années précédentes, semble être un paradoxe eu égard à la régression de la maladie. Cette situation découle du taux de survie élevé résultant de l'accroissement du nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale bénéficiant, de fait, d'une espérance de vie plus longue.

De toute évidence, les nouvelles infections ont baissé à l'échelle mondiale. En effet, en 2012, 2,3 millions de nouvelles infections à VIH ont été signalées, soit un recul de 33 % par rapport aux 3,4 millions de 2001. Les décès liés au sida enregistrent également une baisse, passant de 2,3 millions en 2005 à 1,6 millions en 2012. Malgré ces avancées remarquables vers la réalisation des engagements liés à l'élimination de la transmission et à l'accès universel d'ici 2015, 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.

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 et 2012. Malgré les efforts importants et les résultats obtenus, des défis persistent en termes aussi bien programmatique que financier. En effet, la réponse nationale dépend en grande partie des financements extérieurs.

Ainsi, afin de faire face à la diminution importante des financements internationaux pour la réponse au Sida, le Sénégal mise sur une “gestion axée sur des résultats” et met en œuvre le principe de “value for money”, pour accroître l’efficacité de la réponse. Le plan stratégique national s’aligne aux objectifs de développement nationaux et aux politiques sectorielles, en soutenant le renforcement des systèmes sociaux et de santé. Un changement d’approche et d’architecture dans la réponse est dès lors nécessaire, pour une meilleure prise en compte des nouveaux enjeux, dans une perspective à moyen et long terme, avec une attention particulière accordée à la préparation de l’agenda post 2015.

C'est dans ce contexte que le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) s'est engagé dans un processus de révision de son Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH 2011-2015. Cette adaptation à la période 2014-2017 permettra d'articuler le Plan Stratégique VIH à la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES), qui arrive à terme en 2017. Le Sénégal a opté pour un fort recentrage des interventions de sa riposte au sida et indique dans sa stratégie que les financements doivent être dépensés avec parcimonie, de manière plus efficiente, plus stratégique, pour plus d'impact. Le présent plan vise à instaurer une planification mettant en place des processus plus légers, moins coûteux, à renforcer la mise en œuvre et à dégager la vision de résultats probants obtenus avec des moyens raisonnables : « en faisant plus avec moins ». Il se base également sur un accroissement de la mobilisation des ressources internes et externes, une meilleure appropriation et une « redevabilité mutuelle ».



Processus d'élaboration du PSN

1.1 Coordination et acteurs du processus

Le processus, qui a démarré en 2013, s'est appuyé sur une orientation clef du Forum des partenaires : une approche la plus participative possible, en mesure de garantir un plus haut degré d'appropriation par tous les acteurs. En plus des secteurs ministériels, il s'est agi d'impliquer la société civile, de même que les représentants d'organisations de PVVIH, de femmes et de jeunes, de personnes handicapées, de populations clés et des Partenaires techniques et financiers.

Le Secrétariat Exécutif du CNLS a coordonné l'ensemble du processus d'élaboration du plan stratégique 2014 - 2017, de sa planification à sa validation, avec l'appui du Ministère de la Santé et des Partenaires techniques et financiers, en collaboration avec le secrétariat technique du CCM (Instance nationale de coordination du fond mondial).

1.2 Processus d'analyse de la situation et de la réponse

La première étape du processus est celle de la mobilisation de l'assistance technique, de la proposition d'une méthodologie et d'une feuille de route dont les étapes clefs sont :

- l'organisation des revues du plan stratégique 2011-2015 au niveau des 14 régions, a permis le partage des résultats de la mise en œuvre et l'analyse des indicateurs au niveau de chaque région ;
- la tenue de l'atelier de revue nationale, qui a conduit à une synthèse des résultats et un aperçu du niveau d'atteinte des indicateurs nationaux ;
- l'organisation du Forum National des Partenaires, conçu avec comme principal objectif, une réflexion approfondie sur la pérennisation institutionnelle et le financement de la riposte. Des orientations prioritaires du PSLS 2014-2017 et du cadre d'investissement ont été les produits de ce Forum ;
- la Réunion du Secrétariat Exécutif National (SEN) élargi, pour la proposition d'une feuille de route en vue de l'élaboration du PSN de troisième génération, « 2014-2017 » et des termes de références de la note conceptuelle, pour le nouveau modèle de financement du Fonds Mondial - Cette réunion a été l'occasion de partager les recommandations des consultants sur le cadre institutionnel ;
- la revue documentaire : Elle a rassemblé des informations relatives à la situation de l'épidémie, la réponse face au VIH et au sida et le contexte de l'épidémie - cette revue, étape fondamentale du processus de planification, a permis au plan stratégique de s'appuyer sur les réalités du pays, en se basant sur des études exhaustives et approfondies des partenaires et du CNLS.

1.3 Processus d'élaboration et de validation du PSNLS 2014 - 2017

La mise en place de groupes techniques de travail par composante stratégique et d'un comité de pilotage pour guider l'élaboration du Plan stratégique a constitué une étape phare du processus. A l'issue de la revue documentaire, les groupes de travail ont dégagé les grandes orientations du futur Plan stratégique national et formulé des recommandations pour sa mise en œuvre.

Les orientations du Plan stratégique national ont été présentées au comité multisectoriel de pilotage créé au sein du CNLS. Les avis et suggestions des membres de ce comité ont été régulièrement recueillis afin d'enrichir le projet de plan. Cette étape a permis aux membres du comité de pilotage de s'approprier le Plan stratégique national.

Pour la production de la première version du Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2014-2017, le comité de rédaction mis en place au SE/CNLS, a intégré au fur et à mesure les observations et les suggestions pertinentes.

Le « Dialogue pays », dans le cadre du processus de mobilisation du nouveau modèle de financement, a été capitalisé en utilisant les consultations avec les populations clés les plus exposées, la société civile et les PVVIH pour préciser les priorités, prendre en compte leurs préoccupations et affiner les stratégies.



2 Contexte socio-économique et sanitaire

2.1 Situation sociodémographique

La population du Sénégal est estimée à 12 873 601 habitants en 2013, avec une densité moyenne de 65 habitants au km². Cette moyenne cache une répartition inégale sur le territoire, avec un sous peuplement de la région Est. La région de Dakar qui représente 0,3% du territoire, abrite 23% de la population totale, avec une densité de population de 5 404 habitants au km².

La répartition par âge montre que la moitié de la population est âgée de moins de 18 ans. La population ayant moins de 15 ans représente 42,6% de la population totale, tandis que celle de moins de 25 ans 63,4%. La proportion des personnes âgées (65 ans et plus) est de 3,6%.

Pour la répartition selon le sexe, la différence numérique généralement observée entre les hommes et les femmes n'est plus très grande avec 99,7 hommes pour 100 femmes. Pour la tranche d'âge des 15-49 ans, les femmes représentent 51,4%, contre 48,6% pour les hommes.

La population urbaine représente 45% de la population globale (Rapport provisoire RGPHE, 2011), plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique Sub-saharienne.

L'accroissement moyen annuel estimé à 2,5% est caractéristique d'une fécondité encore élevée.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 57,5 ans (HDR UNDP 2005).

La population du Sénégal est en majorité musulmane (94%). Les chrétiens représentent 4% et les autres religions 2%.

Le Taux Brut de Scolarisation dans l'enseignement élémentaire en 2011 est de 93,9% ; ce taux passe à 53% dans l'enseignement Moyen et 21,7% dans l'enseignement secondaire. Selon le second document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP II), seuls 37,8% des adultes (15 ans et plus) ont la capacité de lire et écrire dans une langue quelconque. La population rurale sénégalaise reste à majorité analphabète, en effet moins d'une personne résidant en milieu rural sur quatre est alphabétisée. En outre, l'analphabétisme est beaucoup plus marqué chez les femmes (28,2%) que chez les hommes (49,1%).

Le Sénégal est organisé en 14 régions, 45 départements, 121 Arrondissements, soit un total de 180 circonscriptions administratives. Il compte 543 collectivités locales réparties comme en 113 Communes, 46 communes d'arrondissement, 370 communautés rurales en plus des 14 régions.

Tableau I : Formations sanitaires publiques sous la tutelle de ministères autres que celui de la santé

Autres Ministères	Type de structures
Ministère des Forces Armées	Trois Hôpitaux (Hôpital Principal de Dakar, Hôpital Militaire de Ouakam, Centre médical interarmées (Camp Lemonnier)
	13 Centres Médicaux de Garnison, 07 Postes médicaux militaires
Ministère de l'Education	Les inspections médicales des écoles
	Les infirmeries des collèges, lycées et universités
Ministère de l'Intérieur	1 centre médical (police, sapeurs-pompiers)
	28 infirmeries (Police Sapeurs-pompiers)
Ministère de la Justice	Un centre médical et 37 infirmeries
Ministère de l'Economie et des Finances	Un centre médical
Ministère en charge du Travail	Les centres de l'IPRES, Les services de santé des entreprises et Le service de santé des fonctionnaires
Ministère en charge de la Jeunesse	Les centres pour la promotion de la santé des adolescents
Ministère en charge de l'Environnement	Les infirmeries de parcs nationaux

Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Ce secteur privé dispose d'un hôpital, de 32 cliniques, 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises, 843 officines de pharmacie, 4 grossistes répartiteurs, 3 industries pharmaceutiques, 12 laboratoires privés d'analyses médicales dont 10 à Dakar et 10 Services d'Imagerie.

Au niveau communautaire, l'offre de santé est assurée par des ONG et des Associations spécialisées. Leur nombre n'est pas très élevé.

Les ressources humaines en santé sont caractérisées par un déficit important et qui concerne toutes les catégories professionnelles. En effet, selon les dernières données fournies par la carte sanitaire, le pays dispose de 624 médecins, 677 sages-femmes, 2 777 infirmiers. Le déficit en médecins, infirmiers et sages-femmes est respectivement de 171, 987 et 487. Ainsi, les ratios personnel/population sont : un médecin pour 18 615 habitants pour le secteur (norme OMS: 1 pour 10 000 habitants). Pour les sages-femmes, le ratio est de 1 Sage-femme pour 3 946 femmes en âge de reproduction (FAR) dans le secteur public (norme OMS: 1 pour 300 FAR), alors que pour les infirmiers il est d'un infirmier pour 4 183 habitants (Norme OMS: 1 pour 300 habitants). L'analyse du personnel de santé montre une mobilité et une inégalité. Cette inégalité se fait au détriment des zones rurales, éloignées et difficiles d'accès. A titre d'exemple, 88,1% des accouchements en milieu urbain se font en présence d'une sage-femme, alors qu'il est de 46,6% en milieu rural, il est respectivement de 26% et 27% dans les régions de Kolda et Tambacounda.

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est la centrale d'achat. Elle coordonne les activités liées à l'approvisionnement en médicaments, produits médico-chirurgicaux et réactifs

3

Profil épidémiologique

3.1 Prévalence de l'infection à VIH

L'analyse de la prévalence à travers différentes sources montre une épidémie de type concentré. En effet, la prévalence est basse dans la population générale et élevée chez les populations clés les plus exposées au risque du VIH : 18,5% au niveau des professionnelles du sexe (ENSC, 2010), 19,1 au niveau des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (Etude DLSI 2007).

3.1.1 Prévalence du VIH dans la population générale

La prévalence du VIH au Sénégal, toutes catégories de population confondues, est estimée à 0,5% en 2012, selon l'ONUSIDA et 0,7% selon l'EDS-MICS, en dépit de 2000 nouvelles infections qui sont survenues en 2012, parmi la population des adultes de 15 à 49 ans. Selon les résultats des estimations et projections, le Sénégal en 2012, compte 43 000 PVVIH dont 37 000 sont des adultes, parmi lesquels 65% sont des femmes.

Selon les résultats de l'EDS V, le taux de séroprévalence de 0,8% chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges qui est de 0,5%. En effet, on note au Sénégal une tendance à la baisse du ratio d'infection femme/homme, qui est passé de 2,25 en 2005 (EDS IV) à 1,6 en 2010 (EDS V). Dans les régions à forte prévalence, les taux de prévalence VIH sont les plus élevés chez les femmes.

Tableau 2 : Prévalence du VIH chez les femmes dans les régions les plus touchées entre 2005 et 2010

Prévalence du VIH chez les femmes		
Regions cibles	2005	2010
Kolda	2,80%	2,40%
Ziguinchor	3,40%	1,10%
Kédougou		2,50%
Sedhiou		2%
Fatick		1,80%
Tambacounda	0,30%	1,60%

Sources: EDS IV, 2005 et EDS-MICS, 2010-2011

Les différentes analyses ont montré que la vulnérabilité des femmes augmente notamment avec la mobilité et la situation matrimoniale. En effet, les femmes divorcées ou en séparation sont plus touchées, avec une prévalence de 4,6% contre 1,9% chez les célibataires ayant déjà eu une activité sexuelle. Les femmes mariées ont un taux de 0,8%. Parmi ces dernières, celles en union polygame sont plus infectées (1,1%) que celles des autres types d'union (0,7%).

Enfin, la présence d'une situation de handicap chez une femme la rend beaucoup plus vulnérable à l'infection : 1,35% et 3,3% de prévalence chez les femmes handicapées, respectivement en 2010 à Dakar et 2014 à Ziguinchor.

Les jeunes de 15-24 ans : Cette frange de la population a une prévalence moins élevée que dans la population générale avec 0,2%. Le pourcentage de jeunes femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans porteuses du VIH est cependant de 0,7% SS (0,25% / EDS)

- **Les jeunes** : La prévalence chez les jeunes est certes faible avec 0,2%, mais ces derniers sont pris en compte en raison de leur extrême vulnérabilité et du risque potentiellement élevé d'exposition aux IST et au VIH. Les jeunes filles restent plus exposées au VIH avec une prévalence de 0,6%. Les données relatives aux jeunes représentants des populations clés ne sont disponibles, mais les résultats recueillis du niveau opérationnel laissent entrevoir une progression de l'infection à VIH à leur niveau.
- **Les personnes handicapées** : La prévalence de l'infection par le VIH des personnes handicapées est

de 1,2% à Dakar en 2010¹ et 2,8% en 2014². Ces prévalences sont plus élevées que celles de la population générale à Dakar et à Ziguinchor.

- **Les personnes privées de liberté** : La prévalence est de 1,5% (ENSC, 2010). Elle correspond au double de la moyenne nationale, ce qui fait apparaître les personnes privées de libertés comme un groupe exposé au VIH.
- **Les camionneurs** : La prévalence du VIH chez les camionneurs a connu une baisse ; elle est passée de 1,4% en 2006 à 0,6% en 2010³.
- **Les pêcheurs** : La prévalence du VIH chez les pêcheurs de 0,5% est semblable à la moyenne nationale chez les hommes selon l'EDS-MICS de 2011. On note cependant une baisse de la prévalence entre 2006 (1%) et 2010 (0,8%) dans cette population, La tranche d'âge de 25 à 29 ans est la plus infectée (1,5%).
- **Les orpailleurs** : La prévalence de l'infection à VIH est de 1,3% (ENSC, 2010) avec 0,8% chez les hommes et 2,5% chez les femmes.
- **Les policiers, militaires, : etc...** Ce groupe se caractérise par son faible taux de prévalence qui a connu une baisse entre 2006 et 2010 (0,6% contre 0,2%). Ce niveau de prévalence chez les policiers est de loin inférieur à la moyenne nationale (0,7%, EDS-MICS de 2010-2011).

Les populations affectées et infectées par le VIH

Selon les dernières estimations de l'ONUSIDA⁴, 43 000 personnes vivent avec le VIH au Sénégal. On estime la population séropositive adulte (femmes de 15-49 ans et hommes de 15-59 ans) à environ 39 100 personnes (23 900 femmes et 15 200 hommes).

Selon le spectrum réalisé en 2013, le nombre d'OEVI est de 22 913.

3.2 Distribution des nouvelles infections

L'analyse de la dynamique de l'épidémie, se fonde sur la triangulation des données les plus récentes, permettant de mieux appréhender l'origine des nouvelles infections par le VIH au Sénégal. Ces dernières sont estimées au nombre de 2000 en 2012. On observe une baisse

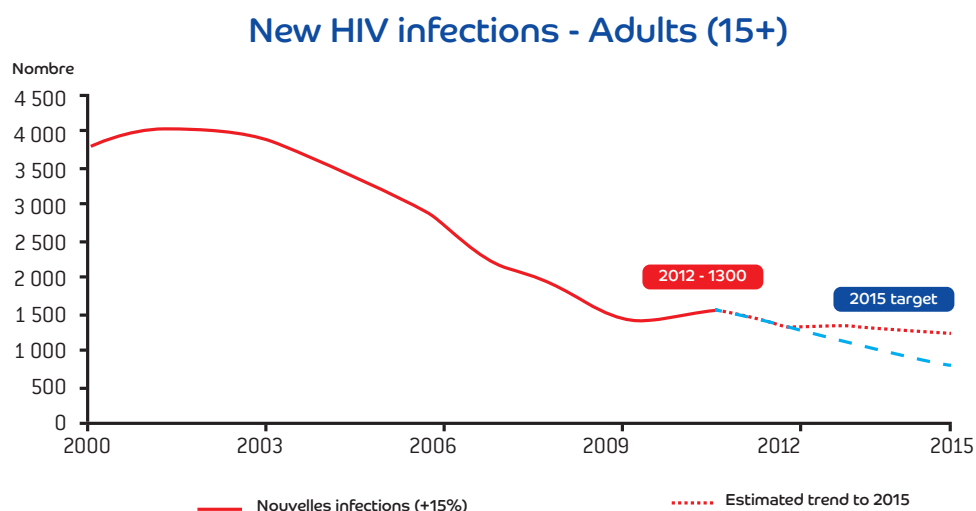
1- Rapport de l'enquête sur la « Vulnérabilité au VIH des personnes vivant avec une déficience : Cas de la région de Dakar » ; APAPS/RARS/HI 2011

2 - Résultats préliminaires de l'étude bio-comportementale sur la vulnérabilité des handicapés au VIH/sida dans la Région de Ziguinchor, HELITE/HI/SWAA 2014

3 - Rapport ENSC, 2010

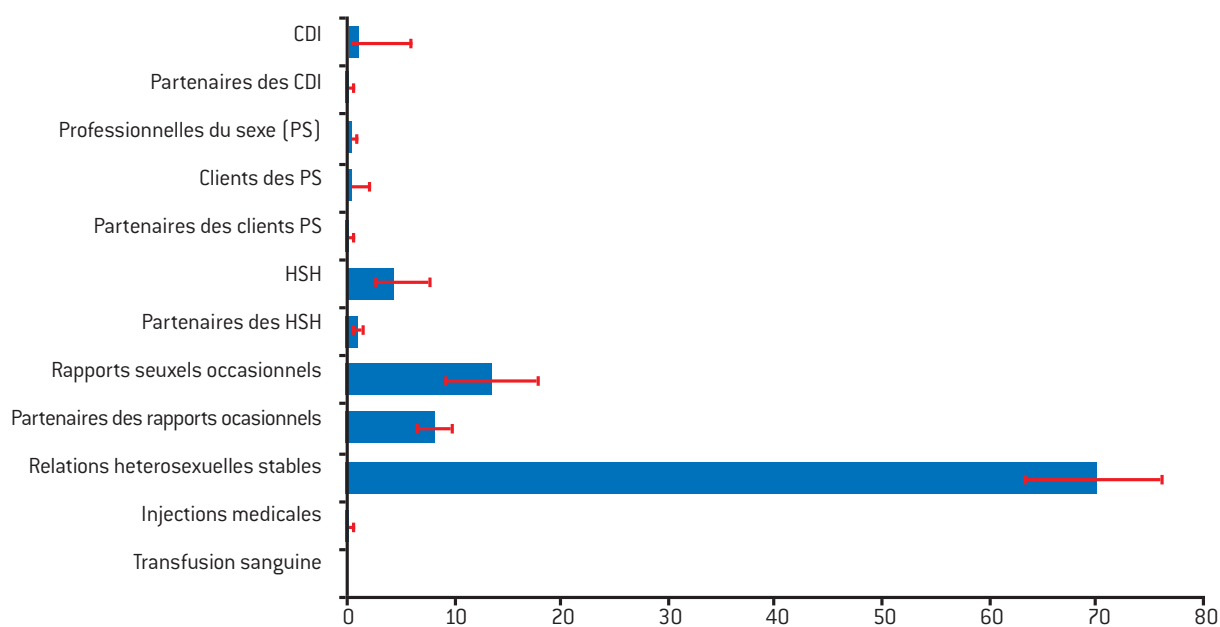
4 - Rapport Mondial 2013

régulière estimée à 58% du nombre des nouvelles infections depuis l'année 2001.



Graphique 1 : Estimation des Nouvelles infections chez les adultes de plus de 15 ans

Les résultats des études Mode of Transmission (MoT) de 2010 et 2012 montrent que les nouvelles infections surviennent principalement au sein des couples hétérosexuels dits stables. En 2013, 79,1% des nouvelles infections sont attribuables aux couples « stables ».



Graphique 2 : Distribution des nouvelles infections en 2012

Cette transmission dans les couples « stables » pourrait s'expliquer par des rapports sexuels occasionnels entretenus par des personnes ayant des partenaires réguliers stables. Chez les hommes, il peut s'agir d'un partenaire homosexuel ou hétérosexuel occasionnel.

3.3 Prévalence des IST

La prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes est de 1,9% [Bulletin épidémiologique 2009]. D'autres études ont montré une prévalence de la syphilis de 3,4 % chez les TS [ENSC 2010] et de 3% chez les HSH [ELIHoS 2013].

En 2013, sur les 77 949 cas d'IST notifiés, l'écoulement vaginal anormal représente 51 %, l'écoulement génital chez l'homme : 9% ; l'ulcération génitale chez l'homme : 1,4% ; l'ulcération génitale chez la femme : 5,5%. La douleur abdominale basse chez la femme et les autres IST font respectivement 31% et 2 % des cas [rapport GARP 2014].

3.4 Co-infection TB/VIH et autres co-morbidités

Selon le rapport mondial OMS 2012, l'incidence est estimée à 136 cas de tuberculose toutes formes confondues, par 100 000 habitants [112-162], avec un taux de détection des tuberculoses toutes formes confondues de 63% [53-77].

L'incidence de la coinfection VIH/TB est estimée à 14 pour 100 000 habitants, selon la même source. Le taux de séropositivité VIH chez les patients atteints de TB au Sénégal est de 10%.

Au Sénégal, les données épidémiologiques disponibles sur le VHB et le VHC sont exclusivement des données de prévalence. La prévalence de l'hépatite B est estimée entre 10 et 20 % dans la population adulte et plus de 85% ont déjà été en contact avec le VHB. La prévalence de l'hépatite C est inférieure à 1 % chez les donneurs de sang [3-5]. En plus des mêmes modes de transmission, le VHB, le VHC et le VIH partagent, une capacité à évoluer vers la chronicité, un traitement au long cours avec une morbidité et une mortalité importantes. La coinfection par ces virus est très envisageable chez certaines populations : consommateurs de drogues injectables, détenus, professionnelles du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, travailleurs hospitaliers [TH].

Les données de prévalence disponibles sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Prévalences VHB, VHC et VIH chez les populations clés au Sénégal

Populations	Prévalence VHB (%)	Prévalence VHC (%)	Prévalence VIH (%)
TH	17,89		
CDI	7,91	23,31	5,21
TS			18,511
HSH			21,812
Détenus	27,313		2,714

3.5 Analyse des facteurs de risque et de vulnérabilité

La faible connaissance du VIH et de ses moyens de prévention est un des facteurs les plus importants qui influencent les comportements à risque liés à l'infection à VIH. Aussi, l'âge précoce du premier rapport et les rapports non protégés avec un(e) partenaire irrégulier(e) sont identifiés comme facteurs de propagation du virus. Les résultats de l'EDS V révèlent que la connaissance des moyens d'éviter le VIH est positivement associée au niveau d'instruction et au degré d'urbanisation, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. La connaissance du Sida est élevée dans la population générale. Toutefois, de fausses croyances persistent encore.

- **Chez les jeunes**, 9,3% ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (4,9% chez les jeunes hommes et 10,7% chez les femmes). Cette proportion varie peu selon l'âge : de 8,7% des jeunes filles et garçons âgés de 15-19 ans, elle passe à 9,9% pour les jeunes filles et garçons groupe d'âge 20-24 ans (EDS V). Toujours selon l'EDS 5 : 6 % des femmes âgées de 25- 49 ans au moment de l'enquête étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans. Les résultats de l'enquête de surveillance comportementale combinée de 2010 ont montré une diminution des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels et une augmentation de l'utilisation du préservatif avec ces partenaires sexuels, allant de 43,3% chez les orpailleurs à 81,8% chez les élèves/étudiants. En matière de comportement sexuel, une différence est observée chez les 15-19 ans : 69% des hommes ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, contre 25% chez les jeunes filles du même âge (EDS 5). Les données relatives aux différentes catégories de jeunes (urbains, ruraux, scolarisés ou non, etc.) ne sont pas disponibles. Les échanges économique-sexuels dans le cadre de relations intergénérationnelles sont encore peu documentés.

- **Chez les personnes handicapées** qui représentent environ 15,5% de la population⁵, soit plus d'1million 931 mille personnes en 2014 au Sénégal, le risque d'infection au VIH se justifie par (i) un accès limité aux services d'information, d'éducation et de prévention du VIH; (ii) des comportements à risque (multi partenariat, relations sexuelles non protégées, faible utilisation du préservatif, pratiques homosexuelles, etc.). Les personnes handicapées, par ailleurs, connaissent un accès limité aux traitements, soins et services de soutien disponibles, une grande vulnérabilité face aux violences sexuelles, des connaissances et des capacités limitées des prestataires, à rendre leurs services inclusifs. Enfin, elles sont victimes de stigmatisation et de discrimination⁶.

- **Chez les Professionnelles du Sexe**, la proportion des PS officielles qui utilisent systématiquement le condom avec le client est beaucoup plus importante (97,5%) que celle des PS clandestines (82,1%). Les PS utilisent plus rarement le condom avec leurs partenaires non payants. Cette proportion était de 48,8% pour les PS officielles et 53,8% pour les PS clandestines en 2010, contre 46% pour les PS officielles et clandestines en 2006. Les données relatives aux PS clandestines, surtout en milieu jeune, restent parcellaires.

5 - Rapport Mondial sur le Handicap ; OMS/ Banque Mondiale, 2011

6 - Document cadre: Une programmation VIH/sida inclusive du handicap et intégrée aux services SR et VBG, Handicap International, Janvier 2012

- **Chez les Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes**, les comportements à risque ont significativement diminué. En effet, la proportion d'hommes qui a eu au moins un rapport pénétrant non protégé au cours du mois précédant l'enquête, est passée de 24% en 2004 à 9% en 2007 ; la proportion d'hommes qui a eu au moins un rapport réceptif non protégé est passée de 20% en 2004 à 10% en 2007 et la proportion d'hommes qui a eu au moins un rapport non protégé avec une femme est passée de 18% à 12%. Chez les jeunes HSH de moins de 20 ans, le multi partenariat a également fortement diminué : en effet 19,5% avaient déclaré avoir eu plus de 20 partenaires sexuels au cours de leur vie en 2004, contre 4,1% en 2007. L'enquête ELIHoS 2010 a révélé que les HSH déclarent être bisexuels à 72%, au cours des 12 mois avant l'enquête.

- **Chez les Consommateurs de drogues injectables**, l'analyse du comportement montre qu'ils ont une sexualité active et peu protégée. En effet, 80,4% ont eu des rapports sexuels durant les 12 derniers mois, 45,7% ont eu plusieurs partenaires sexuels, 53,5% ont déclaré n'avoir pas utilisé de préservatif, 70,6% n'ont jamais fait de test de dépistage du VIH et 26, 8% ont eu au moins un rapport sexuel contre de l'argent ou de la drogue dans leur vie.

3.6 Régions et zones de vulnérabilité

3.6.1 Régions

Selon l'EDS-MICS, la prévalence est plus élevée dans les régions de Kolda (2,4%), Kédougou (1,7%), Tambacounda (1,4%), Sédhiou (1,1%), Kaolack (1,1%), Ziguinchor (1%) et Fatick (1%).

Par ailleurs, un focus sur les régions du sud du Sénégal fait apparaître une situation préoccupante. En effet,

- **A Kédougou**, la prévalence est de 2,5% chez les femmes et 0,7% chez les hommes, soit un ratio de 3,57, le plus élevé du pays.
- **A Sédhiou**, érigé en région depuis 2009, les données de l'EDS-MICS montrent que la prévalence chez les femmes est de 2,2%. Les données séropositivité montrent que la plupart des cas positifs sont issues du département de Bounkiling qui se caractérise par une forte mobilité des populations.
- **A Ziguinchor**, le rapport de l'EDS V donne une prévalence de 1% dans la population de 15 à 49 ans et confirme la forte féminisation de l'épidémie, avec une prévalence de 2,4% chez les femmes. Le rapport 2010 de la surveillance sentinelle qui porte sur les femmes enceintes, indique un taux de prévalence de 3%. L'étude de 2009 de la distribution géographique du taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes de la région révèle 4,3% pour le milieu urbain et 3% pour le monde rural. Cette situation informe sur l'ampleur du phénomène du VIH dans la région de Ziguinchor.
- **A Kolda**, la prévalence est la plus élevée du Sénégal, avec 2,4% selon l'EDS V.

- la position géographique, avec des zones transfrontalières avec un ou plusieurs pays de la sous-région (Gambie, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Mali) et des zones enclavées (ex. Nord Sindia, Zone des palmiers, Narang, sud du département de Ziguinchor) ;
- la forte mobilité des populations, pour des raisons économiques et conflictuelles... ;
- l'importante concentration humaine notamment dans les zones carrefour, les loumas, les zones aurifères et les sites touristiques ;
- la pauvreté et les inégalités de genre marquées ;
- la prostitution clandestine croissante, avec des réseaux sexuels actifs, générateurs de diverses vulnérabilités.

Les progrès réalisés dans l'analyse de la dynamique de l'épidémie au Sénégal ont permis d'identifier un certain nombre de zones de vulnérabilité, qui offrent des conditions élevées d'exposition au VIH et qui sont à considérer dans le développement de stratégies de prévention et de réduction de la vulnérabilité :

Il s'agit des zones où sont localisés des complexes agro-industriels, des industries de la pêche, de la zone de production sucrière, des chantiers de bâtiments de travaux publics. Au niveau de ces pôles industriels, les périodes de glanage, de sarclage et de semailles attirent une population féminine à la recherche d'emploi. Certaines d'entre elles peuvent se livrer à des activités de prostitution (Entretien avec ENDA Santé & Sida 3 cité dans la cartographie de la vulnérabilité liée au VIH au Sénégal, 2005). Les zones aurifères avec plusieurs sites d'orpaillage de la région de Kédougou constituent un exemple de cette vulnérabilité, avec un brassage de populations de plusieurs horizons et l'attrait sur les professionnelles du sexe.

L'existence de ces pôles touristiques draine une population aux origines variées (travailleurs saisonniers, touristes, professionnelles du sexe). Les emplois disponibles sont souvent insuffisants et les acteurs peu qualifiés. Dans les zones de forte concentration touristique, ces populations très vulnérables sont souvent exposées à des comportements à risque, dans un contexte où l'usage du préservatif n'est pas généralisé. Les jeunes femmes au niveau d'instruction faible, sans revenus, ont des difficultés à négocier le port du préservatif lors des relations sexuelles à risque. Les rapports sexuels intergénérationnels sont une réalité : Ils existent aussi bien entre hommes plus âgés et plus aisés avec jeunes filles qu'entre femmes d'un âge mûr plus aisées avec des jeunes hommes.

Les carrefours de voyageurs tels que dans les zones transfrontalières, les gares, certains grands marchés hebdomadaires, sont fréquentés pour la plupart par de jeunes, hommes et femmes qui évoluent pour la majorité dans le secteur informel et

qui ont un niveau d'instruction peu élevé. La promiscuité favorise les rapprochements, des relations d'intimité, des liens dans lesquels se développent des transactions de toute nature, pouvant favoriser des comportements sexuels à risque.

- **Les interfaces urbaines/rurales**

Les facteurs aggravants sont liés à la grande différence de pouvoir d'achat qui existe en milieu urbain, au relâchement du contrôle et du lien social. En général, les PS recherchent les points de forte concentration démographique, comme les grandes villes où les opportunités de trouver des clients sont plus fréquentes ; ceci particulièrement dans les lieux où ces derniers sont financièrement aisés. Dakar constitue un creuset de flux migratoires intenses ; cette situation a entraîné une prolifération de bidonvilles, accentuant la pauvreté et la prostitution clandestine. L'exploitation sexuelle économique touche de plus en plus les jeunes filles et garçons.

D'autres aires de vulnérabilité sont à considérer :

- zones ayant un ratio homme-femme déséquilibré (villes, marchés, zones agro-industrielles, zones minières, zones maraichères, garnisons, prisons, ... etc.) ;
- zones d'arrêt / transit prolongés (autoroutes, frontières, ports, gares ferroviaires et routières, pâturages ... etc.) ;
- sites des travaux intensifs (gros chantiers de construction de buildings, infrastructures routières, aéroportuaires, etc.) ;
- zones de conflits (camps de déplacés, villages ayant un nombre relativement élevé de réfugiés, zones rurales ou péri urbaines proches des bases militaires ... etc.) ;
- lieux de jouissance (bars, boîtes de nuit, auberges, vidéo clubs, hôtels, rues « chaudes » ...) ;
- zones de forte affluence (plages et autres zones/ lieux d'attraction touristique, zones de pêche, zones industrielles, lieux de pèlerinage, marchés, carrefours, établissements scolaires et autres lieux de rassemblement des jeunes, mosquées, dahirats, lieux d'abattage ...)
- pôles de promiscuité/à forte concentration de jeunes (cités universitaires, internat, daaras ...)
- zones enclavées.

3.7 Impact de l'épidémie à VIH

Bien qu'il y ait peu d'études relatives à l'impact du sida au Sénégal, du fait notamment de la faible prévalence, les conséquences se font cependant ressentir à différents niveaux :

- Sur le plan individuel, l'impact est multidimensionnel, avec un plus fort retentissement au niveau des femmes et des enfants. L'infection à VIH devenant chronique, l'analyse de l'impact prend de plus en plus en compte l'âge et les effets des traitements. La stigmatisation et la discrimination demeurent très présentes, y compris dans les systèmes de soins (3%). 1,7% de la population enquêtée lors de l'Enquête Stigma Index 2013 dit avoir eu un refus d'accès au service de planification familiale. Ce pourcentage est relativement plus élevé dans la tranche d'âge 25-29 ans (2,6%) et surtout chez les populations mobiles et chez les HSH (9,1% et 2,2%).

- Sur les ménages, l'impact est multiforme et l'infection à VIH affecte notamment le niveau de revenus, l'alimentation, l'éducation dans les familles. En effet, les familles affectées par le sida tombent généralement dans la précarité et dans un cycle de vulnérabilité sociale et économique. Bien que le meilleur environnement pour les OEV au Sénégal reste le tissu familial, l'infection à VIH peut entraîner des situations de ruptures familiales. Les personnes infectées développent des stratégies de préservation du secret sur le statut sérologique par peur d'être stigmatisées et discriminées.
- Sur le plan démographique, l'impact se mesure à travers les décès liés au sida (estimé à 1900 en 2012) et le nombre d'orphelins (estimé à 11 158 en 2012).
- Sur le système de santé : L'infection à VIH/Sida affecte le système de santé. Les dépenses de santé pour les malades du Sida représentent une charge trop importante et sont surtout supportées par l'Etat et les partenaires.



Principales conclusions de l'analyse de la reponse

L'analyse de la réponse, qui a précédé l'élaboration de ce présent plan, montre aussi bien les progrès réalisés, les gaps programmatiques, que les défis liés aux interventions, à l'environnement de la réponse et au dispositif institutionnel.

4.1.1 Passage à l'échelle et intégration des services dans les structures de santé

- **Conseil et Dépistage Volontaire du VIH**

Le taux de couverture de la population générale en test VIH est passé de 1% en 2005 à 12,6% en 2010. En 2013, le nombre de personnes testées au VIH au niveau national est de 750 233 soit un taux de performance de 98,45 % de l'objectif annuel (762067), contre 91% en 2012. Parmi ces personnes, 76% sont des femmes et filles de plus de 15 ans.

Depuis 2013, tous les stocks de préservatifs passent par le circuit des médicaments essentiels et sont disponibles dans les régions, à travers le circuit de la pharmacie nationale d'approvisionnement.

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, et 95% des postes de santé offrent le paquet minimum.

- **Prise en charge des personnes vivant avec le VIH**

Les organisations de la société civile collaborent activement dans la réalisation des objectifs du plan stratégique et, en sus de l'offre de services, renforcent les capacités des leaders et des organisations de populations clés. Les leaders de populations clés participent davantage aux efforts de plaidoyer, visant la création d'un environnement plus favorable aux interventions qui leur sont destinés. Ils sont en outre membres d'instances nationales, et même régionales, de coordination, ce qui permet une meilleure prise en compte de leurs préoccupations.

Le leadership des PVVIH est davantage renforcé : le Réseau National des PVVIH a réalisé 5 études d'envergure nationale (index Stigma, GIPA, Droits humains, Santé sexuelle et de la reproduction et criminalisation) qui servent de base à des interventions plus ciblées. Toutes les 14 régions disposent en outre d'associations régionales de PVVIH, améliorant ainsi la visibilité du RNP+ et le passage à l'échelle des interventions. Les moyens logistiques de ce réseau ont également été renforcés.

Un cadre stratégique pour la réduction du stigma et de la discrimination des HSH, ainsi qu'une politique Genre et SIDA ont été élaborés. La loi sur le VIH a été vulgarisée dans les 14 régions du Sénégal et connaît un début d'application. Des sessions d'évaluation de cette loi ont été organisées dans certaines localités. Des lois portant sur les violences basées sur le genre et sur la santé de la reproduction existent et serviront de référent pour les actions visant à réduire la vulnérabilité de certaines catégories de population et à améliorer leur santé sexuelle et de la reproduction.

Un point focal VIH et Droits Humains a été désigné au niveau du Ministère de la Justice et plusieurs ministères sont dotés d'un Point Focal Genre.

- **Zones de vulnérabilité**

Avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et de l'USAID/FHI 360, des actions de convergence transfrontalière entre le Sénégal, la Gambie et la Guinée Bissau sont initiées.

Plusieurs régions du Sénégal (Thiès, Ziguinchor, Kédougou, Sédhiou et Kolda) sont impliquées dans la réalisation de cartographies participatives de vulnérabilité, destinées à un meilleur ciblage des interventions, une prise en compte graduelle des dynamiques évolutives de l'épidémie et une répartition spatiale des interventions plus équilibrée.

4.2 Lacunes, défis et contraintes

Malgré les nombreux progrès réalisés, des aspects clés de la réponse au VIH sont lacunaires et méritent d'être revus et renforcés.

4.2.1 Lacunes programmatiques

Conseil et Dépistage Volontaire du VIH

En partenariat avec les collectivités locales, les services de dépistage doivent être étendus, avec l'utilisation des tests rapides et la promotion du dépistage à l'initiative du CDIP, au niveau

Le suivi des personnes dépistées positives lors des stratégies avancées, ainsi que le renforcement du contrôle externe de la qualité des stratégies, mais également des tests au niveau national doivent permettre de mieux recentrer les objectifs. Aussi, s'agira-t-il de renforcer les activités de suivi-évaluation et de la qualité des services CDV. La capitalisation des données du secteur privé est un défi important à relever.

- **Qualité et pertinence des stratégies**

L'approche Droits Humains, l'intégration de la dimension genre dans la conception et la mise en œuvre des stratégies ne sont pas encore assez prises en compte. L'offre de services combinés de prévention et de prise en charge des populations clés doit être améliorée, par exemple par la mise en place d'un paquet de services prenant en compte les besoins sanitaires (y compris les besoins en santé sexuelle), juridiques, sociaux et économiques.

Enfin, les stratégies de communication pour les changements sociaux doivent être promues et multipliées afin de faire face à la persistance d'attitudes stigmatisantes en direction surtout des populations clés.

Un certain nombre de populations exposées au risque d'infection à VIH sont prises en compte de manière insuffisante par les interventions et l'objectif de passage à l'échelle des composantes de la réponse. Il s'agit notamment (i) des jeunes issus des populations clés, pour lesquels les programmes rencontrent notamment des obstacles liés à l'environnement social et réglementaire du pays, (ii) des PVVIH du troisième âge (cf. chronicité de la maladie), (iii) des femmes post ménopause (l'équité genre et la prise en compte de leurs besoins spécifiques sont insuffisantes), (iv) des couples hétérosexuels dits stables, (v) des personnes victimes de violences basées sur le genre, (vi) des populations mobiles dans les zones frontalières, (vii) des lesbiennes et des transgenres (peu de données sur ces groupes), (viii) des communautés en contexte humanitaire (cf. Conflits à Ziguinchor et dans la sous-région); (ix) des populations en contexte de vulnérabilité.

La prostitution masculine (y compris la prostitution masculino-juvénile, l'exploitation sexuelle des enfants dans la rue ou en milieu scolaire, la prostitution des HSH), les liens entre le trafic des personnes dans le cadre de la prostitution forcée et la transmission du VIH, les échanges économico-sexuels (lien mendicité/situation de handicap/activité sexuelle ou encore petit commerce/activité sexuelle) ne sont pas suffisamment documentés.

• Distribution de préservatifs

Le marketing social des préservatifs a jusqu'ici été assuré par Ademas avec le soutien de partenaires. La fin du programme Kfw de ADEMAs en décembre 2012 s'est accompagnée d'une diminution des financements alloués au marketing et à la distribution des préservatifs. Le budget alloué par l'USAID ne couvre pas tous les besoins, il se situe à moins de \$200,000 par an entre 2012 et 2015. ADEMAs ne disposera plus de financement au-delà de 2015.

• Intégration VIH/SR & PTME

Si au cours des dernières années, les rencontres relatives à l'intégration VIH et SR se sont multipliées, cette stratégie demeure un gap programmatique, notamment pour une efficacité du programme d'ETME. Les enjeux sont nombreux :

- renforcement de la couverture en CPN (précoces) surtout dans les régions les plus affectées;
- renforcement du dépistage des FAR par la proposition systématique du test à chaque contact, quel que soit le motif de la consultation ;
- passage à l'échelle du dépistage VIH du couple (IEC sur le dépistage du couple, renforcement de capacité en Counseling du couple, renforcement de l'implication des hommes...)
- augmentation des taux de couverture du dépistage des femmes enceintes (75%) et de mise sous traitement des femmes VIH+ (53%) ;
- décentralisation de la mise sous ARV des femmes enceintes séropositives au niveau des postes de santé (politique de délégation des tâches) et mise en place de stratégies de recherches de femmes perdues de vue ;
- dépistage sérologique de la syphilis chez la femme enceinte ;
- augmentation de la couverture du diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives;
- augmentation de la couverture de la prophylaxie chez les enfants de mère VIH+ (25,9%);

L'implication des sages-femmes et infirmiers dans la mise en œuvre de stratégies avancées et mobiles de dépistage, l'intégration effective de la prise en charge des IST dans les services de SR, de même que l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des PVVIH et des populations clés, constituent des chantiers majeurs pour la réussite des programmes VIH.

Prise en charge

Même si des progrès notables en matière d'accès universel et gratuit au traitement antirétroviral ont été notés, de nombreuses lacunes demeurent : disponibilité insuffisante des ARV de troisième ligne et des ARV pédiatriques, faible couverture nationale en CD4 et charge virale, politique de délégation de tâches faiblement mise en œuvre, nombre important de perdus de vue (en particulier au niveau des populations clés, très mobiles), faible couverture médico-sociale des groupes vulnérables dans certaines régions, absence de dispositif de suivi de l'émergence des résistances aux ARVs, difficultés dans la génération de données (cartographie des IO, évaluation de la qualité de la PEC, détermination des PDV, audit des décès sous ARV, analyse des facteurs associés à la résistance des ARV etc.), faible prise en compte des spécificités des PS, HSH et CDI vivant avec le VIH dans le dispositif de prise en charge.

Malgré des acquis certains (renforcement de capacités des prestataires, élaboration des référentiels de prise en charge, stratégies d'inclusions pour améliorer le dépistage, recherche active du VIH chez les malnutris et les enfants hospitalisés, rationalisation de protocoles thérapeutiques et disponibilité des combinaisons à dose fixe pour faciliter l'observance thérapeutique, mise en place de consultation de transition des adolescents VIH), la composante Prise en charge des enfants et adolescents peine à réaliser le double objectif de l'accès universel aux traitements (compte tenu de la faible couverture des besoins en traitements) et du passage à l'échelle. Les défis restent multiples : sous dépistage, difficultés d'annonce de statut positif, suivi des enfants sans répondant familial, gestion des résistances, spécificités dans la prise en charge des enfants et adolescents et coût des bilans pour des enfants de plus de 5 ans et des adolescents VIH.

La coinfection par le VIH et les virus de l'hépatite est très envisageable chez certaines populations : CDI, détenus, PS, HSH, travailleurs hospitaliers (TH). Au niveau des populations précitées, les seules données d'incidence qui existent sont celles du VIH chez les PS. Aucune directive nationale de prise en charge des hépatites n'existe, ni d'une intégration de ces comorbidités dans la surveillance épidémiologique et l'offre de services de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH.

- VIH et nutrition

Un lien inextricable existe entre le VIH/SIDA et la malnutrition. La malnutrition augmente le risque de transmission du VIH des mères aux nourrissons et la progression de l'infection du VIH. À son tour, l'infection du VIH aggrave la malnutrition car elle attaque le système immunitaire et se répercute sur l'apport, l'absorption et l'utilisation de nutriments. La malnutrition augmente également la fatigue et diminue l'activité physique et la productivité au travail des personnes souffrant du VIH/SIDA. Si des initiatives existent (menées principalement par les organisations de la société civile), cette composante de la prise en charge est insuffisamment développée.

Les déterminants de la vulnérabilité et la précarité des PVVIH et des populations dites clés ne font pas encore l'objet de programmes d'envergure. Si des initiatives ont été développées dans certaines régions (cf. Kaolack avec la mise en place de mutuelles de santé accessibles à ces groupes), des défis demeurent : respect des Droits humains, augmentation de la capacité des individus et de leurs familles à se prendre en charge (autonomisation, renforcement du pouvoir de décision), suppression d'obstacles socio-économiques qui freinent l'accès aux services. Le développement et le renforcement de systèmes intégrés de protection sociale, en particulier des enfants, dans un contexte de couverture maladie universelle, sont au cœur de l'efficacité et de la pérennisation de la riposte au VIH.

4.2.2 Défis et contraintes

Avec l'engagement de passer à l'échelle les stratégies de traitements et de soins pour l'atteinte des objectifs de l'initiative « Test and Treat », les principaux défis résident dans l'extension des services de dépistage, la disponibilité régulière et en quantité suffisante des intrants (ARV, médicaments pour les Infections opportunistes, les réactifs, les préservatifs masculins et féminins, lubrifiants...), la disponibilité et la continuité de services combinés de prévention et de prise en charge, le maintien de la qualité de l'offre de service (cf. contrôle externe de la qualité des stratégies), la mise en place des moyens de fonctionnement des services, le renforcement de capacités des ressources humaines, la régularité et la qualité de la supervision, ainsi que la rationalisation du système d'information et de gestion des données.

Les principaux obstacles à l'exécution des programmes au niveau des structures de santé sont engendrées par l'insuffisance de ressources, ainsi que l'absence d'un système d'information intégré, leur permettant l'information sur les performances des offres de services et fournissant des éléments pour une analyse croisée de l'adéquation entre offre de services, vulnérabilité et intervenants. Les principaux défis à l'engagement des structures de la société civile sont la faiblesse des ressources et des capacités, le manque de coordination interne à la société civile, le manque d'un cadre d'action et de collaboration définissant les rôles et responsabilités des acteurs dans le cadre de la réponse au VIH et permettant aux différents acteurs d'exprimer leurs attentes et de concrétiser les approches de collaboration.

La création d'un environnement propice dans lequel la réponse nationale au VIH et au sida est cohérente et efficace demeure un challenge dans l'atteinte de l'objectif des trois zéros.

Au plan institutionnel, les principaux défis sont :

- la mise en cohérence voire l'intégration du VIH avec les autres programmes de santé ;
- le renforcement en ressources humaines de qualité et leur répartition équitable au niveau décentralisé ;
- l'amélioration du système de suivi et d'évaluation ;
- le renforcement de la recherche (cartographies de vulnérabilité, recherche opérationnelle, estimation de la taille de populations clés au niveau national, évaluations d'impact des interventions, évaluation régulière des ressources et dépenses) ;
- une plus grande implication des collectivités locales dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions relatives au VIH, aux IST et aux comorbidités ;
- la mobilisation de ressources domestiques ;
- la pérennisation des structures de coordination institutionnelle et organisationnelle.



5

PLAN STRATEGIQUE

2014 - 2017

1. l'utilisation de l'évidence et les réalités de l'épidémie du VIH au Sénégal ;
2. l'approche cadre d'investissement ;
3. l'analyse des enjeux nationaux pour déterminer les changements à opérer afin de réduire la propagation de l'épidémie et d'atténuer son impact ;
4. la définition de résultats et d'indicateurs précis, réalistes et mesurables découlant de la mise en œuvre de stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité.

- Au Sénégal, 8 nouvelles infections sur 10 surviennent au sein des couples « stables ». Au sein de ce groupe, trois infections sur quatre affectent les personnes qui ont des comportements à haut risque (28%) et ainsi que leurs partenaires (46%).
- Sur l'ensemble des nouvelles infections, près de deux sur dix affecteront des personnes à faible risque (18,4%).
- 27,9% soit près de 3 des nouvelles infections sur 10 surviendront au sein des populations clés les plus exposées :
- les HSH et leurs partenaires féminines comptent pour une infection sur deux pour l'ensemble des populations clés soit respectivement 15% et 36% ;
- les PS, leurs clients masculins et les partenaires réguliers de ces derniers qui comptent pour 43% des nouvelles infections à haut risque.

Cette démarche a facilité la planification axée sur les résultats au bénéfice des individus et a guidé la sélection de stratégies et d'interventions prioritaires qui seront mises en œuvre auprès de ces populations, considérées comme prioritaires.

Afin de permettre à toutes les parties prenantes de s'associer à cette démarche de priorisation de façon inclusive, participative et transparente, les instances nationales ont été régulièrement utilisées et ou consultées (cf. Forum des partenaires, concertations avec les réseaux de PVVIH, les populations clés, « Dialogue pays » dans le cadre du processus de mobilisation du nouveau modèle de financement etc.)

L'approche Cadre d'Investissement pour une allocation budgétaire efficiente a facilité la négociation et a permis la réallocation budgétaire des subventions extérieures.

Priorités

- Renforcement des interventions ciblées sur les populations clés les plus exposées aux risques
- Passage à l'échelle et couverture des plans d'élimination de la TME dans toutes les régions
- Passage à l'échelle et couverture des Traitements ARV
- Approche « Test, Treat and Retain » selon un modèle pilote opérationnel et extension après évaluation
- Passage à l'échelle et couverture des interventions relatives à la communication pour changement de comportement et ayant un impact sur la Prévention de la transmission sexuelle (préservatifs, éducation ciblée, CDV)
- Intégration et optimisation des actions VIH/SR et VIH/comorbidités (TB, hépatites, diabète, autres maladies chroniques.)
- Prise en compte de la dimension genre, du respect des droits humains et de la vulnérabilité dans les zones transfrontalière
- Ciblage des zones les plus exposées et des populations en contexte de vulnérabilité
- Renforcements des systèmes, du leadership, de la bonne gouvernance et de la redevabilité

- Populations vivant dans les zones transfrontalières
- Forces de sécurité, routiers, migrants(es), pêcheurs, orpailleurs, détenus, populations dans les sites touristiques etc.
- Jeunes femmes et hommes de 15-24 ans
- Femmes de 15 - 49 ans
- Couples « stables » de la population générale
- Personnes handicapées

5.4 But et résultats d'impact

5.4.1 But

Le but du plan stratégique national est double : (i) réduire de moitié les nouvelles infections par le VIH (ii) réduire les décès et améliorer la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH.

5.4.2 Résultat d'impact

L'incidence du VIH baisse de 50%, ainsi que les décès liés au VIH et ses impacts sur la personne, les familles et les communautés sont réduits.

Résultats - effets

Résultat effet 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50%

- | | |
|----------------------------------|---|
| Résultat sous effet 1.1 : | Au moins 85% des populations clés plus exposées (PS, HSH, CDI) adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2017. |
| Résultat sous effet 1.2 : | Au moins 70% des populations en contexte de vulnérabilité adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017. |
| Résultat sous effet 1.3 : | Au moins 80% de la population âgée de 15 à 49 ans adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017. |
| Résultat sous effet 1.4 : | Au moins 60% de personnes atteintes d'IST et se présentant auprès des établissements sanitaires sont examinées et traitées de manière appropriée d'ici 2017. |
| Résultat sous effet 1.5 : | Au moins 30% de la population générale ont fait leur dépistage et connaissent leur statut sérologique au cours des 12 derniers mois d'ici 2017. |
| Résultat sous effet 1.6 : | La transmission sanguine du VIH, du VHC et VHB est réduite à zéro et les AES sont pris en charge sur toute l'étendue du pays. |
| Résultat sous effet 1.7 : | Au moins 90% des femmes enceintes séropositives reçoivent le paquet de services pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici 2017. |
| Résultat sous effet 1.8 : | Au moins 80% des survivant(e)s de violences sexuelles reçu(e)s dans les structures de santé bénéficient de la prophylaxie post exposition d'ici 2017. |

Résultat sous effet 2.1 :	Au moins 85% des PVVIH enfants et adultes suivies bénéficient d'une prise en charge médicale globale de qualité d'ici 2017.
Résultat sous effet 2.2 :	Au moins 85% de nouveaux cas de tuberculose déclarés liés au VIH bénéficient à la fois d'un traitement contre la tuberculose et contre le VIH d'ici 2017.
Résultat sous effet 2.3 :	Au moins 85% de PVVIH bénéficient d'un soutien psychosocial d'ici 2017.
Résultat sous effet 2.4 :	Au moins 85% d'OEVI bénéficient d'un soutien psychosocial d'ici 2017.

Résultat sous effet 3.1 :	Les obstacles liés au respect des droits humains et à l'équilibre de genre sont réduits.
Résultat sous effet 3.2 :	Le système communautaire est renforcé pour apporter une contribution efficace à la riposte nationale.
Résultat sous effet 3.3 :	Le système de SE est performant et permet ainsi l'utilisation des informations stratégiques.
Résultat sous effet 3.4 :	La riposte nationale multisectorielle est coordonnée et mise en œuvre efficacement au niveau central et décentralisé.
Résultat sous effet 3.5 :	Le système de suivi financier est performant.
Résultat sous effet 3.6 :	L'investissement des ressources financières est efficient pour la qualité et la pérennisation des services.
Résultat sous effet 3.7 :	Le système de gestion des approvisionnements et des stocks est efficace.

```
graph TD; A[RESULTAT IMPACT] --> B[Resultat effet 1]; A --> C[Resultat effet 2]; A --> D[Resultat effet 3];
```

RESULTAT IMPACT

L'incidence du VIH baisse de 50% et ses impacts sur la personne, les familles et les communautés sont réduits.

Resultat effet 1

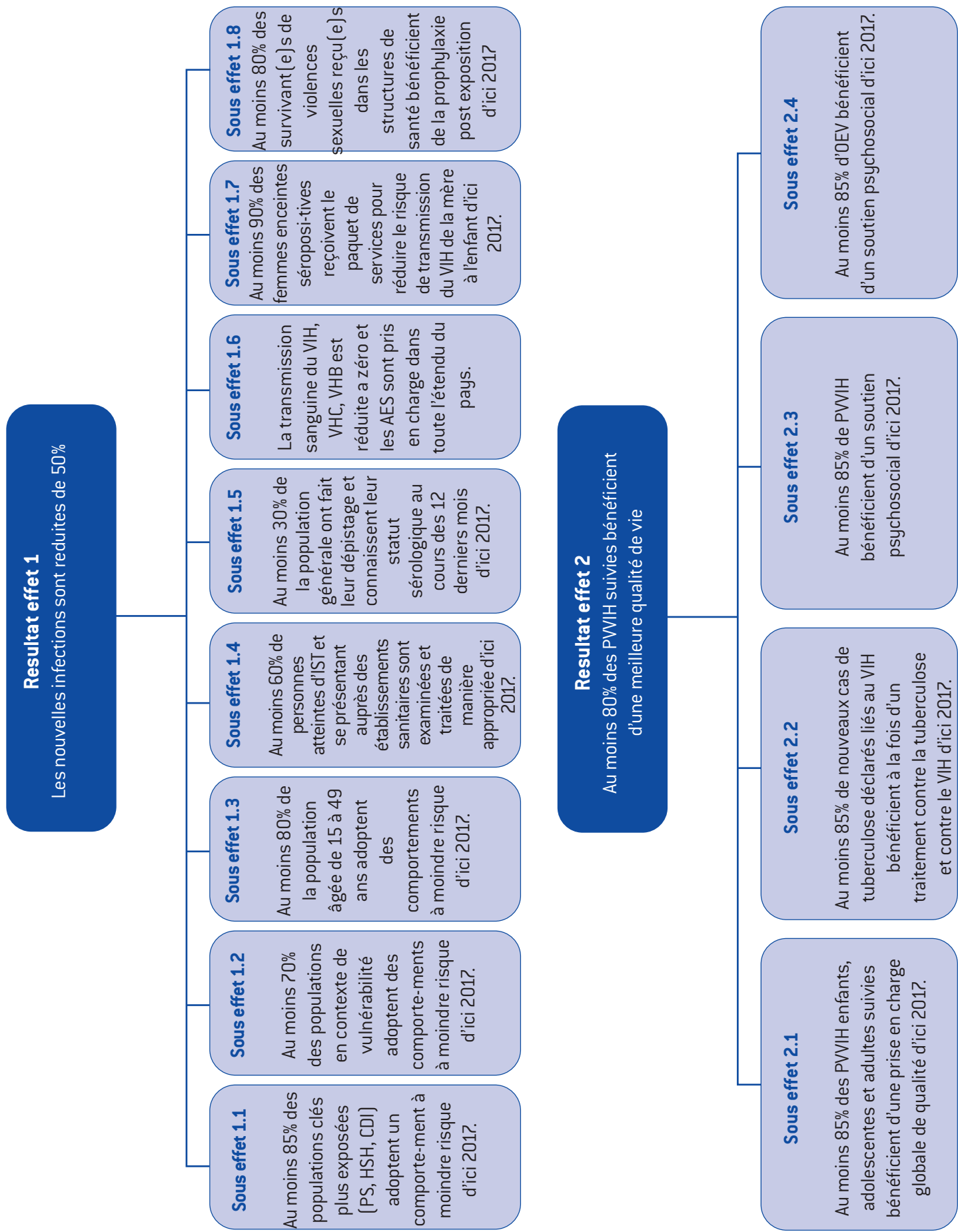
L'incidence du VIH baisse de 50%, ainsi que les décès liés au VIH et ses impacts sur la personne, les familles et les communautés sont réduits.

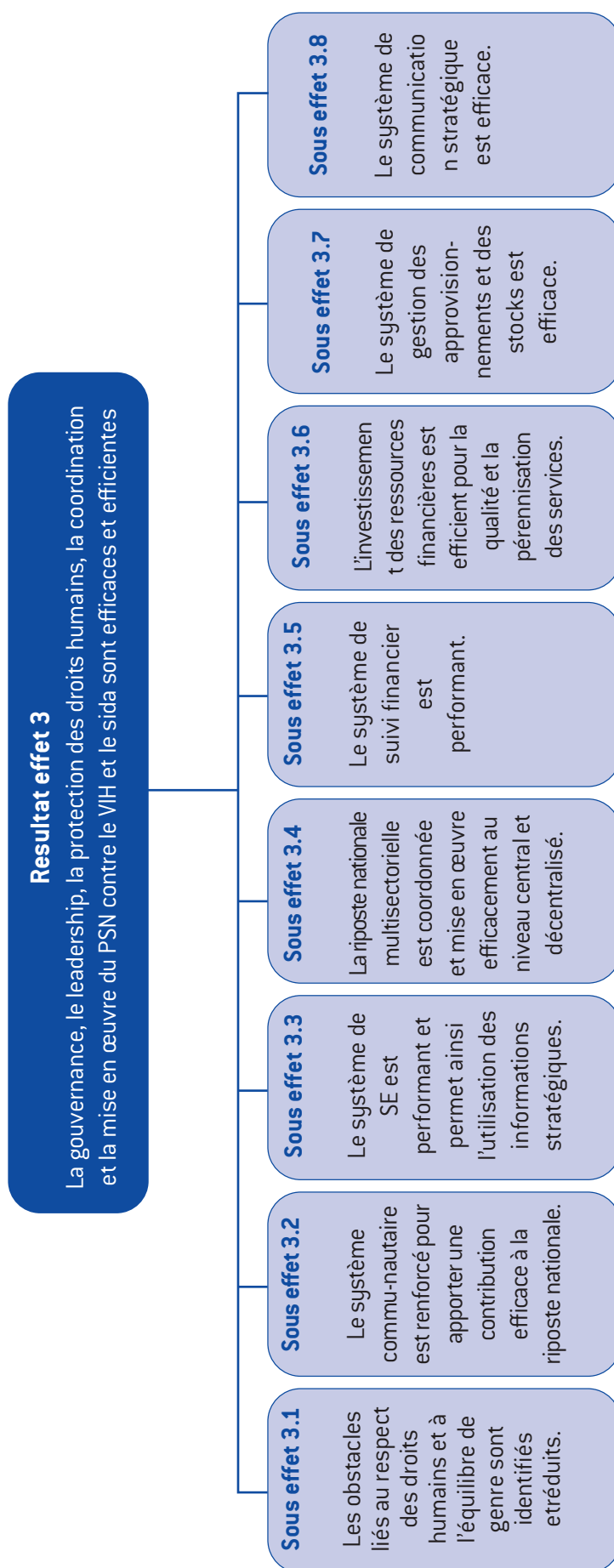
Resultat effet 2

Au moins 80% des PVVIH suivies bénéficient d'une meilleure qualité de vie

Resultat effet 3

La gouvernance, le leadership, la protection des droits humains, la coordination et la mise en œuvre du PSN contre le VIH et le sida sont efficaces et efficientes





Stratégies

- Résultat sous effet 1.3 :** Au moins 80% de la population âgée de 15 à 49 ans adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017.

Stratégies

- Information et communication ciblées en direction des couples pour encourager la communication en couple sur les questions du VIH, la résolution de problèmes et les techniques de négociation de sexe entre les conjoints
- Passage à l'échelle du counselling et dépistage en direction du couple
- Inclusion des couples/partenaires comme groupes cibles, dans les campagnes de

- promotion du préservatif, pour favoriser la double-protection
- Stratégie TasP au sein des couples séro-différents
- Stratégie de communication à travers les médias, avec une adaptation des messages ainsi qu'une forte implication des religieux avec l'approche basée sur la foi
- Sensibilisation, prévention et prise en charge du VIH dans les services de santé pour les femmes dans la tranche d'âge 45 - 49 ans et les femmes post ménopause (prévalence du VIH plus élevée chez les femmes, soit 2,4% contre 1,2% pour les hommes dans la même tranche d'âge)

Résultat sous effet 1.4 : Au moins 60% de personnes atteintes d'IST et se présentant auprès des établissements sanitaires sont examinées et traitées de manière appropriée d'ici 2017.

L'approche syndromique de prise en charge des IST est renforcée pour la population générale dans toutes les structures de santé publique, parapublique. Le dépistage sérologique de la syphilis est intégré dans le bilan de la CPN chez les femmes enceintes. Des services de prise en charge des IST/VIH chez les HSH et les PS sont intégrés dans les services de santé en plus de l'existence de médecins référents au niveau des régions. Les CDI bénéficient d'une prise en charge des IST dans le cadre de la stratégie de Réduction des risques. Toutes ces stratégies seront accompagnées par un approvisionnement régulier en médicaments, réactifs et produits médicaux spécifiques aux populations clés.

Stratégies

- Renforcement de la prise en charge syndromique des IST qui utilise des algorithmes nationaux standardisés à travers le renforcement des capacités des prestataires des structures de santé publiques, parapubliques et privées
- Renforcement de la prise en charge des IST chez les populations clés les plus exposées (PS, HSH, CDI) par l'approvisionnement régulier en réactifs pour le diagnostic des IST et en médicaments, pour le traitement des IST qui serviront de motivation pour augmenter la fréquentation des sites de prise en charge pour ces populations cachées
- Promotion de la stratégie « tester et traiter » dans la prise en charge des populations clés
- Dépistage sérologique de la syphilis chez toute femme enceinte, lors des consultations prénatales (CPN), (cf. engagement du pays pour la lutte contre la syphilis néo-natale)
- Renforcement des capacités diagnostiques des laboratoires des centres de référence (en équipements et réactifs)
- Renforcement de l'implication des organisations communautaires dans la référence et la contre référence des cas d'IST
- Implications des organisations communautaires pour un passage à l'échelle des stratégies de Marketing social des préservatifs masculins et féminins
- Renforcement des services de santé pour des soins adaptés aux besoins sexospécifiques des handicapés

Le Conseil et Dépistage Volontaire du VIH dans le contexte du Sénégal est une approche à visée préventive d'abord. En effet c'est une occasion privilégiée de fournir, en plus du test VIH, des informations sur le VIH et ses modes de transmissions, d'évaluer avec la personne son risque personnel vis à vis du VIH surtout s'il est négatif, de lui permettre d'avoir un plan pour réduire son risque vis à vis du VIH. La connaissance du statut sérologique parmi la population générale est un facteur important de la réduction de la transmission des nouvelles infections à VIH. Elle constitue en outre une porte d'entrée importante pour la prise en charge avec la stratégie Test and Treat qui sera mise en œuvre dans les 5 régions prioritaires.

Stratégies

- Dépistage des populations clés (PS, HSH et CDI) et des populations en contexte de vulnérabilité en stratégie fixe et ou en stratégie mobile
- Campagnes nationales de dépistage, des stratégies avancées avec une concentration d'activités dans les régions les plus affectées
- Promotion du dépistage du couple, y compris dans les services prénataux
- Renforcement des capacités des services de dépistage volontaire et des prestataires de services et dépistage à l'initiative du prestataire
- Décentralisation des tests VIH au niveau des postes de santé et mise en œuvre du Test, à l'initiative du prestataire
- Approvisionnement régulier en réactifs et consommables pour les services de CDV

Résultat sous effet 1.6 : La transmission sanguine du VIH, VHC, VHB est réduite à zéro et les AES sont pris en charge dans toute l'étendue du pays.

Au Sénégal, aucun cas de transmission du VIH par le biais de la transfusion sanguine n'a jamais été documenté dans les banques de sang. L'innocuité transfusionnelle est assurée depuis la mise en place du programme national de lutte contre le sida. Cet acquis sera renforcé.

Stratégies

- Innocuité transfusionnelle
- 100% des poches de sang sont testées pour l'innocuité transfusionnelle au VIH et VHB et VHC d'ici 2017
- 100% des formations sanitaires (hôpitaux, Banques de Sang et Centres de santé) assurent des précautions standard pour l'innocuité transfusionnelle et pour la prévention des accidents avec exposition au sang d'ici 2017
- Approvisionnement régulier en réactifs (VIH/Syphilis/VHB/VHC), consommables et poches de sang du Centre National de transfusion sanguine et des 18 banques de sang du pays
- Mise en œuvre régulière de la supervision et du contrôle de qualité pour atteindre une couverture de 100% de poches sang soumis à un dépistage de qualité selon les normes
- Prévention et la prise en charge de l'exposition accidentelle ou sexuelle au VIH

Le Gouvernement du Sénégal s'est engagé à renforcer ses stratégies de lutte contre la violence basée sur le genre, à travers un plan opérationnel pour la prévention de la violence et la prise en charge des victimes de violences. En lien avec la riposte au VIH, un des objectifs serait de réduire les cas d'infection au VIH découlant de violences sexuelles. A cet effet, la stratégie repose sur la généralisation de l'accessibilité aux services de prophylaxie post-exposition (PPE).

- Disponibilité de l'offre de services de PPE dans les 14 régions du pays (mise à disposition des kits PPE dans toutes les structures sanitaires concernées, formation du personnel sanitaire à tous les niveaux ; délégation de tâches au niveau rural)
- Promotion de l'accès aux services de PPE à tous
- Offre de services gratuits de PPE aux filles et garçons, femmes, hommes
- Sensibilisation et formation des communautés sur toute forme de violences, avec l'implication des hommes et selon une approche famille
- Développement d'une communication pour la promotion de l'offre de services de PPE
- Formation des agents communautaires y inclus les bajénu gox, les relais communautaires les Para juristes, les points focaux genre, etc. pour effectuer une sensibilisation sur la VBG à travers des causeries au niveau communautaire et des visites à domiciles, en vue de faciliter un recours à la justice et aux soins
- Prise en charge psychologique des acteurs et prestataires des soins
- Inclusion dans le curricula des enseignants
- Mise en place d'un cadre de concertation VIH-Genre-VBG, soutenu financièrement et techniquement, pour les jeunes en milieu universitaire afin de les aider à mener des interventions à travers la stratégie éducation par les pairs
- Mise en place d'un programme de mentorat des équipes du sport (foot, basket, natation, etc.) qui ciblent les garçons au lycée et les jeunes hommes à l'université. Formation des coaches et autres hommes impliqués avec les associations sportives sur la question de l'éducation sexuelle y inclus le VIH, PPE, les VBG, la communication de respect et non-violente et les techniques de mentorat
- Sensibilisation sur la violence basée sur le genre y inclus les services PPE afin d'augmenter la fréquence des recours aux services de PPE et de changer les normes sur l'acceptation de la violence basée sur le sexe parmi les élèves et étudiants
- Renforcement des capacités de la Gendarmerie et des autres agents de la force public en matière de prise en compte des viols, avec des formations sur les méthodes d'entretien des adultes et des enfants - mise en relation de la Gendarmerie et des services de Prophylaxie Post-Exposition
- Renforcement du programme de plaidoyer, de sensibilisation et de formation sur le VIH et les VBG des Forces de défense, de proximité (armée, policiers, gendarmes, gardes pénitentiaires) et sécurité déployée sur les théâtres d'opération
- Mise en œuvre des forces des méthodes d'apprentissage participatif à base communautaire

- impliquant les hommes et les femmes afin de créer des relations plus équitables pour les genres et de réduire la violence sexuelle (ex. Pas-à-Pas/ « Stepping Stones »)
- Renforcement des campagnes publiques contre les VBG afin de favoriser une conscience citoyenne considérant les violences comme étant inacceptables et qui lutte contre les normes néfastes à la lutte contre le VIH (en relation avec structures communautaires)
 - Formation et implication des religieux dans les cas de violence conjugale afin de les sensibiliser sur les conséquences négatives et rendre inacceptable la violence conjugale
 - Sensibilisation des marabouts et des chefs religieux sur la question « genre, VBG et VIH » envers les talibés (garçons et adolescents, étudiants comme disciples)
 - Education des familles à la Communication non violente
 - Plaidoyer pour l'application des résolutions 1325, 1820 et 1983 dans les mécanismes de lutte contre les violences sexuelles surtout en zone de conflit
 - Développement et mise en œuvre de programmes VBG pour les zones de conflit et post-conflit en collaboration avec les partenaires
 - Renforcement du processus d'harmonisation du droit interne aux instruments internationaux (révision des lois)
 - Renforcement des fonds d'appui à l'assistance des victimes et facilitation de leur accès
 - Sensibilisation des familles qui vivent avec une personne handicapée sur les droits des hommes, le VIH, la VBG, les fausses croyances sur les handicapé-es et les spécificités de la situation d'handicap



Stratégies

- Mise en place d'un système de prise en charge TB/VIH permettra globalement d'améliorer le diagnostic précoce et le traitement de la tuberculose chez les patients VIH, la proposition du dépistage VIH chez les tuberculeux, la mise sous ARV précoce chez au moins 80% des cas de coinfections, la prophylaxie à l'INH chez les PVVIH nouvellement recrutés et indemnes de tuberculose
- Mise en œuvre des interventions visant à alléger la charge de la tuberculose chez les PVVIH telle que le dépistage de la tuberculose chez tous les nourrissons, enfants et adultes porteurs du VIH
- Information de tous les patients porteurs du VIH ainsi que des personnes qui soignent des nourrissons et des enfants séropositifs - ces informations porteront sur le risque de contracter la tuberculose, les moyens de réduire l'exposition, les manifestations cliniques de la maladie, les risques de contagion et, le cas échéant, le traitement préventif et la surveillance de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH
- Proposition systématique du test VIH pour tous les tuberculeux et la mise systématique sous traitement préventif au cotrimoxazole de tous les patients tuberculeux dépistés positifs au VIH ainsi que leur référence systématique vers les structures de prise en charge ;
- Rapprochement des services, du personnel formé à tous les niveaux, des outils diagnostics disponibles, des médicaments nécessaires en quantité suffisante et des directives standardisées

Résultat effet 2.3 : Au moins 85% de PVVIH bénéficient d'un soutien psychosocial d'ici 2017.

Le résultat global attendu des interventions de prise en charge communautaire est d'améliorer la qualité de l'accompagnement du soutien et de la prévention positive des PVVIH, des familles et des OEV, par le développement de programmes ciblés sur les personnes adultes et enfants les plus vulnérables.

Stratégies

- Mise en œuvre des interventions communautaires d'accompagnement et de soutien aux PVVIH à travers la contractualisation ;
- Mise en place de système de partenariat avec les structures de Prise en charge (Centre de santé, Hôpital, CTA, UTA, Centre de dépistage, etc.)
- Approche de prévention positive chez les PVVIH
- Soutien aux associations et réseaux de PVVIH

Résultat effet 2.4 : Au moins 85% des OEV bénéficient d'un soutien psychosocial d'ici 2017.

Stratégies

- Mise en œuvre des interventions communautaires d'accompagnement et de soutien aux OEV à travers la contractualisation avec des ONG spécialisées, des associations de PVVIH
- Mise en place de système de partenariat avec les structures de Prise en charge (Centre de santé, Hôpital pédiatrique, structures de prise en charge des parents etc.)
- Définition et mise en œuvre d'une politique de prise en charge des OEV à travers le Ministère de la famille ;

- Résultat effet 3 : La gouvernance, le leadership, la protection des droits humains, la coordination et la mise en œuvre du PSN contre le VIH et le sida sont efficaces et efficientes.**

Un environnement éthique, socio-économique et politique favorable aux respects des Droits Humains devra être promu. Conformément aux Déclarations d'Engagement de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH de 2001, 2006 et 2011 à New York, le Gouvernement du Sénégal s'est engagé à éliminer les barrières juridiques et réglementaires qui, entre autres, bloquent l'accès à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien efficaces contre le VIH en prenant en compte la dimension socio-culturelle et religieuse. Le Gouvernement par le plan stratégique VIH s'engage également à promouvoir un environnement favorable pour l'accès équitable aux services de prévention et de soins aux PVVIH et aux populations clés plus exposées aux risques (PS, HSH et CDI) en éliminant toutes les discriminations à l'encontre de ces cibles.

Le paquet de services pour la protection et le respect des droits humains s'articulera autour de diverses interventions de lutte contre toutes les formes de discrimination et de stigmatisation, à l'endroit des PVIH et des groupes les plus exposés.

- Renforcement du dispositif d'assistance psychosociale et juridique au profit des populations vulnérables et des populations clés, y compris les survivant-e-s de violences basées sur le genre – recours aux services juridiques
- Diffusion et suivi de l'application de la loi VIH
- Plaidoyer pour le renforcement de l'harmonisation des Accords internationaux signés par le Sénégal avec la législation nationale, afin de renforcer la gouvernance de la riposte (ex. le Protocole de Maputo : mariage précoce augmente la vulnérabilité au VIH des jeunes filles)
- Renforcement du comité de veille et de ses groupes techniques
- Promotion des politiques de lutte contre la stigmatisation et la discrimination au niveau national, sectoriel et en milieu de travail
- Renforcement du leadership national et local, et mise en œuvre d'activités de plaidoyer pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH et des populations clés et la création d'un environnement favorable aux interventions
- Promotion d'un environnement favorable au respect des droits humains des femmes et des catégories de la population les plus vulnérables à l'infection VIH

- Promotion des droits humains des populations clés les plus exposées au VIH
- Implication des personnes atteintes et des populations clés dans la définition des politiques de prévention et de prise en charge globale
- Prise en compte des facteurs socio culturels, économiques et politiques rendant certaines populations plus vulnérables que d'autres à l'infection VIH, dans toutes les stratégies de prévention et de soins
- Mise à l'échelle et médiatisation des programmes de formation pour la réduction de l'inégalité des sexes en collaboration avec les leaders religieux, leaders traditionnels, les enseignants, leaders d'opinions et les autres leaders
- Mise en application des méthodes d'apprentissage participatif à base communautaire impliquant les hommes et les femmes afin de créer des relations plus équitables pour les genres et diminuer la violence (ex. Causerie communautaire « Stepping Stones »)
- Mise en œuvre de programmes surtout ceux concernant les femmes et les jeunes par des activités de plaidoyer de leadership au plus haut niveau, menés par le Président de la République, la Première Dame ou le Premier ministre
- Renforcement des capacités de réponse au VIH des principaux secteurs de développement en dehors du secteur santé
- Renforcement de l'accès des femmes en milieu urbain et en milieu rural, à des crédits et financements de montants significatifs et de l'accompagnement économique des entreprises mises en place avec ces fonds

Résultat sous effet 3.2 : Le système communautaire est renforcé pour apporter une contribution efficace à la riposte nationale

Il s'agira de consolider les acquis de la société civile et des communautés par la mise en œuvre d'Approche de Réponse à Base Communautaire (RBC), fondée sur les axes suivants :

- La communication sociale, pour une meilleure adhésion des autorités locales et leaders communautaires dans la lutte
- L'offre de services intégrés à base communautaires (SIBCOM) : VIH, Paludisme, Tuberculose, Santé de la mère et de l'Enfant et Droits Humains
- Le renforcement des capacités institutionnelles et Organisationnelles (RCIO) des associations et des réseaux de PVVIH, des associations de populations clés les plus exposées, des OCB, ONG et des réseaux impliqués dans la lutte contre le sida

Stratégies

• **Renforcement des capacités managériales des acteurs communautaires.**

Pour améliorer la contribution des organisations de la Société Civile, le plan prévoit le renforcement des capacités managériales des organisations communautaires. Aussi, les ONG et associations seront formées sur le développement de document de politique, pour les aspects programmatiques, pour la gestion et la bonne gouvernance. Les acteurs communautaires bénéficieront de formation sur le management associatif, la gestion, le suivi évaluation, la gestion axée sur les résultats, la gestion financière, la mobilisation de ressources etc. Ce paquet de renforcement sera articulé aux besoins et orientations du pays en matière de réponse efficace au VIH.

Il s'agit d'un cadre consultatif au sein des organisations de la société civile intervenant dans la réponse nationale au VIH, qui va permettre la mise en place d'un cadre unitaire inclusif démocratique et transparent. Cette instance devra permettre l'élaboration d'outils adaptés aux missions et rôles du cadre de concertation. Celui-ci sera à la fois un mécanisme de veille et d'alerte, un espace de mutualisation des ressources et un instrument de plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestiques et l'optimisation de la réponse nationale au VIH. La coordination de la réponse nationale à l'épidémie de VIH doit être efficace et efficiente à tous les niveaux pour garantir des résultats dans la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions. Les interventions prioritaires visent la pérennisation de la coordination en renforçant le leadership de l'Etat à prendre en charge cette coordination.

Résultat sous effet 3.3 : Le système de SE est performant et permet ainsi l'utilisation des informations stratégiques.

L'atteinte des objectifs ciblés dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le sida, en vue de l'atteinte de l'accès universel et des OMD repose sur un bon système de planification, de suivi et évaluation. Compte tenu de la place qu'occupent le Suivi et l'Evaluation dans la gestion de la riposte, le système sera régulièrement évalué et renforcé dans ses structures et dans son organisation.

Stratégies

- **Renforcement du système de planification et de suivi et d'évaluation.** Une auto évaluation sera organisée à intervalles régulières, pour permettre le renforcement des capacités afin d'assurer sa performance. Ainsi, les structures d'appui au système de Suivi et d'Evaluation seront-elles redynamisées par la dotation de moyens leur permettant d'assurer leur fonction
- **Renforcement du système de surveillance épidémiologique et comportementale du VIH et des IST.** Les interventions prioritaires concernent le renforcement des capacités organisationnelles des services impliqués dans la surveillance du VIH et des IST. Le renforcement du système informatisé d'analyse de données sur la réponse nationale au sida et le renforcement des capacités techniques du personnel des services chargés du suivi de la mise en œuvre des plans d'action pour la notification des cas (IST, sida et séropositivité, TB+VIH, décès etc.) sont capitalisés, de même que les acquis en matière de séro-surveillance sentinelle du VIH et des IST sont capitalisés. L'opérationnalité des sites sentinelles est assurée par l'appui en équipements, réactifs, consommables et outils de gestion. Les activités de surveillance bio-comportementale, du VIH (ESC, EDS, ENSC, PISR, SSG et autres) seront régulièrement réalisées pour suivre les indicateurs du programme. Au Sénégal, des études bio-comportementales seront régulièrement programmées, pour suivre la dynamique des nouvelles infections parmi les populations plus exposées aux risques HSH,PS, CDI ainsi que les populations en contexte de vulnérabilité.
- **Promotion et appui à la recherche opérationnelle.** Le plan prévoit de développer les capacités de recherche par l'innovation et le renforcement de capacités en méthodologie, y compris pour la collecte et la gestion de données désagrégées selon le sexe. Des études d'impact seront menées afin d'évaluer les systèmes, les interventions de prévention, de

prise en charge et de soutien et celles liées aux droits humains des PVVIH et des populations clés. En outre, des études nationales seront menées dans une perspective sexospécifique afin de mieux affiner les stratégies de prévention et de prise en charge en direction des populations clés, des personnes handicapées, des transgenres, des lesbiennes, des veuves et femmes divorcées, des acteurs évoluant dans la rue et d'autres personnes impliquées dans des échanges économico-sexuels et des relations intergénérationnelles. Les études sur les populations clés, notamment les PS (hommes et femmes) vont inclure entre autres les clandestines (prostitution forcée ou consentie, permanente ou occasionnelle, trafic de personnes) dans les écoles, universités, etc.

- Diffusion et utilisation des informations stratégiques. Des efforts considérables seront entrepris afin d'assurer une analyse pertinente des données fiables de la riposte. La traduction des données compilées en informations stratégiques permettra d'améliorer considérablement la prise de décision en vue d'un meilleur pilotage de la riposte.

Résultat effet 3.4 : La riposte nationale multisectorielle est coordonnée et mise en œuvre efficacement au niveau central et décentralisé.

Pour pérenniser la riposte au sida, le Sénégal doit développer sa capacité d'intervention à long terme, à travers la diversification et la mobilisation des ressources financières nationales, complémentaires aux ressources internationales. Une veille stratégique sera développée pour orienter les financements en fonction de la dynamique de l'épidémie, pour affecter, maintenir et gérer des ressources humaines compétentes, pour disposer d'infrastructures et de systèmes administratifs et financiers adéquats de la gestion des risques, pour s'assurer du soutien, de l'engagement et de l'implication de la communauté, enfin pour développer un partenariat technique et financier avec une conception propre du retour sur investissements. Tout cela ne sera possible qu'avec une coordination développée à tous les niveaux central, décentralisé, sectoriel et un plaidoyer continu et un leadership fort.

Stratégies

- Renforcement de la coordination au niveau décentralisé. Dans l'optique du renforcement d'une réponse locale pérenne, le processus d'élaboration et de mise en œuvre des plans régionaux intégrés multisectoriels (PRIM) sera développé en intégrant les plans locaux des collectivités locales (PLD). Les PRIM intégrés au PRDI offrent un cadre privilégié de partenariat pour capitaliser les acquis jusqu'ici engrangés par les acteurs communautaires (secteur public, société civile, secteur privé, collectivités locales) et pour garantir la mise en synergie des interventions en vue de les inscrire dans une perspective de pérennisation. Enfin les interventions prioritaires porteront sur le renforcement de l'implication des leaders religieux, communautaires, politiques et locaux dans la riposte au VIH, sur l'organisation d'activités de plaidoyer ciblées sur les décideurs à tous les niveaux, le renforcement des capacités techniques des leaders nationaux et locaux.
- Renforcement de la coordination National avec une instance de coordination pour assurer le leadership de la riposte au sida. Le Secrétariat exécutif du CNLS sera recentré dans ses activités de coordination telles que définies dans le cadre du « Three Ones ». Le SE/CNLS recentre ses interventions dans la coordination de l'élaboration, la révision et les revues des stratégies nationales. La Mise en place d'une instance de coordination multisectorielle,

- Renforcement du partenariat national et international dans le soutien aux interventions. Les interventions prioritaires consistent à rendre fonctionnel le forum des partenaires, à appuyer les réseaux nationaux pour le développement de partenariat, à aider à la mise en œuvre des PRIM et des plans d'action de la société civile, du secteur privé, et des religieux, de rendre fonctionnel le comité des partenaires et à assurer le plaidoyer de la pérennisation des financements et des interventions. Des fora et actions de partenariat seront organisés au niveau national, régional et international. Le nombre d'alliances stratégiques au niveau national, régional et international obtenu par ces interventions sera un indicateur du succès de ces stratégies.
- Renforcement des capacités de riposte des principaux secteurs de développement pour améliorer la qualité des services de prévention, de soins et de soutien aux PVVIH. Les stratégies de riposte au sida doivent avoir une place importante dans les documents de politique de l'Etat tel que le DPES, PNDS, SNDES. Les services de santé devront obtenir les ressources (humaines, matérielles, financières et les médicaments) nécessaires à la prise en charge correcte des PVVIH. Les secteurs de développement coordonnés par des ministères assurent le rôle régalien de l'Etat de protéger les populations et de leur fournir des services. Un appui sera apporté à chacun de ces secteurs pour mieux prendre en compte leurs avantages comparatifs et leurs spécificités.
- Renforcement des capacités de riposte en matière de genre des principaux acteurs par l'appropriation du document de Politique Nationale sur Genre et VIH et la Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre (SNEEG) pour informer le PSN et son Plan d'Opérationnalisation.

Afin d'accroître la performance et d'atteindre les résultats de la riposte, les stratégies du financement basé sur les résultats (achat de performances) seront proposées. Pour permettre à tous les acteurs de s'approprier ce concept un transfert de compétences sera organisé à cet effet. Pour garantir la mobilisation, l'efficacité et la transparence de la gestion des ressources financières de la stratégie nationale, les interventions se feront par le renforcement du système de gestion des ressources financières à tous les niveaux.

- Mise en œuvre d'un plan de mobilisation et de suivi des ressources ;
- Gestion financière selon les procédures nationales en vigueur ainsi que celles des partenaires;
- Suivi efficace des ressources financières mobilisées par le SE/CNLS doté d'une unité administrative et financière qui se charge de centraliser les données sur les ressources financières mobilisées, engagées pour tous les projets et programmes, quelle que soit la source de financement ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de pérennisation des interventions les plus efficaces ;

- Décentralisation de la gestion financière et de la mise en œuvre jusqu'au niveau local ;
 - Contrôle de l'utilisation efficiente des fonds, de la qualité et de la transparence de l'information financière sur la base de plusieurs mécanismes de suivi (reportages périodiques, supervision/encadrement des bénéficiaires, audits financiers internes et externes, etc.) Ce suivi concernera tous les partenaires techniques et financiers ;
 - Disponibilité d'une cartographie des risques ;
 - Opérationnalisation d'un plan de gestion des risques ;
 - Performance des services d'audit interne ;
 - Effectivité et régularité des études et recherche opérationnelle pour évaluer les résultats et faire la revue des dépenses (Exemple du REDES), ainsi que des analyses de coûts pour permettre des décisions éclairées pour des stratégies efficientes ;
 - Adaptation d'un mécanisme et d'outil de budgétisation et concertation de la riposte afin de permettre un suivi budgétaire exploitable en termes d'allocations et dépenses, liées aux interventions genre (budget basé sur les analyses sexospécifiques et les données désagrégées par sexe et âge) ;
 - Promotion du principe de redevabilité reposant sur l'obligation de rendre compte de l'exercice d'une responsabilité et le respect des engagements tenus par des réponses de qualité aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des acteurs de la réponse. Une analyse de la capacité du SE/CNLS à répondre à cette demande de redevabilité et à prendre en compte ce regard extérieur dans la conduite de son action est nécessaire. La réponse aux demandes de redevabilité du CNLS sera également multiforme, puisqu'elle combinera une nouvelle manière de produire l'information, de la diffuser, et de la mettre en débat. La démarche de redevabilité contribuera à donner une réponse de qualité aux demandes des personnes vivant avec le VIH et autres bénéficiaires en les plaçant au centre de la gouvernance des actions et activités du programme en leur direction.
- • Mise en place d'un système formel de redevabilité concernant les dépenses consacrées à combattre l'inégalité des sexes dans les interventions de la lutte contre le VIH/SIDA.

Résultat effet 3.6 : L'investissement des ressources financières est efficient pour la pérennisation des services.

L'approche de stratégie axée sur les résultats a été adoptée par les acteurs lors de l'élaboration du présent PSN 2013-2017. Cette approche a permis d'établir un cadre de résultats auquel tous les partenaires nationaux et les partenaires au développement se réfèrent, pour conjuguer leurs efforts dans la mise en œuvre. Aussi les financements mobilisés, selon l'approche du cadre d'investissement promu par l'ONUSIDA, seront-ils orientés vers les interventions à fort potentiel d'impact, les interventions qui répondent aux besoins essentiels des populations cibles et celles qui ont fait la preuve de leur efficacité. Les résultats seront évalués pour mesurer l'atteinte du changement au bénéfice des populations, conformément à la démarche de priorisation.

Résultat effet 3.7 : Le système de gestion des approvisionnements et des stocks est efficace.

De nombreux acquis ont été enregistrés dans la logistique des médicaments et autres produits VIH grâce à la collaboration entre la PNA, la Division Sida, le CHU de FANN et le CNLS. Cette collaboration devra se poursuivre et se renforcer autour du comité de gestion des médicaments et réactifs.

Stratégies

- Renforcement du partenariat pour la planification, la gestion et le suivi de la mise en œuvre des médicaments et produits médicaux avec une meilleure planification des appels d'offres en concertation avec tous les acteurs
- Renforcement des capacités de la PNA et des PRA pour améliorer les conditions de stockage des ARV et des réactifs
- Informatisation du système qui permettra d'assurer la traçabilité des médicaments ARV, IO, des réactifs et d'avoir une vision régulière sur les tableaux des comparateurs des médicaments et réactifs pour l'infection à VIH et le sida
- Poursuite et consolidation de la décentralisation des produits VIH au niveau des PRA par le renforcement des capacités en gestion de stocks des différents acteurs de la chaîne d'approvisionnement
- Pharmacovigilance des médicaments ARV et IO assurée par le Ministère de la Santé
- Contrôle systématique de la qualité et de la constance de qualité des médicaments et autres produits

Résultat effet 3.8 : Le système de communication stratégique efficace.

Stratégies

La communication institutionnelle va englober la mise en place de supports de communication et d'informations efficaces pour le programme à travers :

- La mise en œuvre d'activités de plaidoyer pour la réduction de la stigmatisation, la tolérance zéro des violences basées sur le genre, la création d'un environnement favorable mais aussi pour l'adhésion des populations au niveau de certains programmes (ABC, CDV, PTME, Prise en charge, droits humains etc.) - ces activités de plaidoyer vont être menées par les leaders d'opinion (guides religieux), les décideurs (parlementaires, les élus locaux et les acteurs du système judiciaire) sans oublier les acteurs communautaires (Bajenu Gox).
- La mise en œuvre de certains programmes, surtout ceux concernant les femmes et les jeunes pourrait être boostée par des activités de plaidoyer de haut leadership, menés par le Président de la République, la Première Dame ou le Premier ministre, Président du CNLS etc.
- Le renforcement de la communication institutionnelle avec mise à jour régulière du site web.
- La mise en place d'une plateforme de communication qui renseigne sur toutes les activités mises en œuvre, la publication de bulletins d'informations ; le développement d'un partenariat privé et public, la documentation et la diffusion des bonnes pratiques, la documentation des interventions ciblant les populations les plus exposées aux risques et les personnes vivant dans un contexte de haute vulnérabilité ; le partenariat avec les médias.





Le PSN constitue la référence pour tous les programmes qui seront mis en œuvre dans le cadre de la riposte au VIH. Sa mise en œuvre se fait dans un cadre organisationnel et institutionnel en pleine mutation :

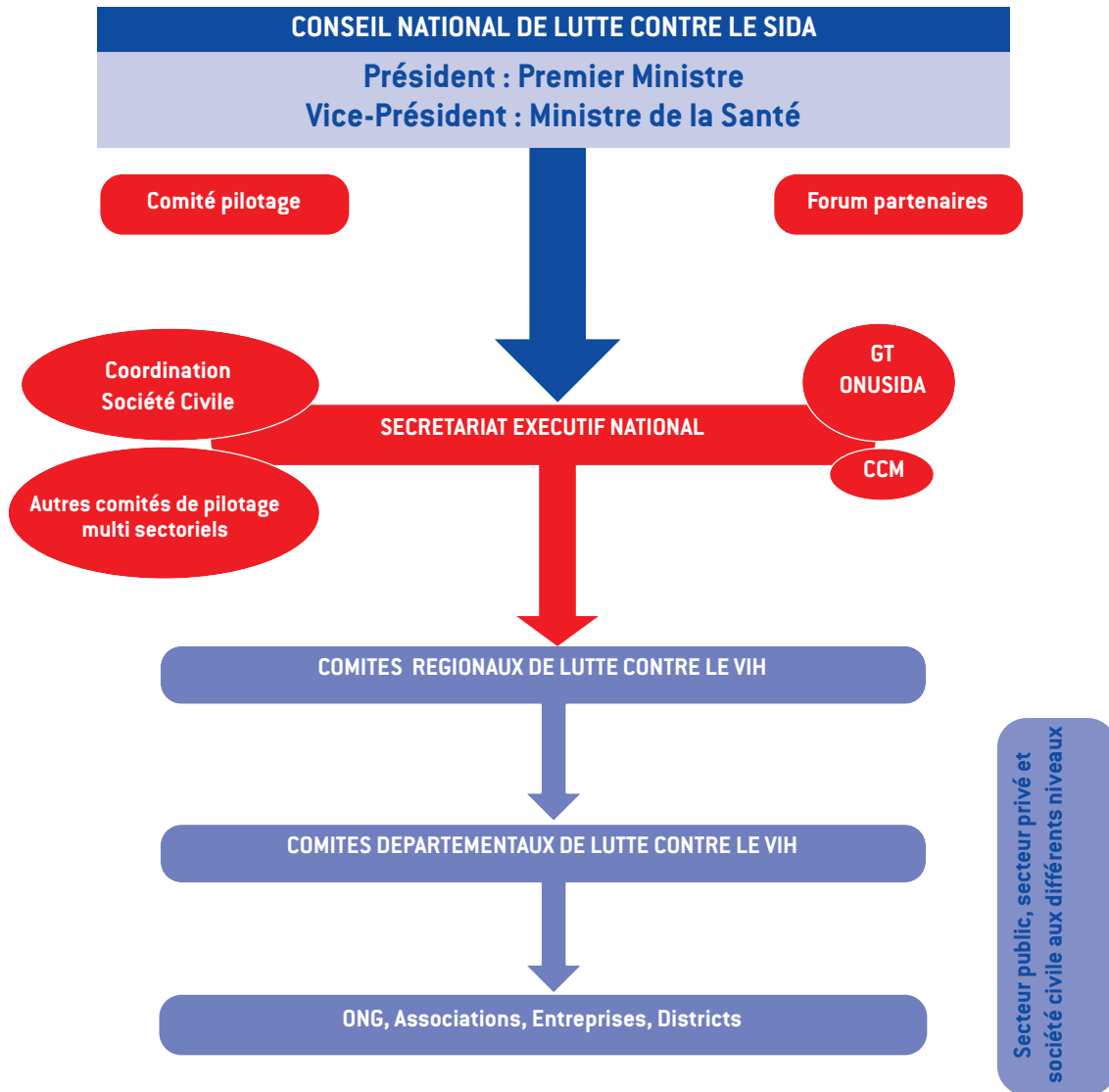
- renforcement des rôles de planification, de coordination, de plaidoyer et de mobilisation des ressources du Secrétariat Exécutif du CNLS et restructuration (changement de statut et réorganisation interne);
- renforcement du rôle et du leadership du Ministère de la Santé, au plan stratégique, comme opérationnel ;
- consolidation et responsabilisation accrue du niveau régional.

Les enjeux sont multiples : meilleure intégration des services liés à l'infection à VIH dans les structures de santé, meilleure prise en compte des déterminants contextuels de la propagation de l'infection à VIH, orientation plus ciblée des interventions des secteurs ministériels, mobilisation de ressources locales, rationalisation des ressources, pérennisation des acquis de la riposte, réalisation de la vision du PSN de mettre fin à l'épidémie du sida... L'atteinte des résultats de ce PSN de troisième génération dépend, pour une grande part, de la qualité de la gouvernance et de la gestion de la réponse, qui constituent des priorités pour les prochaines années. Cette gouvernance et cette gestion sont assurées par des instances aux différents niveaux de responsabilités que sont : i) la décision politique et l'orientation stratégique ; ii) la coordination et le suivi du plan et iii) la mise en œuvre du plan.

Le Conseil National de Lutte contre le Sida, politique décision et d'orientation stratégique, constitue l'instance de décision suprême de la Lutte contre le Sida au Sénégal. Il s'appuie sur un Comité de pilotage et le Forum des partenaires qui formulent des recommandations à l'intention du Conseil. Le Comité de pilotage est l'organe intermédiaire du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers mis en place pour assurer le suivi des décisions et les recommandations du Conseil National de Lutte contre le Sida. Le forum des partenaires est une instance consultative qui regroupe l'ensemble des acteurs nationaux, régionaux et les partenaires techniques et financiers de la Riposte au sida. Le CNLS a des liens fonctionnels avec l'équipe conjointe du Système des Nations Unies sur le sida qui est une instance de coordination de l'appui du système des Nations Unies à la Riposte nationale au sida et le CCM (Instance Nationale de Coordination du Fonds Mondial pour le VIH, la Tuberculose et le Paludisme) qui constitue une instance de suivi des projets du Fonds Mondial.

La coordination de l'élaboration et du suivi du Plan stratégique se fait aux différents niveaux suivants, avec des liens fonctionnels : (i) niveau national par le Secrétariat Exécutif du CNLS ; (ii) niveau sectoriel par le comité interne au niveau des Ministères, les instances de coordination des organisations de la société civile, le cadre de coordination du secteur privé ; (iii) niveau régional et départemental par le Comité technique Restreint mis en place au niveau de la région ou du département [CTRS].

Cadre Institutionnel de la riposte contre le sida



6.2 Modalités de mise en œuvre

Le Plan stratégique 2014 - 2017 sera mis en œuvre à travers des plans nationaux annuels multisectoriels qui seront la consolidation des plans régionaux et des plans sectoriels, suivant les priorités définies et selon l'approche axée sur les résultats, avec l'implication de toutes les parties prenantes. Ces plans annuels auront pour objectif de guider la mise en œuvre du PSN. Ils apporteront plus de précisions sur la priorisation des actions, le ciblage des interventions, la couverture géographique, et la budgétisation des actions programmées. L'élaboration des plans d'action se fera de manière ascendante (de la base au sommet) et selon une démarche participative.

Les plans d'action opérationnels sont élaborés de la base au sommet. Ainsi, chacun des niveaux périphérique, régional et national identifie les actions qu'il va mener, en se référant au PSN et en prenant en compte le contexte dans lequel les interventions vont se réaliser.

Les principaux acteurs et intervenants sont :



Suivi & évaluation du PSN 2014 - 2017

Au cours de la mise en œuvre du présent PSN, le suivi et l'évaluation constitueront la clé de voûte d'un "management basé sur les résultats », et permettront d'apprécier l'efficience et l'efficacité des différents plans d'action. Le système de suivi et d'évaluation permettra en effet d'apprécier la pertinence, l'efficience et l'efficacité des interventions, ainsi que le niveau d'atteinte des cibles et des résultats attendus du PSN. Il devra fournir régulièrement des informations pertinentes en temps réel qui permettront d'opérer si nécessaire, des changements indispensables, pour une utilisation optimale des ressources. De même, le suivi et l'évaluation permettront de documenter les meilleures pratiques en vue de leur dissémination.

Le suivi et l'évaluation de l'actuel PSN sera conduit au niveau national par l'Unité technique, au sein du Secrétariat Exécutif du CNLS, en charge de la planification et de la gestion de l'information stratégique. Cette unité sera notamment responsable de la coordination de l'information stratégique sur le VIH, des processus de planification stratégique, de la coordination de la mise en œuvre du plan de Suivi évaluation, de la coordination des revues nationales semestrielles et annuelles. Elle sera également chargée de l'appui aux revues sectorielles et régionales, de la coordination des études et recherche au plan national, de l'élaboration, du Suivi des rapports périodiques et du niveau d'atteinte des indicateurs et enfin de la mise en place d'un système d'information et de rétro information sur la réponse nationale.

Ce suivi/évaluation se fera de manière participative, avec le développement de partenariats avec les différents acteurs et programmes et l'animation d'un groupe technique qui appuiera le SEN dans l'examen des rapports envoyés par les acteurs et projets, la compilation des indicateurs nationaux, le contrôle et la supervision des ressources utilisées et l'exécution des interventions, la régularité des missions de supervision des plans sectoriels et régionaux, et la préparation des rapports nationaux. Le système de suivi évaluation s'appuiera également sur les acteurs de chaque niveau (district, départemental, régional et communautaire) qui jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation du système national de suivi et évaluation.

Le système de suivi/évaluation sera renforcé pour améliorer :

- l'audit des données pour assurer l'exactitude, la fiabilité, l'exhaustivité et la cohérence des informations recueillies;
- la sécurisation de la gestion des données afin de disposer notamment d'une banque de données fiables aux niveaux national et décentralisé ;
- la diversification des sources de données (données de routine des différentes composantes, surveillance épidémiologique, enquêtes, d'études, de recherches, d'évaluations et d'audits...) ;
- la transformation des données en informations stratégiques à des fins de gestion ;
- la supervision périodique du système de SE permettant l'identification de goulots d'étranglement et de contraintes à des différents niveaux du système ;
- la promotion de l'assurance qualité des interventions (contrôle de qualité des services offerts par les prestataires, contrôle de la bonne gouvernance de la riposte, contrôle relatif à la satisfaction des bénéficiaires) ;
- l'institutionnalisation du processus de revue annuelle du plan de mise en œuvre du PSN.

Cadre de financement du PSN

8

8.1 Analyse des financements de la riposte au sida

La riposte nationale contre le sida est financée à 80% sur des ressources extérieures. Cette dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure est une situation insoutenable et source d'instabilité. Les Comptes nationaux de la santé renseignent que plus des deux tiers du total des dépenses de santé sont financés par des ressources nationales, alors que les financements internationaux représentent les deux tiers des investissements dans la riposte au sida.

Aujourd'hui, la nouvelle vision des partenaires potentiels du secteur Santé de s'approprier les comportements de l'International Health Partnership (IHP+), du nouveau concept de la période post 2015 de « Global Health » ou One Health ainsi que la Signature du cadre de dépenses de la santé « Compact », comme cadre de financement du secteur Santé entre le ministère de l'économie et des finances, le ministère de la santé et les partenaires techniques et financiers.

On note par ailleurs, un risque de diminution des financements extérieurs liés à la faiblesse de charge de morbidité du VIH classant le Sénégal dans la série des pays peu prioritaires (pays peu affecté) dans les allocations indicatives du Fonds mondial.



Palais Présidentiel, République du Sénégal

8.2 Cadre de financement

Tableau 4 : Prévisions budgétaires par effet et sous-effet

Composantes	Prévisions
RESULTAT EFFET 1 : LES NOUVELLES INFECTIONS SONT REDUITES DE 50 %	28 890 290 070
Résultat sous effet 1.1 : Au moins 85% des populations clés plus exposées (PS, HSH, CDI) adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2017	3 425 600 787
Résultat sous effet 1.2 : Au moins 70 % des populations en contexte de vulnérabilité adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017	4 696 501 860
Résultat sous effet 1.3 : Au moins 80% de la population âgée de 15 à 49 ans adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017	8 358 395 598
Résultat sous effet 1.4 : Au moins 60% de personnes atteintes d'IST et se présentant auprès des établissements sanitaires sont examinées et traitées de manière appropriée	953 304 682
Résultat sous effet 1.6 : La transmission sanguine du VIH, VHC, VHB est réduite à zéro et les AES sont pris en charge dans toute l'étendue du pays	488 565 400
Résultat sous effet 1.5 : Au moins 30% de la population ont fait leur dépistage et connaissent leur sérologie VIH (% de femmes et d'hommes de 15-49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat passe de 12,6 % à 30 %)	5 898 619 638
Résultat effet 1.7 : Au moins 90% des femmes enceintes reçoivent le paquet de services pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant	5 069 302 104
RESULTAT EFFET 2 : LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH ET DES OEV EST AMELIOREE DE 50 %	23 740 993 379
Résultat sous effet 2.1 : Au moins 85% des PVVIH enfants et adultes suivies bénéficient d'une prise en charge médicale globale de qualité d'ici 2017	19 024 493 579
Résultat sous effet 2.2 : Au moins 85% de nouveaux cas de TB déclarés liés au VIH bénéficient à la fois d'un traitement contre la tuberculose et contre le VIH d'ici 2017	265 690 600
Résultat sous effet 2.3 : Au moins 85% de PVVIH bénéficient d'un soutien psychosocial d'ici 2017	3 334 809 200
Résultat sous effet 2.4 : Au moins 85% d'OEVI bénéficient d'un soutien psychosocial d'ici 2017	1 116 000 000
RESULTAT EFFET 3 : LA GOUVERNANCE, LE LEADERSHIP, LA COORDINATION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PSN CONTRE LE VIH ET LE SIDA SONT EFFICACES ET EFFICIENTES	23 120 717 202
Résultat sous effet 3.1 : Les obstacles liés aux droits humains et à l'équilibre de genre sont réduits	2 806 640 500
Résultat sous effet 3.2 : Le système communautaire est renforcé pour apporter une contribution efficace à la riposte nationale	3 339 972 000
Résultat sous effet 3.3 : le système de SE est performant et permet ainsi l'utilisation des informations stratégiques	7 459 292 936
Résultat sous effet 3.4 : La riposte nationale multisectorielle est coordonnée et mise en œuvre efficacement au niveau central et décentralisé	8 080 498 328
Résultat sous effet 3.7 : Le système de gestion des approvisionnements et des stocks est efficace	1 434 313 438
TOTAL GENERAL	75 752 000 650

Tableau 5 : Budget du Plan Stratégique 2014 - 2017 par Catégories en CFA

En Fcfa	2 014	2 015	2 016	2 017	Total	%
Ressources Humaines	1 929 854 303	2 069 654 303	2 069 654 303	2 069 654 303	8 138 817 213	10,74%
Assistance technique	78 800 000	117 300 000	93 300 000	88 300 000	377 700 000	0,50%
Formation	1 180 791 200	2 188 948 320	1 688 295 560	1 362 295 860	6 420 330 939	8,48%
Equipements et produits médicaux	2 953 862 860	4 895 932 118	3 954 070 090	3 080 125 597	14 883 990 665	19,65%
Médicaments	1 813 912 637	2 847 232 612	2 787 184 690	3 271 925 369	10 720 255 307	14,15%
Coût de gestion des approvisionnements et des stocks	343 061 246	409 356 680	397 665 371	420 284 303	1 570 367 599	2,07%
Infrastructures et autres équipements	106 900 000	520 420 000	223 250 000	0	850 570 000	1,12%
Matériel de communication	2 113 738 703	2 584 292 039	2 449 115 039	2 372 938 539	9 520 084 318	12,57%
Soin et Soutien aux PWIH et DEV	1 006 215 000	1 381 637 400	1 307 011 400	1 310 451 400	5 005 315 200	6,61%
Plaidoyer	296 453 560	364 835 060	432 180 660	370 014 180	1 463 483 460	1,93%
Planification et Administration	1 347 011 324	2 155 279 057	2 271 756 857	2 306 795 857	8 080 843 095	10,67%
Suivi-Evaluation	1 413 844 013	1 519 221 621	2 119 640 124	1 467 656 269	6 520 362 026	8,61%
Frais Fixes	545 020 207	563 620 207	545 620 207	545 620 207	2 199 880 828	2,90%
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Les domaines du programme recevant un soutien financier durant les 5 dernières années sont présentés dans le tableau ci-dessous et selon les interventions et partenaires techniques et financiers.

Tableau 6 : Résumé des DPS finances par les partenaires

Partenaires	Domaine de Prestation de service													
	Prevention				Prise en charge				Reduction impacts/ Environnement favorable				Suivi Evaluation	
	PTME	CCC Prevention ciblee	Condo ms	Securite transfusionnelle AES	Depistage	Traitement	Soins et soutien	OEV Genre	Droits humains	Leadership	Renforcement système communautaire	Surveillance	Etudes Recherche	Suivi Evaluation
ETAT	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X
FM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
USAID		X	X							X				
CDC												X		
DOD		X												
UNICEF	X													
UNFPA														
UNAIDS	X							X	X				X	X
UUNIFEEM								X						
OIM		X												
ARNS													X	
Esther		X				X	X	X						
Alliance Inter										X	X			

Les ressources précédentes, actuelles et provisionnelles issues des financements de l'Etat s'élèvent à 12 313 197 832 CFA.

Tableau 7 : Analyse des écarts financiers

(En Fcfa)	2 014	2 015	2 016	2 017	TOTAL 2014-2017	Pourcentage
Besoin du PSLS	15 129 465 051	21 617 729 415	20 338 744 301	18 666 061 883	75 752 000 650	100%
Ressources nationales	2 485 939 000	2 501 982 900	2 496 482 900	2 496 482 900	9 980 887 700	13,18%
Ressources externes	10 989 137 420	5 821 858 455	2 453 013 518	2 920 828 931	22 184 838 324	29,29%
Ressources de financements disponibles	13 475 076 420	8 323 841 355	4 949 496 418	5 417 311 831	32 165 726 024	42, 46%
Gap financier	1 654 388 631	13 293 888 060	15 389 247 883	13 248 750 052	43 586 274 626	57,54%

Le coût des besoins du plan stratégique sur l'horizon 2014-2017 est estimé à 75 752 000 650 FCFA. Les ressources disponibles issues des engagements de l'Etat et des financements externes se chiffrent à 32 165 726 024 FCFA soit 42,5 % des besoins. L'Etat contribue à hauteur de 13,2 % au plan stratégique tandis que la contribution des partenaires externes est évaluée à 29,3 %, soit près de 70 % des ressources globales disponibles. Une stratégie de mobilisation soutenue des ressources sera mise en œuvre pour le financement de l'écart financier de 57,5 % et l'atteinte des objectifs globaux du plan stratégique.

8.3 Stratégie pour la mobilisation de ressources

8.3.1 Objectifs de la mobilisation des ressources

- Augmenter et diversifier les sources et mécanismes de financement au niveau national et local
- Identifier, diversifier et exploiter les sources et mécanismes de financements durables et innovants
- Exploiter et élargir les sources et mécanismes de financements extérieurs.

8.3.2 Stratégies de mobilisation de ressources

L'analyse de l'environnement des ressources national et local montre qu'il existe des opportunités. La stratégie du Plan stratégique 2014-2017 vise entre autre à accrocher les partenaires potentiels fournisseurs de ressources.

Plusieurs étapes sont établies pour la mobilisation des ressources.

Etape 1 : Elaboration de la stratégie nationale et d'un plan opérationnel budgétisés ;

Etape 2 : Identification des partenaires fournisseurs potentiels de ressources selon un processus continu. Les sources de financements du Plan stratégique sont nombreuses :

- les fonds nationaux (Etat, Collectivités, secteur privé national, ménages) ;
- les fonds internationaux (Fonds mondial, Pefar, Union Européenne) ;
- les fonds gérés par le Système des Nations Unies ;
- les Fonds des partenaires bilatéraux fournisseurs de ressources (Pepfar, GIZ) ;
- les Institutions financières internationales (Banque mondiale, BAD, BID) ;
- le secteur privé national et international.

Etape 3 : Engagement des partenaires à soutenir la stratégie.

Etape 4 : Négociation entre le Pays et le Partenaire Financier qui devra aboutir un accord de partenariat.

Etape 5 : Mise en œuvre efficiente et production de rapport par la coordination nationale.

Etape 6 : Communication des résultats et mise en œuvre des mécanismes de redevabilité.

8.4 Pérennisation de la riposte

L'objectif de cette section est d'identifier les orientations pour la viabilité financière et les modèles de financements alternatifs qui accompagnent la pérennisation des performances de la riposte au Sida au Sénégal pour la période 2014-2017. La stratégie de mobilisation de ressources passe par :

- L'augmentation des financements domestiques pour des investissements durables avec l'Etat à travers le budget national
- L'implication des collectivités locales, des mutuelles et des comités de santé dans le cadre de la mobilisation des financements domestiques
- L'élaboration des plans d'action des secteurs impliqués dans la riposte à partir de la stratégie nationale et affectation des financements propres dans leur budget plaidoyer

- La pérennisation des financements et des interventions

Il est important d'établir un apport fiable d'argent vers un programme national, et du programme national vers ceux qui dispensent les services à la base

- Mobilisation et gestion opportune du financement gouvernemental et externe, surtout à long terme (prévisibilité)
- Alignement des budgets Etat, Collectivités et PTF
- Respect des engagements financiers (additivité)

8.6 Mécanisme de redevabilité

L'approche du PSN 2014 - 2017 à l'égard de la redevabilité envers les communautés, les personnes vivant avec le VIH en plus de la transparence des actions, de la participation, de la gouvernance, établira un cadre permettant de traitement et d'intégration des questions relatives aux interventions pour que les communautés puissent apprécier et contribuer à la qualité des actions en leur direction.

Les actions à entreprendre :

- Faire une étude de base de la redevabilité
- Préparer et partager les engagements de redevabilité
- Préparer diffuser une offre de redevabilité en direction des communautés et des personnes vivant avec le VIH
- Elaborer un cadre de redevabilité

Ces documents feront l'objet de formation pour le personnel de la coordination, les acteurs, les partenaires et des personnes vivant avec le VIH



ANNEXES

ANNEXE 1 : BUDGET DETAILLE DU PSMLS

ANNEXE 2 : ANALYSE DETAILLEE DE LA REPONSE

ANNEXE 3 : CADRE DES RESULTATS

ANNEXE 1 : BUDGET DETAILLE DU PSMLS

Composantes	Prévisions
RESULTAT EFFET 1 : LES NOUVELLES INFECTIONS SONT REDUITES DE 50 %	28 890 290 070
Résultat sous effet 1.1 : Au moins 85% des populations clés plus exposées (PS, HSH, CDI) adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2017	3 425 600 787
1.1.1 85% des PS bénéficient de stratégies combinées de prévention et de prise en charge du VIH et des IST	1 935 791 200
1.1.2 85% des HSH bénéficient de stratégies combinées de prévention et de prise en charge du VIH et des IST	787 512 268
1.1.3 90 % des CDI cibles bénéficient de stratégie combinée de prévention et de prise en charge du VIH et des IST	702 297 319
Résultat sous effet 1.6 : La transmission sanguine du VIH, VHC, VHB est réduite à zéro et les AES sont pris en charge dans toute l'étendu du pays	488 565 400
Résultat sous effet 1.2 : Au moins 70 % des populations en contexte de vulnérabilité adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017	23 740 993 379
1.2.1. 50% des nouvelles infections sont réduites chez les jeunes	1 702 786 360
1.2.2. 50% des nouvelles infections sont réduites chez les pêcheurs, routiers, populations des sites touristiques, forces de sécurité, déplacés migrants, détenus, orpailleurs populations fréquentant les marchés hebdomadaires....	1 806 587 500
1.2.3. 50% des nouvelles infections sont réduites chez les adultes, femmes âgées de plus de 25 ans en y intégrant les aspects genre	1 187 128 000
Résultat sous effet 1.3 : Au moins 80% de la population âgée de 15 à 49 ans adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017	8 358 395 598
1.3.1. Au moins 80% des adultes (hommes et femmes) âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel autre que le conjoint(e) au cours des 12 derniers mois indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel	5 248 200 000
1.3.2. Mettre en œuvre des programmes de communication institutionnelle et sur les aspects préventifs et de prise en charge	3 110 195 598

Composantes	Prévisions
RESULTAT EFFET 1 : LES NOUVELLES INFECTIONS SONT REDUITES DE 50 %	28 890 290 070
Résultat sous effet 1.4 : Au moins 60% de personnes atteintes d'IST et se présentant auprès des établissements sanitaires sont examinées et traitées de manière appropriée	3 425 600 787
1.4.1. Améliorer les capacités des structures de référence de la prise en charge des IST (Réhabilitation, équipements, RH)	597 696 500
1.4.2. Renforcer la capacité des prestataires du secteur public, parapublic, de la société civile et privé sur la PEC syndromique des IST	61 243 520
1.4.3. Approvisionner les structures de PEC des IST en réactifs, consommables et médicaments	44 558 062
1.4.4. Assurer le suivi-évaluation de la Prise en charge des IST	148 725 600
1.4.5. Assurer le renforcement des capacités institutionnelles et l'assistance technique aux structures aux services de PEC des IST	101 081 000
Résultat sous effet 1.6 : La transmission sanguine du VIH, VHC, VHB est réduite à zéro et les AES sont pris en charge dans toute l'étendue du pays	488 565 400
1.6.1 Garantir l'innocuité transfusionnelle (VIH, SYPHYLLIS, VHB et VHC)	387 526 400
1.6.2. Assurer la prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) et aux liquides	101 039 000
Résultat sous effet 1.5 : Au moins 30% de la population ont leur dépistage et connaissent leur sérologie VIH (% de femmes et d'hommes de 15-49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat passe de 12,6 % à 30 %)	5 898 619 638
1.5.1 Un plan de communication du CDV pour renforcer la promotion des sites et le dépistage auprès de toutes les cibles (Pour mémoire)	(Pour mémoire)
1.5.2 La couverture nationale en services de dépistage volontaire accessibles et fonctionnels passe de	1 473 945 500
1.5.3. Renforcer les capacités techniques des prestataires sur les nouvelles stratégies de CDV	1 544 269 558
1.5.4 Plaidoyer, campagnes et stratégies avancées de dépistage pour accélérer les indicateurs dans les zones de forte prévalence et ou auprès des cibles clés	1 708 091 180
1.5.5. Renforcement des activités de suivi-évaluation et de la qualité des services CDV,	906 513 400
1.5.6. Renforcement des capacités financières et techniques institutionnelles et l'assistance technique pour les services CDV	250 800 000
1.5.7 Renforcement l'assistance technique pour les services CDV	15 000 000

84

85

Composantes	Prévisions
Résultat sous effet 3.2 : Le système communautaire est renforcé pour apporter une contribution efficace à la riposte nationale	3 339 972 000
Résultat sous effet 1.1 : Au moins 85% des populations clés plus exposées (PS, HSH, CDI) adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2017	1 563 737 000
Résultat sous effet 1.2 : Au moins 70 % des populations en contexte de vulnérabilité adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017	297 308 000
Résultat sous effet 1.3 : Au moins 80% de la population âgée de 15 à 49 ans adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017	1 478 927 000
Résultat sous effet 3.3 : le système de SE est performant et permet ainsi l'utilisation des informations stratégiques	7 459 292 936
3.3.1 Renforcer les capacités organisationnelles et les ressources humaines en suivi-évaluation	2 593 254 918
3.3.2 Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation	2 442 076 323
3.3.3 Assurer la surveillance biologique et comportementale VIH et IST	1 363 145 002
3.3.4 Soutenir la recherche opérationnelle	341 200 000
3.3.5 Appui à la documentation et à la diffusion de l'information stratégique	719 616 693
Résultat sous effet 3.4 : La riposte nationale multisectorielle est coordonnée et mise en œuvre efficacement au niveau central et décentralisé	8 080 498 328
3.4.1 Renforcer les capacités du SE/CNLS avec ses structures décentralisées pour qu'il soit une structure pérenne de l'Etat	701 464 400
3.4.2 Renforcer les capacités des structures de coordination de la réponse médicale, des autres secteurs et de la société civile pour qu'ils aient des mécanismes de coordination fonctionnels	7 379 033 928
Résultat sous effet 3.7 : Le système de gestion des approvisionnements et des stocks est efficace	1 434 313 438
3.7.1 Améliorer le système de gestion logistique et pharmaceutique VIH/IST	1 434 313 438
TOTAL GENERAL	75 752 000 651

ANNEXE 2 : ANALYSE DETAILLEE DE LA REPONSE

I. AU PLAN PROGRAMMATIQUE

I.1 Prévention de la transmission sexuelle du VIH

1.1.1 Communication pour un changement de comportement (CCC)

Progrès réalisés

Les acteurs de la société civile, du secteur public et du secteur privé sont intervenus principalement dans le volet «promotion des comportements sexuels à moindre risque », avec essentiellement des activités de formation, de mobilisation sociale, et d'interventions de proximité. L'Intervention pour un Changement de Comportement (ICC), l'Approche Participative de Prévention (APP), le théâtre forum, l'approche de prévention basée sur la foi ont été promus et intégrés dans les programmes multisectoriels de prévention de la Transmission Sexuelle. L'analyse de la couverture des différents groupes ciblés par les interventions dans cette composante laisse apparaître une concentration des interventions sur les populations clés (HSH, PS et CDI), les groupes passerelles (routiers, pêcheurs, forces de défense et de sécurité, orpailleurs, etc.), les populations en contexte de vulnérabilité notamment les jeunes et les femmes et les handicapés. La stratégie nationale de CCC comporte également des campagnes de masse à travers les médias publics, privés et communautaires.

Défis à relever

La planification des programmes et interventions en CCC doit être plus rigoureuse et basée sur des analyses plus fines des comportements à risque et des situations de vulnérabilité. Egalement, leur documentation et leur évaluation doivent également être davantage renforcées pour améliorer leur qualité. Certains groupes (couples hétérosexuels, usagers de drogues intraveineuses, populations mobiles au niveau des frontières, femmes post-ménopausée) et zones (régions du sud du Sénégal dont les prévalences sont les plus élevées) devraient être ciblés en particulier. Les approches de communication à travers les nouvelles technologies de l'information et de la communication devraient être développées. Dans la mise en œuvre des interventions, le partenariat public privé doit être renforcé et les recommandations « 200 » appliquées, en particulier dans le monde du travail.

1.1.2 Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)

Progrès réalisés

L'approche syndromique de prise en charge des IST est mise en œuvre pour la population générale dans toutes les structures de santé publique, parapublique. La fiche IST syndromique est intégrée dans le rapport de zone du système d'information de routine. Le dépistage sérologique de la syphilis est intégré dans le bilan de la CPN chez les femmes enceintes. Des services de prise en charge des IST/VIH chez les HSH sont intégrés dans les services de santé en plus de l'existence de médecins référents au niveau des régions. Les CDI bénéficient d'une prise en charge des IST dans le cadre de la stratégie de Réduction des risques.

- étendre le renforcement des capacités et le recyclage du personnel de santé sur la prise en charge syndromique des IST et l'intégrer dans tous les curricula de formation à travers des modules révisés;
- renforcer l'implication du secteur privé dans la prise en charge des IST;
- intégrer de manière effective la prise en charge des IST dans les services de la Santé de la Reproduction (SR);
- améliorer la couverture pour le dépistage sérologique de la syphilis chez la femme enceinte ;
- rendre disponibles et accessibles les médicaments recommandés dans les algorithmes au niveau de la PNA et des PRA ;
- améliorer le suivi évaluation sur les IST « collecte et remontée des données, IP6/IP7 » et actualiser l'étude sur la résistance des antibiotiques;
- renforcer les structures de référence IST et de prise en charge des PS.

- Liés à l'environnement d'intervention (plaider pour une révision de la loi devenue obsolète, qui règlemente l'exercice de la prostitution au Sénégal, lutter contre les violences dont elles sont l'objet, réduire la stigmatisation et la discrimination des PS au plan social, redynamiser le comité de veille ...).
- Liés aux interventions; assurer un meilleur ciblage des zones de vulnérabilité sur la base de cartographies actualisées de la prostitution au Sénégal ; multiplier les cliniques mobiles afin d'atteindre davantage de PS clandestines et de leur offrir des opportunités de dépistage et de prise en charge ; renforcer l'approche Droits Humains et intégrer la dimension genre dans la conception et la mise en œuvre des stratégies; renforcer l'offre de service combinées de prévention et de PEC des PS par la mise en place d'un un paquet de services prenant en compte les besoins sanitaires, juridiques, socio-économique et pour un environnement favorable afin qu'il réponde au mieux aux besoins multiformes des PS - cf. par exemple les besoins en santé sexuelle- et qu'il soit harmonisé aux niveaux des différentes régions ; assurer la disponibilité et la gratuité du dépistage des réactifs au niveau des structures de prise en charge des PS ; renforcer les capacités des prestataires en charge des PS et des pairs éducateurs ; renforcer les laboratoires des centres de référence de prise en charge des PS en

1.1.4 Prise en charge des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)

Tableau 7 : Analyse des écarts financiers

(En Fcfa)	2 014	2 015	2 016	2 017	TOTAL 2014-2017	Pourcentage
Besoin du PSLS	15 129 465 051	21 617 729 415	20 338 744 301	18 666 061 883	75 752 000 650	100%
Ressources nationales	2 485 939 000	2 501 982 900	2 496 482 900	2 496 482 900	9 980 887 700	13,18%
Ressources externes	10 989 137 420	5 821 858 455	2 453 013 518	2 920 828 931	22 184 838 324	29,29%
Ressources de financements disponibles	13 475 076 420	8 323 841 355	4 949 496 418	5 417 311 831	32 165 726 024	42,46%
Gap financier	1 654 388 631	13 293 888 060	15 389 247 883	13 248 750 052	43 586 274 626	57,54%

Le coût des besoins du plan stratégique sur l'horizon 2014-2017 est estimé à 75 752 000 650 FCFA. Les ressources disponibles issues des engagements de l'Etat et des financements externes se chiffrent à 32 165 726 024 FCFA soit 42,5 % des besoins. L'Etat contribue à hauteur de 13,2 % au plan stratégique tandis que la contribution des partenaires externes est évaluée à 29,3 %, soit près de 70 % des ressources globales disponibles. Une stratégie de mobilisation soutenue des ressources sera mise en œuvre pour le financement de l'écart financier de 57,5 % et l'atteinte des objectifs globaux du plan stratégique.

8.3 Stratégie pour la mobilisation de ressources

8.3.1 Objectifs de la mobilisation des ressources

- Augmenter et diversifier les sources et mécanismes de financement au niveau national et local
- Identifier, diversifier et exploiter les sources et mécanismes de financements durables et innovants
- Exploiter et élargir les sources et mécanismes de financements extérieurs.

8.3.2 Stratégies de mobilisation de ressources

L'analyse de l'environnement des ressources national et local montre qu'il existe des opportunités. La stratégie du Plan stratégique 2014-2017 vise entre autre à accrocher les partenaires potentiels fournisseurs de ressources.

Plusieurs étapes sont établies pour la mobilisation des ressources.

Etape 1 : Elaboration de la stratégie nationale et d'un plan opérationnel budgétisés ;

Etape 2 : Identification des partenaires fournisseurs potentiels de ressources selon un processus continu. Les sources de financements du Plan stratégique sont nombreuses :

- les fonds nationaux (Etat, Collectivités, secteur privé national, ménages) ;
- les fonds internationaux (Fonds mondial, Pefar, Union Européenne) ;
- les fonds gérés par le Système des Nations Unies ;
- les Fonds des partenaires bilatéraux fournisseurs de ressources (Pepfar, GIZ) ;
- les Institutions financières internationales (Banque mondiale, BAD, BID) ;
- le secteur privé national et international.

Etape 3 : Engagement des partenaires à soutenir la stratégie.

Etape 4 : Négociation entre le Pays et le Partenaire Financier qui devra aboutir un accord de partenariat.

Etape 5 : Mise en œuvre efficiente et production de rapport par la coordination nationale.

Etape 6 : Communication des résultats et mise en œuvre des mécanismes de redevabilité.

8.4 Pérennisation de la riposte

L'objectif de cette section est d'identifier les orientations pour la viabilité financière et les modèles de financements alternatifs qui accompagnent la pérennisation des performances de la riposte au Sida au Sénégal pour la période 2014-2017. La stratégie de mobilisation de ressources passe par :

- L'augmentation des financements domestiques pour des investissements durables avec l'Etat à travers le budget national
- L'implication des collectivités locales, des mutuelles et des comités de santé dans le cadre de la mobilisation des financements domestiques
- L'élaboration des plans d'action des secteurs impliqués dans la riposte à partir de la stratégie nationale et affectation des financements propres dans leur budget plaidoyer

- La pérennisation des financements et des interventions

Il est important d'établir un apport fiable d'argent vers un programme national, et du programme national vers ceux qui dispensent les services à la base

- Mobilisation et gestion opportune du financement gouvernemental et externe, surtout à long terme (prévisibilité)
- Alignement des budgets Etat, Collectivités et PTF
- Respect des engagements financiers (additivité)

8.6 Mécanisme de redevabilité

L'approche du PSN 2014 - 2017 à l'égard de la redevabilité envers les communautés, les personnes vivant avec le VIH en plus de la transparence des actions, de la participation, de la gouvernance, établira un cadre permettant de traitement et d'intégration des questions relatives aux interventions pour que les communautés puissent apprécier et contribuer à la qualité des actions en leur direction.

Les actions à entreprendre :

- Faire une étude de base de la redevabilité
- Préparer et partager les engagements de redevabilité
- Préparer diffuser une offre de redevabilité en direction des communautés et des personnes vivant avec le VIH
- Elaborer un cadre de redevabilité

Ces documents feront l'objet de formation pour le personnel de la coordination, les acteurs, les partenaires et des personnes vivant avec le VIH



ANNEXES

ANNEXE 1 : BUDGET DETAILLE DU PSMLS

ANNEXE 2 : ANALYSE DETAILLEE DE LA REPONSE

ANNEXE 3 : CADRE DES RESULTATS

ANNEXE 1 : BUDGET DETAILLE DU PSMLS

Composantes	Prévisions
RESULTAT EFFET 1 : LES NOUVELLES INFECTIONS SONT REDUITES DE 50 %	28 890 290 070
Résultat sous effet 1.1 : Au moins 85% des populations clés plus exposées (PS, HSH, CDI) adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2017	3 425 600 787
1.1.1 85% des PS bénéficient de stratégies combinées de prévention et de prise en charge du VIH et des IST	1 935 791 200
1.1.2 85% des HSH bénéficient de stratégies combinées de prévention et de prise en charge du VIH et des IST	787 512 268
1.1.3 90 % des CDI cibles bénéficient de stratégie combinée de prévention et de prise en charge du VIH et des IST	702 297 319
Résultat sous effet 1.6 : La transmission sanguine du VIH, VHC, VHB est réduite à zéro et les AES sont pris en charge dans toute l'étendu du pays	488 565 400
Résultat sous effet 1.2 : Au moins 70 % des populations en contexte de vulnérabilité adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017	23 740 993 379
1.2.1. 50% des nouvelles infections sont réduites chez les jeunes	1 702 786 360
1.2.2. 50% des nouvelles infections sont réduites chez les pêcheurs, routiers, populations des sites touristiques, forces de sécurité, déplacés migrants, détenus, orpailleurs populations fréquentant les marchés hebdomadaires....	1 806 587 500
1.2.3. 50% des nouvelles infections sont réduites chez les adultes, femmes âgées de plus de 25 ans en y intégrant les aspects genre	1 187 128 000
Résultat sous effet 1.3 : Au moins 80% de la population âgée de 15 à 49 ans adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017	8 358 395 598
1.3.1. Au moins 80% des adultes (hommes et femmes) âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel autre que le conjoint(e) au cours des 12 derniers mois indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel	5 248 200 000
1.3.2. Mettre en œuvre des programmes de communication institutionnelle et sur les aspects préventifs et de prise en charge	3 110 195 598

Composantes	Prévisions
RESULTAT EFFET 1 : LES NOUVELLES INFECTIONS SONT REDUITES DE 50 %	28 890 290 070
Résultat sous effet 1.4 : Au moins 60% de personnes atteintes d'IST et se présentant auprès des établissements sanitaires sont examinées et traitées de manière appropriée	3 425 600 787
1.4.1. Améliorer les capacités des structures de référence de la prise en charge des IST (Réhabilitation, équipements, RH)	597 696 500
1.4.2. Renforcer la capacité des prestataires du secteur public, parapublic, de la société civile et privé sur la PEC syndromique des IST	61 243 520
1.4.3. Approvisionner les structures de PEC des IST en réactifs, consommables et médicaments	44 558 062
1.4.4. Assurer le suivi-évaluation de la Prise en charge des IST	148 725 600
1.4.5. Assurer le renforcement des capacités institutionnelles et l'assistance technique aux structures aux services de PEC des IST	101 081 000
Résultat sous effet 1.6 : La transmission sanguine du VIH, VHC, VHB est réduite à zéro et les AES sont pris en charge dans toute l'étendue du pays	488 565 400
1.6.1 Garantir l'innocuité transfusionnelle (VIH, SYPHYLIS, VHB et VHC)	387 526 400
1.6.2. Assurer la prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) et aux liquides	101 039 000
Résultat sous effet 1.5 : Au moins 30% de la population ont leur dépistage et connaissent leur sérologie VIH [% de femmes et d'hommes de 15-49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat passe de 12,6 % à 30 %]	5 898 619 638
1.5.1 Un plan de communication du CDV pour renforcer la promotion des sites et le dépistage auprès de toutes les cibles (Pour mémoire)	(Pour mémoire)
1.5.2 La couverture nationale en services de dépistage volontaire accessibles et fonctionnels	1 473 945 500
1.5.3. Renforcer les capacités techniques des prestataires sur les nouvelles stratégies de CDV	1 544 269 558
1.5.4 Plaidoyer, campagnes et stratégies avancées de dépistage pour accélérer les indicateurs dans les zones de forte prévalence et ou auprès des cibles clés	1 708 091 180
1.5.5. Renforcement des activités de suivi-évaluation et de la qualité des services CDV,	906 513 400
1.5.6. Renforcement des capacités financières et techniques institutionnelles et l'assistance technique pour les services CDV	250 800 000
1.5.7 Renforcement l'assistance technique pour les services CDV	15 000 000

84

Composantes	Prévisions
Résultat sous effet 2.2 : Au moins 85% de nouveaux cas de tuberculose déclarés liés au VIH bénéficiant à la fois d'un traitement contre la tuberculose et contre le VIH d'ici 2017	265 690 600
2.2.1. Assurer la prise en charge intégrée (diagnostic et traitement) des coinfections (TB/VIH)	265 690 600
Résultat sous effet 2.3 : Au moins 85% de PVVIH bénéficiant d'un soutien psychosocial d'ici 2017	3 334 809 200
2.3.1 Assurer les soins et l'appui psychosocial des PVVIH et des OEV	1 304 329 700
2.3.2 Renforcer la prise en charge nutritionnelle des PVVIH	545 027 500
2.3.3 Renforcer l'autonomisation des PVVIH (formation professionnelle et la réinsertion économique)	1 067 524 500
2.3.4 Promouvoir la santé positive, dignité, prévention des PVVIH	417 927 500
Résultat sous effet 2.4 : Au moins 85% d'OEV bénéficiant d'un soutien psychosocial d'ici 2017	1 116 000 000
2.4.1 Appuyer la prise en charge des OEV	1 116 000 000
RESULTAT EFFET 3 : LA GOUVERNANCE, LE LEADERSHIP, LA COORDINATION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PSN SONT EFFICACES ET EFFICIENTES	23 120 717 202
Résultat sous effet 3.1 : Les obstacles liés aux droits humains et à l'équilibre de genre sont réduits	2 806 640 500
3.1.1. Le leadership national et local dans la lutte contre le VIH est renforcé	888 656 100
3.1.2 la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH, les populations clefs et OEV sont réduites	568 715 500
3.1.3. Le partenariat national et international est renforcé pour la mise en œuvre des interventions	684 959 300
3.1.4 Le secteur privé est impliqué et les dispositions de l'OIT sur le VIH en milieu du travail appliqué	664 309 600

Composantes	Prévisions
Résultat sous effet 3.2 : Le système communautaire est renforcé pour apporter une contribution efficace à la riposte nationale	3 339 972 000
Résultat sous effet 1.1 : Au moins 85% des populations clés plus exposées (PS, HSH, CDI) adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2017	1 563 737 000
Résultat sous effet 1.2 : Au moins 70 % des populations en contexte de vulnérabilité adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017	297 308 000
Résultat sous effet 1.3 : Au moins 80% de la population âgée de 15 à 49 ans adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2017	1 478 927 000
Résultat sous effet 3.3 : le système de SE est performant et permet ainsi l'utilisation des informations stratégiques	7 459 292 936
3.3.1 Renforcer les capacités organisationnelles et les ressources humaines en suivi-évaluation	2 593 254 918
3.3.2 Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation	2 442 076 323
3.3.3 Assurer la surveillance biologique et comportementale VIH et IST	1 363 145 002
3.3.4 Soutenir la recherche opérationnelle	341 200 000
3.3.5 Appui à la documentation et à la diffusion de l'information stratégique	719 616 693
Résultat sous effet 3.4 : La riposte nationale multisectorielle est coordonnée et mise en œuvre efficacement au niveau central et décentralisé	8 080 498 328
3.4.1 Renforcer les capacités du SE/CNLS avec ses structures décentralisées pour qu'il soit une structure pérenne de l'Etat	701 464 400
3.4.2 Renforcer les capacités des structures de coordination de la réponse médicale, des autres secteurs et de la société civile pour qu'ils aient des mécanismes de coordination fonctionnels	7 379 033 928
Résultat sous effet 3.7 : Le système de gestion des approvisionnements et des stocks est efficace	1 434 313 438
3.7.1 Améliorer le système de gestion logistique et pharmaceutique VIH/IST	1 434 313 438
TOTAL GENERAL	75 752 000 651

ANNEXE 2 : ANALYSE DETAILLÉE DE LA REPONSE

I. AU PLAN PROGRAMMATIQUE

I.1 Prévention de la transmission sexuelle du VIH

1.1.1 Communication pour un changement de comportement (CCC)

Progrès réalisés

Les acteurs de la société civile, du secteur public et du secteur privé sont intervenus principalement dans le volet «promotion des comportements sexuels à moindre risque », avec essentiellement des activités de formation, de mobilisation sociale, et d'interventions de proximité. L'Intervention pour un Changement de Comportement (ICC), l'Approche Participative de Prévention (APP), le théâtre forum, l'approche de prévention basée sur la foi ont été promus et intégrés dans les programmes multisectoriels de prévention de la Transmission Sexuelle. L'analyse de la couverture des différents groupes ciblés par les interventions dans cette composante laisse apparaître une concentration des interventions sur les populations clés (HSH, PS et CDI), les groupes passerelles (routiers, pêcheurs, forces de défense et de sécurité, orpailleurs, etc.), les populations en contexte de vulnérabilité notamment les jeunes et les femmes et les handicapés. La stratégie nationale de CCC comporte également des campagnes de masse à travers les médias publics, privés et communautaires.

Défis à relever

La planification des programmes et interventions en CCC doit être plus rigoureuse et basée sur des analyses plus fines des comportements à risque et des situations de vulnérabilité. Egalement, leur documentation et leur évaluation doivent également être davantage renforcées pour améliorer leur qualité. Certains groupes (couples hétérosexuels, usagers de drogues intraveineuses, populations mobiles au niveau des frontières, femmes post-ménopausée) et zones (régions du sud du Sénégal dont les prévalences sont les plus élevées) devraient être ciblés en particulier. Les approches de communication à travers les nouvelles technologies de l'information et de la communication devraient être développées. Dans la mise en œuvre des interventions, le partenariat public privé doit être renforcé et les recommandations « 200 » appliquées, en particulier dans le monde du travail.

1.1.2 Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)

Progrès réalisés

L'approche syndromique de prise en charge des IST est mise en œuvre pour la population générale dans toutes les structures de santé publique, parapublique. La fiche IST syndromique est intégrée dans le rapport de zone du système d'information de routine. Le dépistage sérologique de la syphilis est intégré dans le bilan de la CPN chez les femmes enceintes. Des services de prise en charge des IST/VIH chez les HSH sont intégrés dans les services de santé en plus de l'existence de médecins référents au niveau des régions. Les CDI bénéficient d'une prise en charge des IST dans le cadre de la stratégie de Réduction des risques.

- étendre le renforcement des capacités et le recyclage du personnel de santé sur la prise en charge syndromique des IST et l'intégrer dans tous les curricula de formation à travers des modules révisés;
- renforcer l'implication du secteur privé dans la prise en charge des IST;
- intégrer de manière effective la prise en charge des IST dans les services de la Santé de la Reproduction (SR);
- améliorer la couverture pour le dépistage sérologique de la syphilis chez la femme enceinte ;
- rendre disponibles et accessibles les médicaments recommandés dans les algorithmes au niveau de la PNA et des PRA ;
- améliorer le suivi évaluation sur les IST « collecte et remontée des données, IP6/IP7 » et actualiser l'étude sur la résistance des antibiotiques;
- renforcer les structures de référence IST et de prise en charge des PS.

- Liés à l'environnement d'intervention (plaider pour une révision de la loi devenue obsolète, qui règlemente l'exercice de la prostitution au Sénégal, lutter contre les violences dont elles sont l'objet, réduire la stigmatisation et la discrimination des PS au plan social, redynamiser le comité de veille ...).
- Liés aux interventions; assurer un meilleur ciblage des zones de vulnérabilité sur la base de cartographies actualisées de la prostitution au Sénégal ; multiplier les cliniques mobiles afin d'atteindre davantage de PS clandestines et de leur offrir des opportunités de dépistage et de prise en charge ; renforcer l'approche Droits Humains et intégrer la dimension genre dans la conception et la mise en œuvre des stratégies; renforcer l'offre de service combinées de prévention et de PEC des PS par la mise en place d'un un paquet de services prenant en compte les besoins sanitaires, juridiques, socio-économique et pour un environnement favorable afin qu'il réponde au mieux aux besoins multiformes des PS - cf. par exemple les besoins en santé sexuelle- et qu'il soit harmonisé aux niveaux des différentes régions ; assurer la disponibilité et la gratuité du dépistage des réactifs au niveau des structures de prise en charge des PS ; renforcer les capacités des prestataires en charge des PS et des pairs éducateurs ; renforcer les laboratoires des centres de référence de prise en charge des PS en

1.1.4 Prise en charge des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)

Plan Stratégique 3^{ème} génération sur le sida au Sénégal

Indicateurs	Données de base			Cibles				Commentaires
	Valeur	Année	Source	2014	2015	2016	2017	
Pourcentage de structures ayant reçu toutes les commandes en intégralité et à temps	ND	ND	ND	100%	100%	100%	100%	
Pourcentage de structures qui transmettent des rapports de gestion logistique pharmaceutique (rapport mensuel/trimestriel de gestion des stocks et tableau de répartition des protocoles) complets et dans les délais prévus	ND	ND	ND	100%	100%	100%	100%	
Pourcentage de structures qui disposent régulièrement des produits traceurs	ND	ND	ND	100%	100%	100%	100%	
Pourcentage de structures ayant connu une ou plusieurs ruptures d'au moins un produit nécessaire au cours d'une période donnée (indicateur de l'accès universel et indicateur d'alerte précoce de la résistance aux ARV).	ND	ND	ND	0%	0%	0%	0%	
Pourcentage de pertes (péremptions, détériorations, vols, etc.) des produits traceurs	ND	ND	ND	0%	0%	0%	0%	
Nombre et pourcentage de sites supervisés pour la gestion logistique des intrants pharmaceutiques médicaux	ND	ND	ND	100%	100%	100%	100%	

Plan Stratégique 3^{ème} génération sur le sida au Sénégal

