Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 1

REPUBLIQUE DU SENEGAL

PRIMATURE

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

CNLS

PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

2007-2011

Edition 2008

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 3

Message de Son Excellence Me Abdoulaye WADE Président de la République du Sénégal

« Je tiens solennellement à réitérer mon appel à tous les secteurs de notre développement, secteurs publics comme privé, monde du travail, jeunes, femmes, pour une mobilisation renforcée dans la croisade contre le sida. Plus qu'une responsabilité nationale, c'est devant la communauté internationale que nous aurons à répondre de tout l'espoir que le continent place en nous ».

Cérémonie officielle d'installation
du Conseil National de Lutte contre le Sida - 2002

PREFACE

La pandémie du Sida est devenue plus de deux décennies après sa découverte, une crise mondiale. Elle constitue actuellement un problème grave et prioritaire de santé publique et un problème de développement.

Première cause de mortalité en Afrique, le Sida continue de sévir. Sur dix millions de nouvelles infections survenues en 2006, la majorité est survenue en Afrique dont la plupart chez les adolescents et les jeunes.
Sur le plan du développement, l'épidémie de VIH a diminué l'espérance de vie dans les pays les plus touchés entraînant des diminutions importantes du produit intérieur brut (PIB) et conséquemment aggrave la pauvreté qui sévit sur le continent Africain.

Lors du sommet spécial des Nations Unies de 2006 sur le VIH, la communauté internationale reconnaissait qu'après deux décennies de lutte, les efforts fournis commençaient à donner des résultats mais demeuraient très insuffisants pour infléchir le cours de l'épidémie. Lors de cette session, elle s'est donnée le défi de promouvoir en 2010 un Accès universel à la prévention, aux soins et aux traitements.
Le présent Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007 – 2011 du Sénégal s'inscrit dans ce contexte régional et international et se veut une modalité contributive à la mise en œuvre et à la réalisation des objectifs souscrits dans le cadre des engagements internationaux. Il prend en compte les objectifs du millénaire pour le développement, les recommandations de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida. En outre, ce plan intègre les priorités définies au niveau régional dans les Déclarations d'Abuja et du Comité Régional pour l'Afrique sur l'accélération de la prévention du Sida et au niveau international par le sommet des Nations Unies de 2006 sur l'accès universel à la prévention, aux soins et aux traitements.

Ce Plan Stratégique est bâti sur la stratégie de renforcement des acquis de la réponse à l'épidémie de VIH et sur une réponse aux besoins identifiés par les comités régionaux de lutte contre le Sida selon l'approche de planification « de la base au sommet ». Il est axé sur les résultats attendus les cinq prochaines années et accorde une priorité au genre, à la prévention des nouvelles infections chez les jeunes et les adolescents et les populations les plus exposées au risque VIH, à l'approche intégrée régionale, à la multisectorialité et aux soins des personnes vivant avec le VIH. Il constitue pour le gouvernement du Sénégal et ses partenaires, le cadre unique d'orientation, de mise en œuvre, de suivi-évaluation et de financement prioritaire de la réponse à l'épidémie de VIH au Sénégal pour la période 2007-2011. Sa mise en œuvre efficace contribuera à rendre performant non seulement notre document de stratégie de réduction de la pauvreté « DSRP » dans lequel figure une composante-clé de renforcement des acquis de la lutte contre le Sida, mais aussi facilitera pour notre pays l'atteinte en 2015 des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) sur le VIH dont le maintien de la prévalence du VIH à 1% dans la population générale.

Ce nouveau plan stratégique s'inscrit aussi dans le renforcement en 2011 des succès capitalisés les 20 dernières années de lutte contre le Sida au Sénégal. Pour permettre au Conseil National de Lutte contre le Sida de relever cet ambitieux défi, j'engage tous les acteurs nationaux des secteurs publics, de la société civile, du secteur privé et des organisations religieuses, et nos partenaires internationaux impliqués dans la réponse à l'épidémie du VIH au Sénégal à s'approprier ce plan stratégique et à contribuer à sa mise en œuvre performante.

Le Premier Ministre
Président du Conseil National
de Lutte contre le Sida

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 5

RESUME

Le Plan Stratégique de lutte contre le Sida 2007-2011 s'inscrit dans la perspective de la capitalisation des acquis de la lutte contre le Sida et de l'atteinte d'un accès universel à la prévention, aux soins et aux traitements d'ici 2011.

L'objectif de ce plan est de maintenir en 2011 la prévalence du VIH à moins de 2 % et de promouvoir l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH.

Le Sénégal est caractérisé par une épidémie de VIH avec une prévalence basse de 0,7% dans la population générale et particulièrement élevée dans certains groupes exposés à un risque élevé d'infection qui sont les travailleuses de sexe (entre 19,4 et 29 % selon les régions) et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (21,5%). On y note aussi une féminisation de l'épidémie marquée par un ratio d'infection femme/homme de 2,25 et une particularité géographique des régions Sud ; Ziguinchor et Kolda sont particulièrement touchés par l'épidémie.

Sur la base de l'analyse des données épidémiologiques des enquêtes sur la pauvreté et la vulnérabilité et des besoins programmatiques, les interventions proposées ciblent les bénéficiaires suivants : les Personnes Vivant avec le VIH, les femmes, les jeunes et les adolescents, les militaires et autres forces de sécurité, les agents du transport, les travailleurs des secteurs publics et privés, les orphelins et enfants vulnérables, les travailleuses du sexe, les groupes mobiles, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes exerçant des petits métiers, les détenus, les populations des régions les plus touchées.

Cinq objectifs stratégiques ont été sélectionnés afin d'obtenir l'impact visé par le Plan Stratégique :
Le renforcement de la prévention de la transmission sexuelle dans les groupes très vulnérables avec le ciblage de 21 000 travailleuses du sexe et hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et plus de 5 000 000 jeunes, femmes et adultes.

Le dépistage volontaire sera passé à l'échelle non seulement au niveau national et régional mais aussi au niveau des districts. Ainsi, 712 720 dépistages volontaires seront réalisés durant la période 2007 - 2011.

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sera renforcée de même que la décentralisation dans tous les sites de Consultation Prénatale (CPN). 523 650 femmes enceintes ciblées bénéficieront du paquet de services de Prévention de la transmission Mère-Enfant (PTME).

Les acquis de la Prise en Charge médicale seront renforcés, 11 700 malades seront sous traitement antirétroviral d'ici 2011.

En matière de Suivi et évaluation, la performance globale du système sera appréciée par un mécanisme de collecte de données intégrant le niveau communautaire, un renforcement des capacités des différents acteurs, mais aussi par une surveillance épidémiologique et comportementale et une enquête démographique et de santé (EDS).

Enfin la mise en œuvre du plan stratégique 2007-2011 sera sous tendue par le renforcement des mécanismes de gestion et coordination à travers une planification intégrée rigoureuse et décentralisée, un renforcement de l'engagement de l'Etat, les économies d'échelle dans la perspective de pérennisation des structures de coordination et de gestion, l'appropriation de la riposte à l'infection du VIH par tous les secteurs concernés et le respect par tous les acteurs du Three Ones : « un seul cadre de coordination, un seul cadre d'intervention, un système unique de suivi-évaluation ».

Le Secrétaire Exécutif
du Conseil National de Lutte
contre le Sida

SOMMAIRE

Préface 4
Résumé 5

I. Analyse de la situation 7
1-1 Contexte socio-économique et administratif 8
1-2 Contexte démographique 9
1-3 Contexte sanitaire 10
1-4 Situation épidémiologique du VIH/Sida et des IST 12
1-5 Les facteurs de vulnérabilité et les populations vulnérables 14

II. Analyse de la réponse 18
2-1 Historique de la lutte contre le Sida 19
2-2 Bilan de la mise en œuvre du PSLS 2002-2006 19
2-3 Leçons apprises de la mise en œuvre du PSLS 2002-2006 25

III. Plan stratégique de lutte contre le VIH/Sida 2007-2011 27
3-1 Vision 28
3-2 Principes directeurs 28
3-3 Priorités 28
3-4 Cibles prioritaires 28
3-5 Objectifs généraux 29
3-6 Objectifs stratégiques 29
3-7 Composantes du PSLS 2007-2011 36
Composante 1 : prévention de la transmission du vih/sida 36
Composante 2 : prise en charge 40
Composante 3 : promotion d'un environnement socio-économique, politique et éthique favorable à la réponse au vih/sida 42
Composante 4 : Suivi évaluation et recherche 44
Composante 5 : Renforcement de la coordination et de la gestion 46
3-8 Résumé du budget du PSLS 2007-2011 47
3-9 Résultats attendus du PSLS 2007-2011 48
3-10 Liste des indicateurs clés 51

IV. Cadre de mise en œuvre du PSLS 2007-2011 55
4-1 Conception et mise en œuvre des plans d'action 56
4-2 Structures de mise en œuvre des plans opérationnels 56

V. Le Système de suivi évaluation 59
5-1 Objectifs du système de suivi évaluation 60
5-2 Cadre de suivi évaluation et système d'information 60

VI. Cadre organisationnel et institutionnel 65
6-1 Les organes d'orientation et de décisions 66
6-1-1 Le conseil national de lutte contre le sida 66
6-1-2 Les comités régionaux, départementaux et locaux de lutte contre le sida 67
6-2 Les organes de coordination et de suivi 68
6-2-1 Le secrétariat exécutif du conseil national de lutte contre le sida 68
6-2-2 Le comité technique restreint du comité régional de lutte contre le sida 72
6-2-3 Les comités sectoriels de lutte contre le sida 73
6-3 Cadre institutionnel de la lutte contre le sida 74

Sigles et abréviations 75

ANALYSE DE LA SITUATION

1

8 CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE ET ADMINISTRATIF
9 CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE
10 CONTEXTE SANITAIRE
12 SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH ET DES IST
14 LES FACTEURS DE VULNERABILITE ET LES POPULATIONS VULNERABLES

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 8

1-1 CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE ET ADMINISTRATIF

Le Sénégal est situé dans la partie la plus occidentale du continent Africain dans la zone soudano sahélienne. D'une superficie de 196 722 km², il est limité au nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau et, à l'ouest, il est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes.

Sur le plan administratif, le Sénégal est subdivisé en onze (11) régions comportant chacune trois (3) départements, à l'exception de Dakar qui en compte quatre (4), soit trente quatre (34) départements sur l'ensemble du territoire national. Ces départements sont subdivisés en communes (au nombre de 64) et arrondissements (plus d'une centaine). Les principaux groupes ethniques sont : les wolofs (43%), les pulars (24%), les sérères (15%), les diolas (5%) et les mandingues (4%). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%). On y trouve 4% de chrétiens et les autres religions représentent 2%.

En 2005, la population sénégalaise était estimée à 11 126 832 habitants avec une espérance de vie à la naissance de 55,7 ans (HDR UNDP 2005) et un PIB en valeur nominale de 3 874 milliards de FCFA en 2004 (prix constants de 1999). La population a une structure par âge très jeune avec 55,6% ayant moins de 20 ans, et près de 64% âgée de moins de 25 ans. Les femmes représentent 52% de la population globale. La population s'accroît au rythme de 2,7% par an doublant son effectif tous les 25 ans environ. Elle est très inégalement répartie à travers le territoire national, l'essentiel étant concentré dans la partie occidentale du pays. La population urbaine (résidant dans les communes) représente 41,5% de la population globale (DPS 2004), plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique Sub-Saharienne.

Selon le 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% d'alphabétisées) que chez les hommes (49,1% d'alphabétisés). Le taux brut de scolarisation élémentaire est en constante progression passant de 69,4% à 79,9% entre 2001 et 2004. La scolarisation des filles dans l'élémentaire demeure encore relativement faible. Les taux de scolarisation sont de 82,4% chez les garçons et 77,3% chez les filles en 2004. Le taux d'achèvement de l'école primaire est de 44,1%.

La croissance économique du Sénégal s'est maintenue sur une pente positive avec une moyenne annuelle d'environ 5% dans un contexte d'amélioration de la gestion des finances publiques, de maîtrise de l'inflation (moins de 2% par an) et de consolidation des agrégats macroéconomiques fondamentaux. Les résultats de la deuxième enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM II), montrent que l'incidence de la pauvreté reste élevée. Même si elle a baissé de façon significative dans la période 1994-2002, la plupart de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. L'incidence de la pauvreté est tombée de 67,9% en 1994/1995 à 57,1% en 2001/2002, soit une réduction de 10,8 points de pourcentage en termes absolus et de 16% en termes relatifs.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 9

1-2 CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

La population du Sénégal est estimée à 11 126 832 habitants pour l'année 2005. Cette population est surtout concentrée dans la région de Dakar qui abrite 22,42% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. La région de Dakar enregistre ainsi une densité de population de 4 251 habitants au km2 en 2004 contre une moyenne nationale de 53 habitants au km².

Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au km2. Ce sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 29,9% et 14,8% du territoire national. Les autres unités administratives les plus peuplées sont les départements de Dakar et de Pikine qui abritent respectivement 41 % et 34 % de la population de la région de Dakar. Elles sont aussi plus peuplées que la plupart des régions. Il faut également souligner que la communauté rurale de Touba Mosquée est presque aussi peuplée que les régions de Matam et de Ziguinchor.

L'accroissement moyen annuel estimé à 2,5% reste élevé, et est caractéristique d'une fécondité encore élevée. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est estimé à 5,3 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme). La quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS IV) donne pour la période allant de janvier 2002 à janvier 2005 un nombre moyen d'enfants vivants de 5,3, un taux brut de natalité de 39,1 pour mille, une mortalité infantile de 61 décès pour mille naissances vivantes et une mortalité juvénile de 64 décès pour mille enfants âgés de un an. Le taux de mortalité maternelle est passé de 510 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS II, 1992-1993) à 434 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS IV, 2005).

Tableau 1 : Distribution de la population par Région en 2004

Régions	Population		Superficie		Densité hbts/km2
	Total	%	Total	%	
Dakar	2 399 451	23%	547	0.3%	4 387
Diourbel	1 144 009	11%	4 903	2.5%	233
Fatick	643 505	6%	7 910	4.0%	81
Kaolack	1 114 292	11%	15 449	7.9%	72
Kolda	893 867	8%	21 112	10.8%	42
Louga	714 732	7%	25 254	12.9%	28
Matam	461 836	4%	29 041	14.8%	16
St-Louis	738 724	7%	19 241	9.8%	38
Tamba	650 399	6%	59 542	30.4%	11
Thiès	1 358 658	13%	6 670	3.4%	204
Ziguinchor	444 830	4%	7 352	3.8%	61
Total Pays	10 564 303	100%	196 021	100.0%	54

Source : Projections de population du Sénégal issues du Recensement de 2002, DPS, 2004

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 10

1-3 CONTEXTE SANITAIRE

L'Etat a défini la Politique Nationale de Santé dans la constitution et il la met en œuvre depuis l'indépendance à travers des plans quinquennaux. L'Etat est garant de la santé des populations, et à la fin des années 1990, il a élaboré en collaboration avec les partenaires au développement, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui est actuellement dans sa deuxième phase (2004-2008).

L'organisation du système de santé

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux : l'échelon périphérique (district), l'échelon régional (région médicale) et l'échelon central.

- **l'échelon périphérique correspond au district sanitaire**. Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de département. Chaque district ou zone opérationnelle est gérée par un médecin-chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers ; ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales). Le Sénégal compte 69 districts sanitaires polarisant 78 Centres de Santé, 971 postes de santé.

- **l'échelon régional qui correspond à la région médicale** comprend 11 régions médicales. C'est la structure de coordination du niveau régional ou intermédiaire et elle correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale. Au niveau de chaque région, la référence régionale est représentée par un hôpital ou établissement public de santé (EPS) de niveau 2. Le Ministère de la Santé a initié la signature de «contrats de performance» avec les médecins-chefs de région dans lesquels les indicateurs liés au VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose occupent une place prépondérante.

- **l'échelon central ou national** : il comprend outre le cabinet du ministre, les 7 directions et services rattachés, les 7 Hôpitaux nationaux ou établissements publics de santé de niveau 3. En dehors du Plan Elargi de vaccination (PEV) qui est logé à la Direction de la Prévention Médicale, la Direction de la Santé comprend la Division Sida/IST, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), érigé en Etablissement Public de Santé (EPS), est chargée de l'achat des médicaments et produits sur le marché international, de la gestion et de la distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA).

Le **secteur privé** joue un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Ce secteur privé dispose : d'un hôpital, de 24 cliniques, de 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises, 700 officines de pharmacie, une vingtaine de laboratoires d'analyses médicales.

SECTEUR PRIVE

1 hôpital

24 cliniques

414 cabinets médicaux et services médicaux d'entreprises

700 officines de pharmacie,

20 laboratoires d'analyses médicales.

Le Sénégal a mis en place un système de référence et de contre référence basé sur le système pyramidal pour l'orientation des malades et le transfert d'informations sanitaires entre le niveau périphérique (PS et CS) et les structures hospitalières.

L'hôpital régional offre des soins tertiaires et constitue la référence pour les districts. Il dispose de services de médecine, de gynéco obstétrique et de pédiatrie pouvant prendre en charge les cas de maladie liée au Sida. Au niveau régional, la prise en charge des

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 11

patients se fait au niveau de l'hôpital Régional. Toutes les régions (hôpital de régions) sont opérationnelles pour la prise en charge des PVVIH par les ARV

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) coordonne les activités liées au médicaments et réactifs au niveau des structures sanitaires. Elle approvisionne et supervise les pharmacies régionales (PRA) qui jouent le même rôle avec les districts. Les ARVs, les médicaments pour la prise en charge des Infections Opportunistes (IO) et les réactifs de dépistage et suivi sont gratuits et intégrés dans le circuit des médicaments essentiels. La PNA s'occupe de l'approvisionnement des médicaments et leur distribution aux PRA.

La Division de lutte contre le Sida et les IST a en charge le volet Sida au Ministère de la Santé. Elle a été crée au sein de la Direction de la Santé par décret n°2004-1404 du 14 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Elle a pour mission de coordonner la mise en œuvre du programme sectoriel santé sur le Sida.

Les infrastructures sanitaires

Pour le **secteur public,** le dispositif sanitaire est de soixante dix huit centres de santé (78), vingt deux (22) hôpitaux, ainsi que neuf cent soixante onze (971) postes de santé.

SECTEUR PUBLIC

78 centres de santé

22 hôpitaux

971 postes de santé

Les ratios par rapport à la population sont de :

- 1 centre de santé pour 152 937 habitants ;
- 1 hôpital pour 527 981 habitants ;
- 1 poste de santé pour 11 962 habitants ;

Les normes du Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) prévoient 1 hôpital par région, 1 Centre de Santé pour 150 000 habitants, 1 Poste de Santé pour 10 000 habitants.

Depuis 2005, toutes les régions disposent d'au moins un Centre ou un service de conseils et dépistage. Tous les centres de santé mènent des activités de prévention des IST et prise en charge du VIH. La décentralisation de la prise en charge par les ARV au niveau des districts sanitaires est en cours et doit être accélérée. Le poste de santé mène essentiellement des activités de prévention et dans certaines régions réalise le dépistage en stratégie avancée dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) en collaboration avec les services de Santé de la Reproduction. Les agents de santé communautaires assurent des activités d'information, de sensibilisation et d'orientation.

Le service des armées dispose de personnel et de structures sanitaires au niveau des 11 régions (hôpital, centre de santé et poste de santé). Ces services sont concentrés au niveau des zones d'accessibilité géographique difficile, frontalières et des régions de conflits et post conflit.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 12

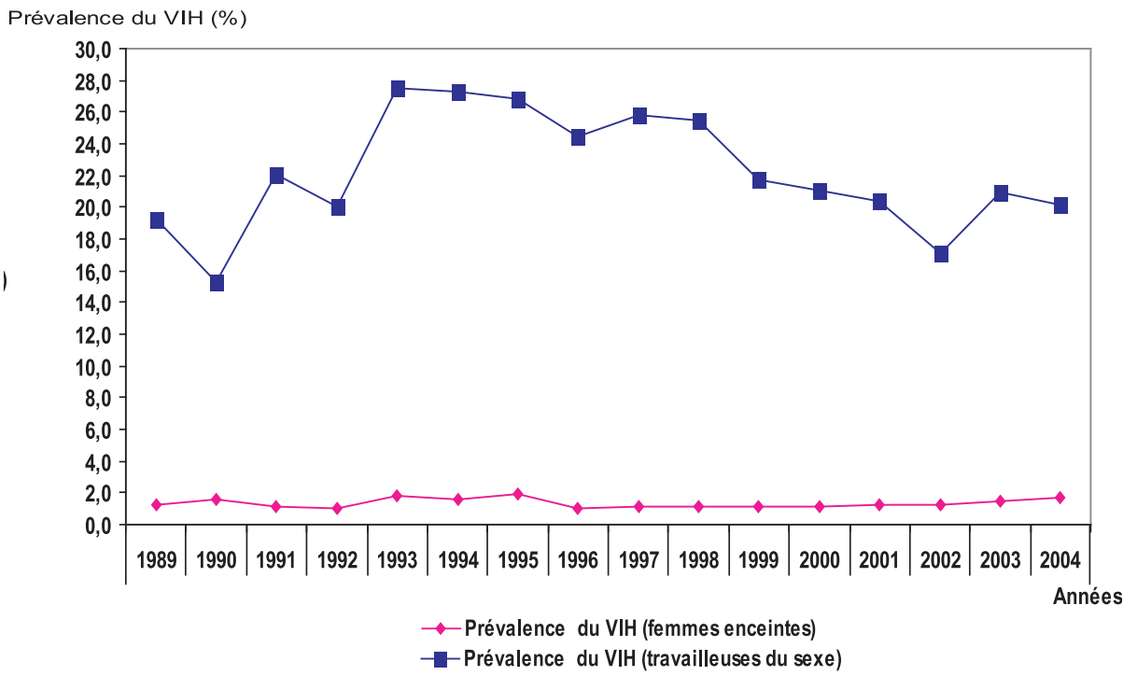
1-4 SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH ET DES IST

Au Sénégal, on retrouve les deux types de Virus de l'Immunodéficience Humaine le VIH-1 et le VIH-2. Les résultats de l'EDS IV montrent qu'au niveau national, la prévalence globale (tous sexes confondus) est de 0,7%. Les femmes avec une prévalence de 0,9% sont plus infectées que les hommes (0,4%). D'où un ratio Femme /Homme de 2,25.

La prévalence varie en fonction de l'âge et du sexe ; dans la tranche d'âge de 15-19 ans le taux d'infection est plus élevé chez les femmes (0,2%) que chez les hommes (0,1%) et croît plus rapidement. Les écarts de prévalence sont plus prononcés à 20-29 ans. C'est dans cette tranche d'âge que les femmes ont des taux beaucoup plus élevés que les hommes. De plus, la prévalence maximale est observée à 25-29 ans chez les femmes (1,5%) et plus tard à 35-39 ans pour les hommes (0,7%) [EDS IV, 2005].

Les résultats de la surveillance sentinelle montrent que l'épidémie de VIH est de type concentré au Sénégal. Elle est caractérisée par une prévalence relativement faible dans la population générale, mais particulièrement élevée dans les populations clés les plus exposées à l'infection à VIH.
Selon le Bulletin séro-épidémiologique de surveillance du VIH paru en 2006, la prévalence moyenne du VIH chez les femmes enceintes est de 1,7%. La prévalence du VIH chez les Travailleuses du Sexe (TS) est de 20% en moyenne avec des chiffres qui peuvent aller jusqu'à 29% à Ziguinchor.
Les premières données épidémiologiques sur la prévalence du VIH chez les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) datent de 2005, elles sont issues d'une étude réalisée en 2004 auprès de 463 HSH à Dakar et dans quatre grandes villes du pays : Kaolack, Mbour, Saint-Louis et Thiès (Wade et al, 2005). La prévalence globale du VIH est de 21,5% chez les HSH avec une forte prédominance du type VIH1.

Evolution de la Prévalence du VIH chez les femmes enceintes et chez les prostituées des sites de surveillance sentinelle. BSE N°12, 2006



En ce qui concerne la séroprévalence par milieu de résidence, il n'y a pas de différence significative entre le milieu urbain (0,7%) et le milieu rural (0,7%). Cependant la prévalence varie assez fortement par région. Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, des prévalences plus fortes sont observées à Ziguinchor (3,4% pour les femmes et 0,8% pour

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 13

les hommes) et à Kolda (2,7% pour les femmes et 1,1% pour les hommes). A l'inverse, on observe des taux plus faibles à Diourbel (0,1% pour les femmes et 0,0% pour les hommes) et à Thiès (0,4% pour les femmes et 0,3% pour les hommes). [EDS IV, 2005]

Tendances de l'infection à VIH dans 4 sites de surveillance sentinelle. BSE N°12, 2006

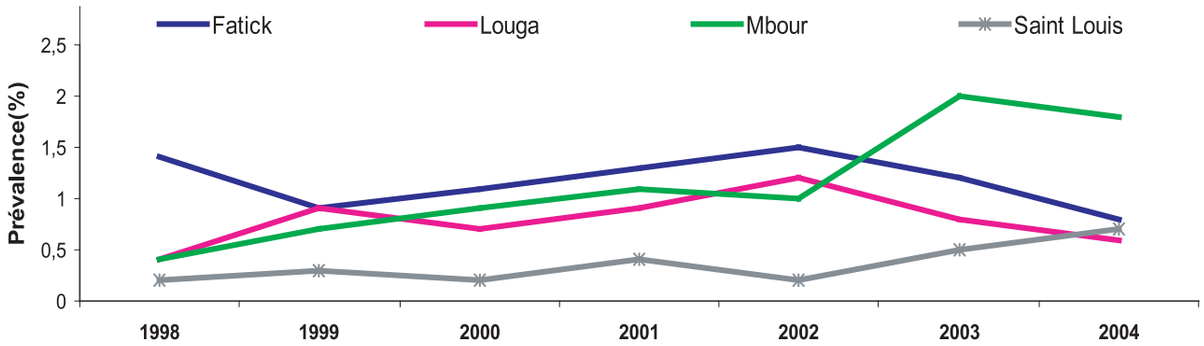


Tableau sur les projections des Répartitions du nombre de personnes infectées par le VIH. BSE N°12, 2006

Les projections montrent que la prévalence du VIH dans la population adulte en 2011 (15-49 ans) devrait rester stable. Cette stabilité devrait être maintenue grâce à un effort général consenti dans la réponse nationale à l'infection. Toujours selon les projections, la tendance à la féminisation de l'épidémie devrait se maintenir en 2011. Le nombre d'adultes infectés devrait s'élever à 57 613 en 2011 dont 55% de femmes. Le nombre d'orphelins estimé à 15 470 en 2006 passerait à 26 511.

Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH			
Année	**Hommes (15-49 ans)**	**Femmes (15-49 ans)**	**Adultes (15-49 ans)**
2004	**2030**	**2340**	**4370**
2005	**2150**	**2470**	**4620**
2006	2500	2800	5300
2007	2170	2590	4760
2008	2520	3030	5540
2009	2310	2720	5030
2010	2630	3130	5760
2011	2636	2331	3801

Nombre de personnes infectées par le VIH				
Année	**Hommes (15-49 ans)**	**Femmes (15-49 ans)**	**Adultes (15-49 ans)**	**Enfants (0-14 ans)**
2004	**20 590**	**25 340**	**45 930**	**4 150**
2005	**21 440**	**26 280**	**47 720**	**4 500**
2006	22 480	27 360	49 850	4 850
2007	23 070	28 090	51 160	5 150
2008	23 900	29 100	53 000	5 440
2009	24 420	29 710	54 130	5 680
2010	25 200	30 640	55 830	5 890
2011	26 005	31 608	57 613	6 261

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 14

Tableau sur les estimations et projections du nombre d'orphelins du Sida. BSE N°12, 2006

Année	Estimation du Nombre d'orphelins
2004	10 860
2005	13 130
2006	15 470
2007	17 810
2008	20 060
2009	22 140
2010	24 020
2011	26 511

Les données relatives aux IST classiques ont permis de noter que la prévalence moyenne de la syphilis chez les femmes enceintes est de 2,3% en 2004 pour l'ensemble des régions sentinelles. Chez les TS, la prévalence de la syphilis est de 8,7% dans la région de Thiès et de 5% dans la région de Ziguinchor (bulletin séro-épidémiologique N°12 de surveillance du VIH).

A l'analyse de la situation épidémiologique, il ressort que la prévalence du VIH est basse et stable dans la population générale. Elle est plus élevée chez les femmes qui sont 2 fois plus infectées que les hommes et augmente avec l'âge. L'infection à VIH reste cependant concentrée au niveau de certains groupes à haut risque notamment les TS et les HSH.

Fort de ces constats, il apparaît important que les stratégies du Plan Stratégique 2007-2011 soient principalement orientées en direction des différentes caractéristiques susmentionnées de l'infection au Sénégal.

1-5 LES FACTEURS DE VULNERABILITE ET LES POPULATIONS VULNERABLES

La vulnérabilité pourrait être définie comme un niveau de risque pour un individu ou un groupe lié à un comportement, face à un événement et les conséquences de cette exposition. La vulnérabilité est fonction des populations (considérées comme vulnérables), des activités économiques exercées, des espaces en situation de vulnérabilité[1].

1-5-1 Les facteurs de vulnérabilité

1- La pauvreté

La pauvreté constitue un facteur de vulnérabilité au VIH car les personnes démunies peuvent adopter des comportements sexuels à risque pour répondre à leurs besoins élémentaires de subsistance. Par ailleurs, les PVVIH qui ont de faibles revenus auront des difficultés à prendre en charge leur famille pendant leurs épisodes de maladie, en plus des dépenses occasionnées par la maladie. Cette situation les expose aux comportements à risque et aggrave la pauvreté.

2- Les Zones de vulnérabilité

- ***Les pôles industriels à grande attraction***

Il s'agit des zones où sont localisées des complexes agro-industriels, des industries de la pêche, la zone de production sucrière, les chantiers de bâtiments de travaux publics. Les travailleurs de ces pôles sont peu sensibilisés aux questions des risques sanitaires et environnementaux. 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'entres 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).

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 15

les plates-formes touristiques

L'existence de ces pôles touristiques draine une population aux origines variées (main-d'oeuvre, touristes, travailleurs 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 ou 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 carrefours de voyageurs

Les voyageurs des carrefours tels que les zones transfrontalières, les gares, certains grands marchés sont constitués pour la plupart de jeunes gens, hommes et femmes qui évoluent pour la majorité dans le secteur informel et 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 pôles religieux

Les grands événements religieux sont des espaces qui drainent des populations de divers horizons.Ainsi le facteur « rassemblement » favorise une promiscuité dans laquelle certains comportements à risque pourraient être développés.

les interfaces urbaines

Les facteurs aggravant 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 prostituées recherchent les points de forte concentration démographique, comme les grandes villes où les opportunités de trouver des clients sont importantes ceci particulièrement dans les lieux où ceux-ci sont financièrement aisés. Dakar constitue un creuset de flux migratoire intense, cette situation a entraîné une prolifération de bidonvilles qui a accentué la pauvreté et la prostitution clandestine. L'exploitation sexuelle économique touche de plus en plus les jeunes.

1-5-2 Les facteurs comportementaux

La faible connaissance du VIH et de ses moyens de prévention, les comportements sexuels notamment l'âge précoce du premier rapport, les rapports non protégés avec un(e) partenaire irrégulier(e) sont identifiés comme facteurs de propagation du virus.

Les résultats de l'EDS IV 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. Les hommes avec un niveau de connaissance de 77,5% sont légèrement plus informés que les femmes (75,5%) sur les moyens à utiliser pour prévenir l'infection.
L'âge médian au premier rapport sexuel est de 18 ans pour les femmes de 25-49 ans et correspond pratiquement à l'âge médian au premier mariage (18,3 ans) [EDS IV, 2005].
Les résultats de l'enquête de surveillance comportementale 2001 avaient montré que les élèves filles semblent pratiquer plus l'abstinence car selon les enquêtes de perception, l 4% seulement à Dakar et 12% dans les autres régions sont sexuellement actives. Par contre chez les élèves garçons, 50% à Dakar et 54% dans les autres régions disent qu'ils ont déjà eu des relations sexuelles.

L'utilisation du préservatif a été renforcée mais reste insuffisante particulièrement chez les jeunes. Près de 52% des jeunes hommes de 15 à 24 ans ont déclaré utiliser les préservatifs lors des relations sexuelles avec des partenaires non cohabitant. Ce taux est plus faible chez les femmes du même âge, 35% d'entre elles ont eu recours au préservatif. Le recours aux préservatifs est plus important chez les femmes scolarisées (53% chez celles de niveau secondaire ou plus contre 19% chez les non scolarisées).

La proportion de Travailleuses du Sexe (TS) officielles qui utilisent systématiquement le condom avec leur client dépasse 90%.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 16

1-5-1 Les populations vulnérables

■ ***les Travailleuses du sexe (TS)***

Les facteurs pouvant accroître la vulnérabilité des TS sont l'adoption de comportements à risque avec la non utilisation de préservatifs avec le partenaire régulier, le caractère clandestin de la pratique, l'âge de la TS, le lieu de la pratique (milieu urbain, milieu rural).

■ ***les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)***

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont exposés au risque de transmission du virus du fait des caractéristiques de leurs pratiques sexuelles (pénétration anale sans préservatif). Les facteurs aggravant la vulnérabilité de ce groupe sont liés à la violence et à la stigmatisation ; leur situation de précarité a entraîné l'accroissement du nombre de Travailleurs du Sexe masculins ; l'absence du recours aux soins, notamment lors des épisodes d'IST ainsi que l'inadaptation des messages de prévention en direction de cette population sont des facteurs qui accentuent leur vulnérabilité (cartographie de la vulnérabilité liée au VIH au Sénégal, 2005).

■ ***Les femmes***

La vulnérabilité des femmes s'explique par leurs caractéristiques biologiques plus propices à la transmission du VIH, leur situation économique généralement faible et d'autre part par un contexte socio culturel discriminant car elles disposent de peu de pouvoir de décision ou de négociation notamment pour l'utilisation du préservatif au moment de la relation sexuelle.

■ ***Les jeunes***

Les facteurs susceptibles d'exposer un jeune au risque d'infection sont la situation de précarité économique, le relâchement du lien et du contrôle social notamment en milieu urbain qui peuvent amener à la pratique de comportements à risque, ajoutés à la fragilité liée à la période de l'adolescence et le manque d'instruction (cartographie de la vulnérabilité liée au VIH au Sénégal, 2005).

■ ***Les OEV***

Les enfants de la rue sont dans une situation de fragilité extrême. Ils sont exposés à divers risques tels que la drogue, la prostitution, la pédophilie qui sont tous des facteurs fortement liés au VIH. Les orphelins et autres enfants rendus vulnérables se retrouvent souvent sans liens sociaux denses et vivant en ville, ils sont dans des situations de très grande vulnérabilité.

■ ***les groupes mobiles***

Le volume important des déplacements s'explique par une mobilité saisonnière, un « exode » rural, une migration inter pays (liée au travail, aux conflits, etc.), une mobilité professionnelle (personnels de forces de sécurité, routiers, affectation…). Les facteurs qui exposent les populations mobiles sont liés d'une part à la mobilité elle-même (le fait de parcourir des régions ou des pays avec des niveaux de prévalence du VIH différents sans le ou la conjointe) et d'autre part aux facteurs socioculturels (statut matrimonial, instruction, absence du contrôle social etc.).

■ ***les petits métiers de ville*** (commerçants, restaurateurs/trices, dockers, agents de contrôle, domestiques et autres personnels de maison)

Les personnes exerçant ces petits métiers ont souvent des familles à leur charge et font face à des pressions résultant de multiples sollicitations pouvant entraîner l'augmentation des risques de déviance sexuelle (cartographie de la vulnérabilité liée au VIH au Sénégal, rapport relatif aux interventions du secteur privé dans la lutte contre le Sida, 2005).

■ ***les détenus***

La vulnérabilité des groupes des détenus est liée aux conditions de détention : absence de prise en charge des IST, relations sexuelles non autorisées et donc non protégées entre détenus (cartographie de la vulnérabilité liée au VIH au Sénégal, 2005).

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 17

les PVVIH

Les PVVIH constituent un groupe vulnérable du fait de leurs conditions économiques et de leur situation sociale. Selon le rapport de la commission de réduction de la vulnérabilité, la perte d'emploi due à la maladie, les coûts de la prise en charge entraînent une paupérisation des PVVIH. Cette situation peut avoir pour corollaire une stigmatisation, une discrimination par la société et la famille de ceux-ci.

ANALYSE DE LA REPONSE

2

19 HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

19 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE 2002 -2006

25 LECONS APPRISES DE LA MISE EN OEUVRE 2002-2006

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 19

2-1 HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

La réponse à l'épidémie du VIH est marquée par le succès enregistré dans la Prévention après plus d'une dizaine d'années par la proactivité dans la thérapie antirétrovirale et par un leadership fort.
La réponse à l'épidémie du VIH au Sénégal a été précoce. Dès le dépistage des premiers cas de Sida en 1986, les autorités ont mis en place le Comité National de lutte contre le Sida.
La lutte contre le Sida était coordonnée au sein du Ministère chargé de la santé qui avait élaboré un programme national de lutte contre le Sida (PNLS). Le programme avait mis l'accent sur la prévention en général et sur la promotion des comportements à moindre risque telle que l'utilisation de préservatifs, l'abstinence ou la fidélité. Ainsi l'utilisation du condom a connu une augmentation importante avec la participation de la société civile dans la promotion et la distribution et grâce à l'appui des partenaires au développement. Progressivement des capacités ont été développées dans le domaine du diagnostic, de la prise en charge et de la surveillance.

En 1998, le Sénégal a entrepris la 1ère initiative Gouvernementale d'accès aux antirétroviraux en Afrique. Cette initiative a démontré la faisabilité et l'efficacité des traitements antirétroviraux dans le contexte de pays en développement. L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique des patients a été possible grâce notamment aux performances dans le domaine du diagnostic, du suivi biologique et de l'accès aux ARV. Après une phase pilote, la décentralisation de l'accès aux ARV a été opérée en mettant en place des équipes compétentes au niveau des régions.

La surveillance sentinelle démarrée dès 1989 a permis de suivre annuellement l'évolution de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les groupes cibles dont les femmes enceintes et a montré un niveau stable de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes autour de 1% et chez les prostituées autour de 20%.

L'appel des Chefs d'Etats à la Session Spéciale des Nations Unies sur le Sida de 2001, les leçons tirées des deux premières décennies du programme ont permis le renforcement du leadership dans la lutte contre le VIH. En 2001, la coordination de la lutte contre le Sida jusque là sous la tutelle du Ministère de la Santé, a été élevée au niveau de la Primature avec la mise en place du Conseil National de Lutte contre le Sida présidé par le Premier Ministre. Cette réforme institutionnelle a permis de renforcer le leadership politique, étatique et communautaire et a rendu plus effective l'appropriation de la riposte à l'épidémie du VIH par les autres secteurs du Gouvernement impliquant dans la mise en œuvre les Ministères en charge de la Jeunesse, de la Santé, des élèves, des militaires, des femmes et des travailleurs.

2-2 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE 2002 -2006

La mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le Sida 2002-2006 était articulée sur quatre objectifs stratégiques suivants : la prévention, la prise en charge médicale et psychosociale, le suivi évaluation, la gestion et la coordination.

Les résultats de la revue annuelle conjointe (février 2005) et de la revue à mi-parcours (octobre 2005) du Programme national multisectoriel de lutte contre le Sida ont montré que des résultats encourageants ont été enregistrés en terme de renforcement de capacités, de plaidoyer, de promotion de comportement à moindre risque, de dépistage volontaire et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Cela a permis de maintenir la prévalence du VIH au Sénégal a un taux de 0,7% (EDS 4) et d'améliorer significativement la survie des PVVIH.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 20

Les composantes stratégiques qui ont été mises en œuvre sont analysées ci après :

2-2-1 Prévention de la transmission sexuelle du VIH

Promotion des comportements sexuels à moindre risque

Une Approche Participative de Prévention (APP), la Communication pour un Changement de Comportement (CCC) et l'Intervention pour un Changement de Comportement (ICC) ont été promus et intégrés dans les programmes de sensibilisation et de prévention de la Transmission Sexuelle mis en œuvre par les Ministères et par plus de 600 ONG et OCB.

Une cartographie des interventions menées au Sénégal dans le domaine de la lutte contre le Sida a révélé que la majorité des acteurs de la société civile et du secteur public sont intervenus au cours de ces trois dernières années dans la composante "Prévention de la Transmission Sexuelle avec essentiellement des activités de formation, de sensibilisation et de mobilisation sociale. L'analyse de la couverture des différents groupes ciblés par les interventions dans cette composante laisse apparaître une concentration des interventions sur les jeunes et sur les femmes. En effet, le milieu du travail (les syndicats, le secteur privé informel et formel), les travailleuses du sexe, les HSH, les populations mobiles (saisonniers et pêcheurs) sont autant de cibles qui ne sont pas suffisamment prises en compte par les interventions. Il y a donc lieu de revoir le ciblage des interventions, et de prioriser les groupes vulnérables et les groupes passerelles.

En outre, le faible niveau de formation d'acteurs constaté dans les domaines de l'IEC/CCC, a considérablement pesé sur la qualité des interventions et dans le contenu des messages diffusés. Un plan de renforcement de capacités national, qui a concerné plus de 1200 membres de la société civile, du secteur privé a été développé et mis en œuvre.

Des supports de communication ont été produits en 2003 dans le cadre d'un processus participatif national initié par FHI/USAID, la Banque Mondiale, le Service de l'Éducation pour la santé et les acteurs du niveau décentralisé et ont été mis à la disposition des acteurs à travers ce programme de renforcement de capacités.

Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

La prise en charge des groupes vulnérables : la prise en charge des IST des groupes vulnérables se fait à travers les centres de référence IST. Les travailleuses du sexe sont particulièrement ciblées par cette stratégie. Les centres IST sont chargés d'assurer le suivi sanitaire et social des travailleuses du sexe enregistrées. Chaque région est dotée d'au moins un centre IST ; certaines régions susceptibles d'abriter une population importante de travailleuses du sexe ont plusieurs centres. Au total, 28 centres IST dont 16 centres de référence existent. Parallèlement des services de prise en charge des IST/VIH chez les HSH sont en train d'être intégrés dans les services de santé.

Les principaux résultats du programme de contrôle des IST enregistrés, concernent l'intégration de la prise en charge syndromique des IST dans 58 districts et le renforcement des capacités de diagnostic avec l'équipement de 45 centres de santé pour le dépistage de la syphilis et de 30 laboratoires de districts pour le diagnostic des IST. Il a été noté de même le renforcement du suivi médico-social de 1800 Travailleuses du Sexe inscrites au niveau de 16 centres IST.
Les problèmes identifiés concernent globalement la baisse de la qualité de la Prise en Charge des IST. En effet, l'algorithme national élaboré en 1999 qui est le guide de prise en charge n'a pas encore été évalué ni révisé. Par ailleurs, l'approche syndromique n'est pas intégrée dans tous les curricula de formation.
En ce qui concerne les groupes vulnérables, la prise en charge des HSH se fait uniquement par un réseau limité de prestataires et n'est pas présente dans toutes les régions. La stigmatisation des HSH par les prestataires de soins est souvent relevée. Il a été noté

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 21

une faible documentation de la symptomatologie des IST chez les HSH ainsi que l'absence de recommandations nationales pour leur meilleure prise en charge.
Par ailleurs, le système d'information note une faiblesse de la gestion des données IST qui serait, en partie liée au Système d'Information et de Gestion (SIG) du Ministère de la Santé qui n'est pas très fonctionnel.

Contrôle sanitaire des prostituées

Au Sénégal, la prostitution est réglementée par une loi qui oblige l'inscription des travailleuses du sexe (TS) dans un ficher sanitaire et social tenu à jour par les autorités sanitaires. Les interventions de prise en charge des IST chez les TS se font au niveau des centres de référence qui existent au niveau national et régional. Le niveau national a pour vocation de prendre en charge les TS référées par le niveau régional, de former, de superviser et de coordonner les activités à tous les niveaux. Les centres de référence régionaux s'occupent du suivi des TS qu'elles soient inscrites ou non au fichier permettant l'accès aux soins pour les prostituées qui n'ont pas choisi de s'inscrire au Fichier. Comme résultat, il a été noté chez les Travailleuses du Sexe suivies au niveau de ces centres IST, un taux d'utilisation du condom avec les clients dépassant 90%. Un guide a été élaboré pour organiser la prise en charge des TS par les prestataires de soins qui oeuvrent dans ce domaine au sein des différentes structures de santé.
Parmi les contraintes, il est noté que la prise en charge des TS cible surtout celles qui sont enregistrées alors que la majorité des TS ne le sont pas. Il a été signalé par ailleurs la stigmatisation au niveau des centres IST et la faible disponibilité des centres IST agréés. La prise en charge du VIH même si elle est organisée à l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS), n'est pas systématique dans les autres sites.

2-2-2 Prévention de la transmission sanguine

Sécurité transfusionnelle

Le programme a atteint son objectif de dépister 100% des dons de sang pour VIH, des virus de l'hépatite B et C afin de sécuriser la transfusion. Chaque année environ 35 000 poches de sang sont systématiquement testées pour le VIH, la syphilis et l'hépatite sur toute l'étendue du territoire. Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a assuré la coordination au niveau national de cette stratégie. Elle a assuré la supervision, le contrôle de qualité ainsi que la gestion de l'approvisionnement en réactifs. De nouvelles banques de sang ont été ouvertes. Les interventions prioritaires pour sécuriser le sang concernent surtout la sélection des donneurs de sang par leur fidélisation, le renforcement des capacités des prestataires sur l'utilisation rationnelle du sang, le dépistage systématique des dons et le contrôle qualité.
L'approvisionnement en réactifs est assurée par le CNTS avec les financements de l'Etat et ses partenaires. Au niveau régional, des Centres Régionaux de Transfusion Sanguine sont mis en place dans la nouvelle politique de transfusion sanguine.
Les problèmes identifiés concernent la coordination au niveau national et la gestion selon un système de Banque de sang ; le nombre de donneurs de sang éligibles reste insuffisant.

Accident d'Exposition au Sang (AES)

La prévention repose sur la prophylaxie post exposition par les ARV, le respect des mesures universelles mais aussi l'amélioration des conditions de travail en milieux de soins.
La prise en charge des AES a été accélérée dans le cadre du programme de prise en charge du VIH et a reposé sur la formation de médecins référents à Dakar et dans les régions, l'identification de services référents, la formation du personnel soignant, la notification des cas d'AES, la distribution de posters et affiches sur la conduite à tenir en cas d'AES.
Les rapports de supervisions font état d'un nombre insuffisant d'affiches distribuées pour la sensibilisation et la lenteur de la mise en œuvre des formations des personnels de soins. La conséquence est la sous information du personnel soignant sur les risques liés à l'exposition au sang et aux autres liquides biologiques. Le programme n'a pas prévu de rendre disponible le matériel de sécurité tel que les conteneurs pour les aiguilles usagées

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 22

ou des gants pour la prévention des AES. Le lien entre la gestion des AES, le plan de gestion des déchets biomédicaux et la politique de sécurité des injections définie en relation avec le Programme Elargi de Vaccination du Ministère de la santé n'est pas évident.

2-2-3 Prévention de la transmission mère / enfant

Dans le rapport 2006 du CNLS, 52 846 femmes enceintes ont eu accès aux paquets de soins Prévention Transmission Mère-Enfant (PTME) dans les sites PTME des hôpitaux et des centres de santé des districts. L'implantation du programme PTME dans les centres de consultations prénatales est un début d'intégration du programme PTME dans les activités courantes de la SR. Afin de standardiser les pratiques et garantir la qualité des services, un document de politique nationale sur la PTME est élaboré et en cours de diffusion.
La Revue à mi parcours du programme ainsi qu'une évaluation menée par les partenaires ont identifié différentes contraintes dont la couverture encore insuffisante de la PTME notamment dans les zones rurales et dans les structures de santé du secteur privé qui sont fréquentées par un nombre conséquent de femmes enceintes.
Par ailleurs, il a été noté que l'accent n'a pas suffisamment été mis sur la réduction de la transmission verticale (de la mère à l'enfant). En effet, le système d'information ne contient que des informations sur le nombre de femmes enceintes conseillées et dépistées et très peu sur la proportion d'entre elles qui reçoit la prophylaxie ou encore le taux de transmission de la mère à l'enfant.

2-2-4 Conseil Dépistage Volontaire (CDV)

L'objectif fixé par le programme de décentralisation des services de Conseils et Dépistage Volontaire (CDV) était de rendre disponible et accessible au moins un centre de dépistage anonyme dans chaque région d'ici 2006. Dans la mise en œuvre, il a été retenu d'intégrer des services de conseils et dépistage volontaire dans les structures sanitaires qui sont déjà connus et fréquentés par les populations. Le fonctionnement de ces structures a été renforcé avec un appui en réactifs, la formation des biologistes des districts en counseling et testing VIH et la supervision des activités par le Laboratoire de Référence de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. Des services de conseils et dépistage ont également été intégrés dans des secteurs autres que la santé (armée, services médicaux scolaires, centre conseils pour adolescent du Ministère de la Jeunesse).

L'intégration des services de conseil et dépistage volontaire dans 80 structures sanitaires publiques, des forces armées, des jeunes est un des résultats du programme ainsi que l'ouverture de 11 centres de dépistage volontaire dans 08 régions avec 4 ONG impliquées dans l'implantation et le fonctionnement de CDV. Les services de conseils et dépistage volontaire sont rendus gratuits grâce à l'appui de l'Etat et de ses partenaires.
Malgré la mise en place de ces services de conseils et dépistage, leur utilisation par les populations reste encore faible. C'est afin d'accroître l'utilisation de ces services que la stratégie avancée a été mise en oeuvre. Une équipe mobile de biologistes et conseillers se déplace à l'occasion des mobilisations sociales pour rapprocher l'offre de services des populations. Cette stratégie avancée du dépistage volontaire est couplée aux activités de mobilisation sociale qui sont mises à profit pour booster le dépistage volontaire. Ainsi les campagnes de promotion du dépistage lors des semaines de mobilisation nationale (semaine Jeunes/Sida et semaine Femmes/Sida) ont été l'occasion pour faire des dépistages de masse.

Dans le rapport 2006 du CNLS, 143 400 personnes avaient bénéficié de services de Conseils et Dépistage Volontaire. Les stratégies avancées de conseils et dépistage volontaire, mises en œuvre dans le cadre du partenariat entre le secteur santé et les secteurs Jeunes, Femmes, Forces de sécurité, Education et de la société civile ont fortement contribué à l'atteinte de ces résultats.

Cependant, la demande de dépistage reste faible dans les structures où le service est intégré. Cela s'explique par une inadéquation voire parfois une insuffisance dans

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 23

l'organisation des laboratoires et une insuffisance en personnels qualifiés qui ne facilitent pas l'offre de conseils et dépistage dans le cadre de la stratégie fixe. En outre, Les services de conseils et dépistage ne sont pas disponibles en zone rurale et en zone d'insécurité. Aussi les stratégies pour le conseil et le dépistage volontaire ne sont pas suffisamment orientées en direction des groupes vulnérables.

2-2-5 Stratégie de prise en charge

Prise en charge médicale y compris l'accès aux ARV

A partir de 2003, avec la mise en œuvre du PSLS 2002-2006 et le passage à l'échelle de la prise en charge, les ARV ont été rendus disponibles dans l'ensemble des 11 régions. Ce programme a été fortement favorisé par la décision du Gouvernement de rendre gratuits le dépistage du VIH, le traitement par les ARV et les examens de suivi immuno-virologique. Les efforts de décentralisation déjà entrepris par le Sénégal ont été renforcés dans le cadre de sa participation à l'Initiative «3 en 5 » de l'OMS, avec un objectif d'atteindre 4500 patients sous ARV en décembre 2005.

Au 31 mai 2006, les principaux résultats du programme montrent que 17 hôpitaux sur 20 et 32 centres de santé offrent une prise en charge médicale avec les ARV. Le nombre de patients sous ARV est passé de 870 patients en fin 2002 à 4764 en mai 2006. L'inscription des ARV et des réactifs de dépistage dans la liste des médicaments essentiels et la gratuité des ARV et des examens immunologiques sont également des résultats importants dans l'accès des traitements ARV et dans le processus de décentralisation. Pour des exigences de qualité, des normes et standards sont élaborés et doivent permettre une évaluation régulière de la qualité de la prise de charge.
Les problèmes dans la mise en œuvre sont plutôt liés à la gestion logistique des ARV dans le contexte de la décentralisation, la faible intégration des stratégies TB/VIH et le recours tardif des PVVIH aux soins. La mise en œuvre a démontré la nécessité de renforcer le système de santé en personnel qualifié, en équipements, en réactifs et consommables pour lui permettre d'assurer le diagnostic correct, le traitement antirétroviral et le traitement des infections opportunistes y compris la tuberculose.
L'insuffisance du système de gestion des informations sanitaires limite la notification des cas de Sida, des cas de décès et rend insuffisant le suivi des performances dans la prise en charge des PVVIH.

Prise en charge communautaire des PVVIH

En 2003, l'organisation de la conférence sur la prise en charge communautaire et à domicile des PVVIH a permis le passage à l'échelle de la prise en charge communautaire et traditionnelle des PVVIH. De même l'existence de partenaires qui acceptent de financer les activités de prise en charge communautaire pour les PVVIH, l'existence d'associations de PVVIH ou d'organisations travaillant sur la prise en charge des PVVIH dans toutes les régions a appuyé la décentralisation des activités de prise en charge communautaire.

D'après une étude réalisée sur la cartographie des offres de soins, les contraintes à la mise en œuvre se résument dans la surcharge de travail des travailleurs sociaux au niveau des structures de santé ; le manque d'harmonisation au niveau des financements et des activités des structures de la société civile, avec comme conséquence les duplications d'activités, les pertes de ressources pour le plus grand nombre de cibles ayant besoin de financement ; la faiblesse des montants alloués pour le financement des activités et leur courte durée par rapport aux besoins énormes des PVVIH; La focalisation des leaders d'ONG sur la recherche de financement au détriment des activités ; les contours du leadership mal défini et le cloisonnement de l'information en ce qui concerne les besoins de collaboration, d'échanges et de soutien entre les structures de santé publique et la société civile.

La faible visibilité des PVVIH est identifiée comme un obstacle dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 24

Concernant la prise en charge nutritionnelle, les partenaires au développement et les organisations de la société civile en rapport avec les PVVIH et leurs familles se sont engagés auprès des autorités sanitaires nationales à initier des actions de nutrition des PVVIH dans le cadre de stratégies nationales concertées de prise en charge de ces dernières. Cela s'est matérialisé par la création d'une « Task force Nutrition VIH » dont les termes de référence ont été validés en Mars 2005 et la mise en place effective en Avril 2005. Depuis lors, les activités sur la nutrition et le VIH ont été déroulées de façon concertée et structurée dans le cadre d'un programme d'action sanitaire national au sein de la Task force sous la coordination de la Division Sida/IST et de la Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE) avec l'appui conséquente des partenaires au développement, des associations de PVVIH et des acteurs des autres secteurs et de la société civile. Toutefois des gaps sont à combler concernant la couverture de la prise en charge communautaire et nutritionnelle des patients au niveau décentralisé.

Prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV)

La prise en charge des OEV constitue un des gaps stratégiques les plus importants du Plan stratégique 2002-2006 qui ne l'avait pas identifiée comme composante prioritaire. Pour corriger cette insuffisance, un plan national des OEV a été élaboré par un groupe de travail multisectoriel et les Stratégies identifiées visent à :

- identifier, évaluer les besoins spécifiques des OEV afin d'aider les familles à dresser une échelle de priorités ;
- identifier et analyser les réponses familiales en vue de les renforcer ;
- développer le partenariat et exploiter les synergies en intégrant les activités dans les programmes préexistants et en développer une réponse multisectorielle ;
- faire un plaidoyer pour l'adoption d'un cadre institutionnel et de dispositions légales favorables afin de créer un environnement propice et faire adopter une démarche respectueuse des Droits de l'enfant ;
- favoriser le continuum prévention prise en charge de l'enfant et de la famille ;
- et évaluer l'impact des interventions en menant des recherches et en tenant compte des leçons apprises dans la conception des actions futures.

De nombreuses activités ont été développées à l'endroit des OEV mais la principale contrainte est la faiblesse des données sur la prise en charge des OEV surtout dans les régions. Aussi il est relevé l'absence de mise en oeuvre du plan national liée à une faible mobilisation des ressources pour accompagner les interventions surtout pour le financement du volet de la prise en charge et appui aux familles dans la prise en charge des orphelins et enfants infectés et affectés.

2-2-6 Suivi évaluation

Le suivi de l'évolution de la réponse dans les zones d'intervention et des impacts prévus repose sur un système de surveillance qui constitue une source essentielle d'information. Le premier système de surveillance sentinelle, initié par l'OMS, a ensuite été complété par les enquêtes comportementales, les enquêtes combinées (biologiques et comportementales), les enquêtes de prévalence des IST, les Enquêtes Démographiques et de Santé intégrant la prévalence du VIH (EDS plus), des études et des recherches etc.
Le programme de surveillance sentinelle est mis en œuvre par le Laboratoire de Bactério Virologie (LBV) de l'hôpital Aristide Le Dantec avec l'appui des partenaires techniques et financiers (FHI/USAID, CDC). Le programme a mis en place des sites qui sont équipés et approvisionnés en réactifs. Des formations ont été organisées à l'attention du personnel de ces sites qui sont périodiquement supervisés pour assurer la qualité des services et recueillir les échantillons de sérums pour contrôle de qualité au LBV. La restitution des résultats de surveillance se fait chaque année après la publication d'un bulletin épidémiologique.
L'évaluation du système de surveillance permettra d'évaluer tous les aspects (logistiques, organisationnels, institutionnels, de suivi et coordination, qualité des services). Elle vise l'identification des faiblesses et les actions à renforcer pour obtenir un système de sur-

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 25

veillance coût efficace et adapté aux contextes national et international. La révision du protocole de surveillance des IST et du VIH est un des résultats attendus de cette évaluation.
Le SE/CNLS a élaboré un plan de suivi évaluation de la stratégie nationale qui doit collecter et analyser les informations provenant de l'ensemble des acteurs de la réponse conformément aux recommandations des « Three Ones ». Le suivi porte sur les performances des acteurs publics, privés et communautaires ainsi que de leur niveau de participation. Entre 2003 et 2005, le système national de suivi évaluation du Sénégal a parcouru un processus important de développement et d'extension. Au niveau central, un manuel a été révisé, mais il est insuffisamment diffusé auprès des acteurs surtout de la société civile. Au niveau décentralisé, le Programme National est parvenu à une standardisation du système de remontée des données grâce, d'une part, à l'appropriation du logiciel Hi Project par les UAR dans les régions et, d'autre part, par la flexibilité et la simplicité des outils de suivi. Cependant les informations provenant du logiciel sont peu utilisées au niveau des régions pour la prise de décisions. Le suivi se limite aux 20 indicateurs contenus dans le plan stratégique mais ces indicateurs ne prennent pas en compte tous les aspects de la réponse.

2-2-7 La coordination et la gestion

Se conformant aux recommandations de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida de juin 2001 (UNGASS) et conscient que le Sida est un problème de développement, le Sénégal a mis en place, le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) placé sous la tutelle de la Primature, dans lequel l'ensemble des acteurs de la lutte sont représentés. Le CNLS est reconnu comme l'unique organe de coordination de la réponse nationale au VIH, par tous les partenaires et acteurs, à tous les niveaux. L'organe exécutif du CNLS est le Secrétariat Exécutif (SE/CNLS).

La décentralisation a été placée au cœur de l'approche retenue par le Sénégal pour combattre le VIH. C'est ainsi que le Décret instituant le CNLS a également créée, au niveau des régions et des départements, des comités régionaux (CRLS) et départementaux (CDLS) de lutte contre le Sida, présidés respectivement par les gouverneurs et les préfets. Ils comportent en leur sein un Comité Technique Restreint (CTR) chargé d'assurer la coordination et le suivi/supervision des activités au cours desquelles les fiches mensuelles de données exigées pour le système de suivi sont recueillies et d'appuyer techniquement les bénéficiaires de projets du PNMLS. Ce dispositif institutionnel mis en place au niveau décentralisé par le SE/CNLS est renforcé par les Unités d'Appui Régionales (UAR) qui sont des structures d'impulsion et de facilitation au niveau décentralisé.

La revue à mi parcours du plan national pour la période 2002-2006 avait révélé certaines contraintes concernant l'organisation des institutions de coordination et d'organisation de la réponse au Sida. En effet, suite à la revue, une étude menée avec l'appui de l'ONU-Sida avait identifié des faiblesses dans les schémas institutionnels et organisationnels du SE/CNLS et dans la communication institutionnelle. Les recommandations de cette étude sont mises en œuvre à travers l'élaboration d'un manuel de management interne et le renforcement de la communication du CNLS.

2-3 LECONS APPRISES DE LA MISE EN OEUVRE 2002 - 2006

Le fort engagement politique des plus hautes autorités du pays et la réelle appropriation de la lutte contre le Sida par les acteurs de la société civile, les secteurs public et privé, les personnes vivant avec le VIH et les partenaires au développement ont permis de créer un environnement socio-politique favorable pour la mise en œuvre des interventions réussies.

Le développement de partenariat et d'alliance stratégique intersectorielle, avec les ONG pour la mise en œuvre de projets et plans d'actions de prévention de la transmission du VIH a aidé à la réalisation d'indicateurs clefs notamment dans les composantes **PTME et CDV**.

La mise en œuvre d'interventions ciblées ont permis de freiner les nouvelles infections au niveau des populations clés les plus exposées à l'infection à VIH (TS et HSH) et d'autres groupes exposés au risque tels les Militaires et autres Forces de Sécurité, les détenus, les chauffeurs et camionneurs, mais aussi au niveau des groupes vulnérables : adolescents, jeunes et femmes.

La promotion des services de conseil et dépistage volontaire a été accélérée par la mise en œuvre des stratégies avancées et grâce à l'alliance stratégique et au partenariat entre le secteur santé, les secteurs non santé, la société civile et le secteur privé.

Les stratégies d'implication du secteur de la Famille, des organisations communautaires mises en œuvre pour accélérer le dépistage dans le cadre de la PTME, ont permis de booster la décentralisation de la PTME même si elle est jugée encore lente.

L'inscription des ARV sur la liste des Médicaments Essentiels et la gratuité des ARV ont permis une diminution des prix d'achat des médicaments. Avec l'élargissement des traitements et la décentralisation de la distribution au niveau des Pharmacies régionales d'Approvisionnement (PRA), il apparaît important, afin de garantir la qualité des produits VIH et assurer leur bonne traçabilité, de retenir le renforcement de la gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments, réactifs et autres produits VIH comme axe stratégique prioritaire du PSLS.

Concernant le système de Suivi/Evaluation, en plus de la surveillance par sites sentinelles, l'enquête EDS4 a étudié les prévalences au niveau des capitales et départements avec une population plus représentative ainsi que les comportements en rapport avec le VIH. Une enquête de surveillance combinée a été réalisée pour évaluer les prévalences au niveau des groupes mobiles.

La gestion financière et comptable dédiée à une structure privée bénéficiaire d'une grande expertise, a surtout permis aux experts de mieux se concentrer sur les aspects stratégiques et techniques de la réponse au Sida. Il y a lieu cependant de pérenniser cette expérience bénéfique en mettant en place au niveau du SE/CNLS une unité de gestion financière pour capitaliser les acquis en gestion financière et comptable.

On note enfin un début d'appropriation de la réponse par les secteurs autres que la Santé, l'Education, Forces Armées, Jeunesse, Famille, Travail…

Le plan stratégique de lutte contre le Sida 2007-2011 vise la réduction des nouvelles

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 27

PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2007 - 2011

3

28 VISION
28 PRINCIPES DIRECTEURS
28 PRIORITES
28 CIBLES PRIORITAIRES
29 OBJECTIFS GENERAUX
29 OBJECTIFS STRATEGIQUES
36 COMPOSANTES DU PSLS 2007-2011
47 RESUME DU BUDGET PSLS 2007-2011
48 RESULTATS ATTENDUS DU PSLS 2007-2011
52 LISTE DES INDICATEURS

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 28

3-1 VISION

infections et de l'impact du Sida. De façon plus spécifique sera promue une accélération de la Réponse à l'épidémie de VIH en vue d'un accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement.

3-2 PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs qui guident la réponse à l'épidémie du VIH au Sénégal sont les suivantes :

l'approche multisectorielle ;
- le respect de l'équité dans l'accès aux interventions ;
- l'accès aux services de soins et de prévention pour les groupes vulnérables ;
- le respect de l'éthique et le recours aux approches de protection des droits humains ;
- le bannissement de toute exclusion et/ou stigmatisation en direction des PVVIH,
- des orphelins ou des autres groupes vulnérables ;

la prise en compte du genre dans les cadres de décision, de mise en œuvre et
- dans le ciblage des interventions ;

le renforcement du leadership national et local ;
- la décentralisation des interventions vers les zones rurales ;
- le Respect des mandats et fonctions en insistant sur la distinction entre les
- structures de décision, de coordination et de mise en œuvre ;

le Respect du Three Ones.
-

3-3 PRIORITES

Les priorités de ce plan stratégique s'articulent autour de :
la consolidation des acquis ;
- l'élargissement des interventions dans la perspective de l'accès universel aux services
- de prévention, de soins et de traitement ;

la capitalisation des actions menées jusque là en direction de la population générale et
- le renforcement des interventions dans les groupes vulnérables et exposés à un risque

élevé, en tenant compte du caractère concentré de l'épidémie et des facteurs de vulnérabilité ;
- la mise en œuvre d'une politique renforçant la prise en compte de la dimension genre et des groupes vulnérables à tous les niveaux d'exécution des interventions (PVVIH, OEV)

3-4 CIBLES PRIORITAIRES

Il s'agit des populations vulnérables à l'infection à VIH

3-4-1 Les populations clés les plus exposées au risque d'infection à VIH

Les Travailleuses du Sexe,
Les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes,
Les hommes et femmes avec IST.

3-4-2 Les populations clés exposées au risque d'infection à VIH

Les jeunes et les adolescents « 15 - 24 ans »
Les femmes « 25 - 49 ans »
Les populations mobiles (militaires et autres forces de sécurité, agents de transport, migrants, réfugiés, pêcheurs, travailleurs saisonniers)
Les populations fréquentant les sites touristiques, sites industrielles, aurifères, etc...

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 29

3-4-3 Les personnes vivant avec le VIH

3-4-4 Les orphelins et enfants vulnérables

3-5 OBJECTIFS GENERAUX

1 - Maintenir la prévalence du VIH à moins de 2 %
2 - Promouvoir l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH
3 - Améliorer la prise en charge socio-économique des personnes vivant avec le VIH et des orphelins et enfants vulnérables
Cinq (05) objectifs stratégiques du PSLS 2007 – 2011 ont été retenus pour obtenir l'impact visé. Pour chacun d'entre eux, un ensemble d'objectifs spécifiques ont été identifiés en fonction de l'analyse de la situation.

3-6 OBJECTIFS STRATEGIQUES

Renforcer la prévention de la transmission du VIH se matérialisera par l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de communication, l'élargissement de la couverture des programmes de prévention, la réduction des comportements sexuels à risque, la sécurité transfusionnelle et des actes médicaux et biomédicaux, la prise en charge des IST, le dépistage volontaire et l'accélération du programme de prévention de transmission mère enfant du VIH. Sept objectifs spécifiques détermineront les résultats attendus de la mise en œuvre des interventions liées à cette stratégie.

3-6-1 Objectif Stratégique 1

- ***Objectif Spécifique 1-1*** ***: Elargir la couverture des programmes de communication sur le Sida.***
  Une stratégie nationale de Communication pour le Changement de Comportements (CCC) face au VIH accompagnera le plan stratégique pour servir de cadre de référence et d'orientations permettant aux acteurs de développer des plans de communication qui appuieront de manière intégrée et cohérente la réponse nationale. Les études sur les déterminants de la propagation du VIH dans certains groupes vulnérables permettront de produire des outils de communication et d'éducation plus spécifiques. Des formations seront données aux acteurs de la lutte mais également aux enseignants pour l'élaboration des plans d'actions CCC. Par ailleurs la prévention du VIH et la santé de la reproduction déjà intégrés aux programmes scolaires seront renforcées. Ces activités seront suivies et évaluées afin que des ajustements leurs soient apportés pour renforcer les mécanisme de prévention. Ces interventions permettront d'accroître le nombre de structures opérationnelles pour la mise en œuvre d'activités IEC/CCC.
  Afin de renforcer l'information et la communication sur le Sida au sein de la population, il est essentiel d'établir une collaboration effective avec les journalistes mais aussi avec les responsables des radios nationales, régionales et communautaires pour améliorer leurs capacités à appuyer les interventions par des campagnes de communication, la publication d'articles et la diffusion d'émissions sur le Sida. Ainsi, une large proportion de la population sera couverte par les activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportements.

- ***Objectif Spécifique 1-2*** ***: Réduire les comportements et les pratiques à risque de la transmission du VIH.***
  Il s'agira de renforcer les acquis du programme et de développer des stratégies de communication qui permettront d'aboutir à un changement de comportement durable. Globalement, trois stratégies complémentaires, s'appuyant sur les enseignants et les réseaux sociaux existants (la famille, les groupements de femmes, les associations de jeunes, les

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 30

associations socioprofessionnelles, les associations de quartier ou de villages, les leaders religieux, les leaders communautaires) seront principalement favorisées. Il s'agit de :

i) la communication interpersonnelle,
ii) la mobilisation sociale et communautaire, et
iii) les stratégies de promotion de l'utilisation de préservatifs.

La communication interpersonnelle ciblera notamment les groupes vulnérables et les populations clés exposées au risque d'infection à VIH et se fera dans un cadre adapté aux cibles en tenant compte des réalités socioculturelles.
La mobilisation sociale et communautaire sera utilisée avec les groupes cibles prioritaires afin de les mobiliser et de les aider à identifier leurs problèmes relatifs au VIH, prendre des décisions et s'organiser pour apporter des solutions. Dans un processus de renforcement des capacités, les organisations travailleront en collaboration avec les communautés ciblées pour ensemble, développer un plan d'action de prévention des risques pour leur communauté.
Les stratégies de promotion de l'utilisation des préservatifs seront renforcées par les réseaux d'approvisionnement et de distribution des préservatifs, le marketing social des préservatifs et des comportements sexuels à moindre risque.
La mise en œuvre de ces stratégies nécessite une implication de relais et travailleurs communautaires disposant de compétences en technique de CIP basée sur la négociation et en maîtrisant la démarche de mobilisation communautaire pour la résolution des problèmes. Aussi le renforcement de capacités (formation, supervision formative et échanges d'expériences) des acteurs devra être effectif afin d'assurer la qualité des interventions.
Ces différentes interventions permettront d'accroître le nombre de communautés vulnérables couverts par les actions d'IEC/CCC et la population active ayant accès aux préservatifs masculins et féminins. La prévalence du VIH dans la population de 15 à 24 ans et dans les groupes vulnérables sera maîtrisée.

- ***Objectif Spécifique 1-3 : Améliorer la qualité de la prise en charge des IST dans les services médicaux publics, privés, parapublics y compris militaires et confessionnels.*** Afin de contrôler les IST qui sont des facteurs de propagation du VIH.
Les interventions retenues porteront sur la révision régulière des guides et l'évaluation de la qualité de la prise en charge des IST, le renforcement de l'approche syndromique pour la prise en charge des IST par niveau selon les directives nationales. Un renforcement des structures de santé par l'approvisionnement régulier en médicaments, préservatifs, équipements, matériels cliniques, réactifs de laboratoire et consommables, le renforcement des capacités des prestataires de soins surtout dans le domaine de la prise en charge des populations clés les plus exposées au risque d'infection à VIH sont les axes prioritaires de cette stratégie. L'amélioration significative du système de gestion des données sur les IST complétera la stratégie et permettra d'accroître le nombre de patients bénéficiant d'une prise en charge des IST de qualité dans les services de référence et dans les régions et districts.

- ***Objectif Spécifique 1-4 : Assurer l'innocuité transfusionnelle en rapport avec le VIH dans tout le pays*** en opérationnalisant le système d'assurance qualité, en renforçant les capacités techniques des services impliqués dans la mise en œuvre et le suivi des activités transfusionnelles, en approvisionnant les services de transfusion en réactifs matériels de dépistage et autres produits dérivées du sang, en formant le personnel des unités de transfusion et des services prescripteurs de sang, en renforçant et en impliquant les associations de donneurs de sang dans les campagnes d'informations sur le don du sang. Toutes ces activités permettront la fidélisation des personnes qui donnent volontairement leur sang et feront baisser le nombre de poches de sang éliminées. 100% des dons de sang seront testés et sécurisés pour la syphilis, le VIH, les virus de l'hépatite dans l'ensemble des établissements de transfusion sanguine.

- ***Objectif Spécifique 1-5 : Assurer la sécurité des actes médicaux, biomédicaux et des expositions aux liquides biologiques*** afin de réduire le risque de transmission du VIH parmi les professionnels de la santé, les secouristes et lors des autres expositions au VIH.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 31

Les interventions porteront essentiellement sur l'approvisionnement des structures de soins en matériel de protection, de désinfection, de stérilisation et de traitement des déchets biomédicaux, l'organisation de la prise en charge des cas d'exposition accidentelle aux liquides biologiques et des cas d'exposition involontaire au sexe, la création d'un observatoire des bonnes pratiques en matière d'hygiène hospitalière en plus de la formation et de l'information du personnel des formations sanitaires, une meilleure gestion des déchets biomédicaux. Ces interventions permettront d'augmenter le nombre de structures équipées en matériel de protection, de désinfection et de stérilisation, le nombre de professionnels de la santé informé sur les risques et les mesures de protection. La prise en charge post exposition des personnels de soins et celle de personnes victimes d'exposition au sexe sera améliorée.

- ***Objectif Spécifique 1-6*** ***: Renforcer l'accès aux services de conseil et de dépistage volontaire du VIH*** afin de permettre à la population de 15-49 ans et aux groupes cibles prioritaires de connaître leur statut et de développer des comportements de protection vis-à-vis du VIH. La stratégie prévoit la réalisation de campagnes de promotion du dépistage, des stratégies avancées, des semaines de dépistage volontaire, la mise en œuvre d'activités de conseils et dépistage selon les Directives nationales, le renforcement et l'harmonisation des compétences des prestataires, l'adoption d'un mécanisme de coordination et de suivi de la mise en œuvre des activités des CDV. Ainsi, avec l'accroissement du nombre de personnes sexuellement actives conseillées et dépistées, la prévention du VIH sera renforcée chez les personnes dépistées négatives et le recours aux soins se fera plus tôt pour les personnes VIH positives.

- ***Objectif Spécifique 1-7*** ***: Accélérer la couverture et l'accès aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*** afin de contrôler la transmission du VIH chez les nourrissons nés de mère séropositive. Les interventions prioritaires vont porter sur des campagnes de promotion de la PTME chez les femmes en âge de procréer, la mise en œuvre d'activités de PTME qui s'articulent autour de l'offre systématique de conseils et dépistage aux femmes en consultations prénatales, le traitement prophylactique des femmes et la prise en charge des femmes et des enfants infectés. Ces activités sont possibles grâce au renforcement du système de santé, en particulier des services de CPN/SR au niveau urbain et rural par un approvisionnement régulier en médicaments ARV, préservatifs, équipements et matériel clinique, le renforcement des capacités et de leur encadrement des prestataires et par l'adoption de mécanismes de contrôle et de suivi des activités. Des concertations et réunions thématiques se feront dans le but d'améliorer l'environnement juridique voire l'inclusion du test VIH dans le bilan prénatal. Ces actions permettront d'augmenter le nombre de femmes enceintes séropositives correctement prises en charge et auront un impact sur la transmission du VIH de la mère à enfant.

3-6-2 Objectif Stratégique 2

Améliorer la prise en charge globale du VIH se fera par l'élargissement de la couverture des programmes de prise en charge médicale y compris l'accès aux ARV, la prise en charge communautaire et celle des orphelins et enfants vulnérables.

- ***Objectif Spécifique 2-1*** ***: Renforcer la prise en charge médicale des PVVIH.***
La prise en charge médicale des PVVIH y compris les enfants passera par le renforcement des capacités des structures de prise en charge, les services hospitaliers nationaux et régionaux publics, privés et communautaires, des districts. Les capacités des services sont renforcées en équipement, formation et personnel qualifié. Le renforcement du système d'approvisionnement et de distribution de réactifs, matériels biomédicaux et médicaments ARV et IO sera le défi à relever. Il est important de mettre en place un réseau de laboratoires performants par le renforcement du plateau technique pour le diagnostic et le suivi biologique périodique des patients (dosage des CD4 au niveau des districts, charge virale plasmatique au niveau régional, bilan hématologique et biochimique au niveau des sites de prise en charge). L'appui en médicaments pour le traitement des infections opportunistes et le renforcement du système de PEC nutritionnelle et psychosociale sont également des axes importants de cette stratégie.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 32

Par ailleurs dans le souci d'améliorer la qualité de la prise en charge dans un pays où la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite est de l'ordre de 20% et également où la tuberculose et les mycobactérioses atypiques font partie des infections opportunistes les plus fréquemment retrouvées chez les PVVIH admis dans les structures de soins, des stratégies sont proposées pour une prise en charge et une prévention intégrées VIH et tuberculose mais aussi celles des autres infections telles que l'hépatite. La mise en place d'un système de prise en charge TB/VIH permettra d'améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les patients VIH, la proposition du dépistage VIH chez les tuberculeux, la prophylaxie à l'INH chez les patients coinfectés VIH/TB.
La couverture en ARV est effective dans les hôpitaux régionaux et dans certains districts. Les ARV sont aussi intégrés dans le circuit des médicaments essentiels. Le PSLS 2007-2011 s'orientera vers un élargissement en visant l'accès universel aux soins et aux traitements mais aussi en garantissant la qualité des interventions.
Afin d'atteindre les 11 752 patients d'ici 2011, des stratégies seront mises en oeuvre pour augmenter le recours précoce aux traitements et aux soins pour tous ainsi que la recherche des perdus de vue. La décentralisation des ARV au niveau de tous les districts devra se poursuivre et s'étendre au niveau communautaire et dans le secteur privé. Le renforcement des structures de prise en charge du VIH ainsi que des stratégies d'implication des différents secteurs y compris les communautés, le continuum des soins et la recherche opérationnelle doivent être mis en oeuvre pour atteindre les objectifs fixés.
Le renforcement du système de gestion des données est aussi un impératif pour suivre et assurer la qualité de la prise en charge médicale.

- ***Objectif Spécifique 2-2* : Renforcer la prise en charge communautaire du VIH**

La connaissance des besoins des Organisations de prise en charge communautaire est un préalable pour permettre le renforcement de ces structures y compris du Réseau National des PVVIH. Il s'agira de renforcer les capacités des ONG dans la prise en charge, l'accompagnement des PVVIH et le plaidoyer. Les structures existantes telles que les cellules d'accompagnement soutien et les associations de PVVIH seront appuyées au niveau de toutes les régions et districts en particulier dans le contexte de la décentralisation de la prise en charge médicale et de la PTME au niveau des districts sanitaires.

Le plan prévoit d'accroître les moyens humains, matériels et financiers destinés aux activités de prise en charge communautaire des PVVIH et de soutenir les organisations communautaires dans les activités d'accompagnement.
La mise en œuvre d'activités de prise en charge communautaire devrait permettre d'assurer un paquet d'activités comprenant les conseils aux PVVIH identifiés par les associations et les services de santé, le soutien par les visites et soins à domicile, le soutien aux familles pour la prise en charge ainsi que l'assistance sociale et/ou juridique.
La mise en œuvre d'activités de soutien économique aux PVVIH se fera par leur formation en gestion de microprojets, le financement de micro crédits, la subvention, les Activités Génératrices de Revenus financées en faveur des PVVIH.
Il s'agit par ailleurs d'encourager les échanges d'expérience et de meilleures pratiques entre le Sénégal et les pays de la sous région.

L'accès des PVVIH et de leurs familles à une alimentation correcte constitue une préoccupation fondamentale. Ainsi le renforcement des actions et des messages orientés vers les PVVIH pour un soutien nutritionnel dans le cadre de leur prise en charge médicale et accompagnement psychosocial est fondamental. La prise en charge nutritionnelle privilégie l'approche par contact en offrant un paquet minimum de services en nutrition (PISEN) aux personnes infectées et affectées. Les rôles et responsabilités des intervenants dans la prise en charge nutritionnelle des PVVIH et de leurs familles sont définis au sein de la « Task Force Nutrition ».

- ***Objectif Spécifique 2-3* : Renforcer la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables**

Poursuivant les objectifs du plan d'action national de prise en charge des OEV, une analyse situationnelle permettra d'identifier le paquet d'interventions pour répondre aux besoins des OEV et de leurs structures de prise en charge (médicales, sociales et communautaires). Il s'agira de définir le paquet d'activités du continuum des soins et d'éla-

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 33

borer la politique, de mettre en place des normes et procédures en matière de soutien psychosocial, d'accompagnement des PVVIH et des OEV. La prise en charge des OEV et de leurs familles sera globale, centrée sur les personnes, intégrée et multisectorielle. Un plaidoyer sera fait pour mieux engager les pouvoirs publics, les partenaires techniques et financiers et les leaders communautaires dans la prise en charge psychosociale et l'accompagnement des PVVIH. Il sera également fait un plaidoyer au niveau des secteurs de développement afin de les sensibiliser sur les besoins des PVVIH et de leur famille et les impliquer dans le soutien aux activités communautaires, en particulier les Ministères en charge des femmes, de l'Education, de la Jeunesse, du Travail et de l'Emploi et le secteur privé. Les interventions prioritaires concernent le renforcement des capacités opérationnelles des ONG et des associations pour la prise en charge des OEV, le renforcement des capacités des familles à mettre en œuvre le paquet minimum d'activités de prise en charge des OEV par les familles et les ONG/Associations (soutien alimentaire et nutritionnel, hygiène de vie, loisirs et habillement, soutien financier pour le suivi médical, soutien scolaire, soutien juridique et de protection sociale, subventions pour micro crédits)

3-6-3 Objectif Stratégique 3

Promotion d'un environnement socio économique, politique et éthique favorable. Cette stratégie vise à promouvoir un environnement favorable à l'utilisation de services de prévention et soins et réduit ainsi la vulnérabilité des populations au VIH. Un ensemble d'objectifs stratégiques a été défini pour favoriser l'atteinte des résultats retenus.

- ***Objectif Spécifique 3-1 : Renforcer le leadership national et local dans la lutte contre le Sida.***
  Les collectivités, les groupes confessionnels, religieux musulmans et catholiques, les ONG, les syndicats d'enseignants, les parents d'élèves, responsables de l'armée, les leaders des associations des jeunes, des groupements féminins, les patrons du secteur privé, et les médias devraient s'engager aux côtés des structures gouvernementales et jouer un rôle clé dans la promotion de l'utilisation des services. La stratégie de Communication pour le Changement de Comportement intégrant le plaidoyer qui sera élaborée, permettra de mieux cibler les interventions pour un changement de comportement.

  Pour atteindre cet objectif, un ensemble d'outils de plaidoyer seront développés et utilisés pour la sensibilisation et le renforcement des capacités des leaders politiques. Ainsi, des documents de politiques et stratégies sur les groupes vulnérables seront actualisés et mis à la disposition des décideurs politiques, religieux et locaux. Les décideurs politiques seront invités à s'impliquer dans les instances de décision de la lutte (CNLS, CRLS, CCM). Grâce à leur participation aux instances de décision, des politiques favorables à l'environnement de la lutte contre le VIH/Sida seront promues.

- ***Objectif Spécifique 3-2 Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des groupes vulnérables***. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination doit être un axe essentiel de la réponse eu égard à la prévalence basse au Sénégal qui crée une perception d'exception de l'infection. Il s'agira d'aider les PVVIH à s'extérioriser, à se responsabiliser et de leur accorder un soutien dans leurs activités de plaidoyer et de soutien psychosocial. Le plan prévoit d'élargir le rôle des religieux dans le soutien psychosocial et l'accompagnement des PVVIH et des OEV, en particulier au niveau des familles et des communautés et renforcer leur rôle dans la lutte contre la stigmatisation.

  Les résultats et recommandations des études sur la stigmatisation et la discrimination permettront d'une part aux autorités d'améliorer le dispositif juridique et réglementaire pour lutter contre ces comportements aussi bien au niveau de la population que dans les milieux de travail y compris le milieu de soins et d'autre part de renforcer les capacités des acteurs de la lutte contre le Sida dans la promotion des droits des PVVIH.
  Le projet de loi sur le Sida sera pris en compte dans les stratégies proposées pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Dans le secteur du travail, des entreprises privées et publiques seront amenées à appliquer les directives internationales sur la séropositivité et l'emploi.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 34

- ***Objectif Spécifique 3-3*** ***: Renforcer le partenariat national et international dans le soutien aux interventions à tous les niveaux*** afin d'augmenter le nombre de partenaires dans la lutte contre le Sida. Des fora et actions de partenariat seront organisés au niveau national, régional et international. Les acteurs participeront aux activités des réseaux impliqués dans la réponse, créés dans le pays, au sein de la sous région et dans le monde. Le nombre d'alliances stratégiques au niveau national, régional et international obtenu par ces interventions sera un indicateur du succès de ces stratégies. Le forum de partenaires sera mis en place. Le CNLS veillera à sa fonctionnalité.

- ***Objectif Spécifique 3-4*** ***: Renforcer les capacités de réponse des principaux secteurs de développement (santé, famille et développement social, éducation, privé, transport, jeunesse, emploi, Forces Armées)*** pour améliorer la qualité des services de prévention, de soins et de soutien aux PVVIH**.** Les stratégies de lutte contre le Sida doivent avoir une place importante dans les documents de politique de l'Etat tel que le DSRP, la politique sanitaire. Les services de santé devront obtenir les ressources (humaines, matérielles, financières et les médicaments) nécessaires à la prise en charge correcte des PVVIH. Le nombre de structures renforcées chaque année et le nombre de groupes vulnérables bénéficiant de projet économique seront les indicateurs de cette stratégie.

3-6-4 Objectif Stratégique 4

Renforcer le Suivi-Evaluation et la recherche

- ***Objectif spécifique 4-1*** ***: Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation***

Le système de planification, de suivi évaluation des activités de lutte contre le Sida (Structures de planification, de suivi et d'évaluation opérationnelles publiques, privées, communautaires au niveau national, régional et local) sera renforcé. La planification intégrée sera soutenue pour obtenir une plus grande synergie dans la réponse et une meilleure coordination des interventions des acteurs. La planification intégrée est axée sur les résultats attendus, en partant des problèmes prioritaires sur lesquels est centrée la réponse. La gestion intégrée en général, la planification intégrée en particulier permettra l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières de façon efficiente.
Le niveau d'intégration de la gestion et particulièrement de la planification se mesurera au triple plan des actions, des ressources et des procédures.

L'appui des structures centrales de coordination se fera par l'organisation d'ateliers et de missions d'appui à la planification régionale, à la micro planification aux différents niveaux. Le suivi de la mise en œuvre des plans d'action aux différents niveaux sera renforcé. Des Revues internes et évaluations de la mise en œuvre du plan stratégique national seront régulièrement organisées afin de réadapter la réponse.

- ***Le système de surveillance épidémiologique et comportementale du VIH et des IST sera renforcé.*** Les données de la surveillance épidémiologique contribuent à améliorer la qualité et la couverture de la réponse nationale. Les interventions prioritaires concernent le renforcement des capacités organisationnelles des services impliqués dans la surveillance du VIH et des IST. Il s'agit des structures de surveillance épidémiologique par leur renforcement en personnel permanent et temporaire, en équipement, matériel, logistique et l'appui pour leur fonctionnement au niveau national et décentralisé.
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, TB+VIH, Décès…), les acquis en matière de séro-surveillance sentinelle du VIH et des IST(*) sont capitalisés et l'opérationnalité des sites sentinelles assurée par l'appui en équipement, réactifs et consommables, outils de gestion. Les activités de surveillance comportementale, combinée du VIH (ESC, EDS, PISR, SSG et autres) seront régulièrement réalisées pour suivre les indicateurs du programme. Les résultats de ces études

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 35

épidémiologiques seront produits et diffusés périodiquement sous forme de rapports d'études publiés, bulletins d'information, lors de journées de présentation des données du système d'information pays et dans un Site Web régulièrement mis à jour.

- ***Objectif Spécifique 4-2 : Promouvoir la recherche opérationnelle***

La recherche opérationnelle permet de renforcer et d'étendre des échanges et des mécanismes d'interaction entre les chercheurs, les communautés, les décideurs et les acteurs engagés dans la lutte contre le Sida. Elle développe des méthodes exploratoires, comparatives, multi-sites et permet d'augmenter l'efficacité des interventions. Ses résultats permettent de faire des recommandations à l'intention des politiques, des programmes et des projets.

Le plan prévoit de développer les capacités de recherche par l'innovation et le renforcement de capacités en méthodologie. Pour optimaliser les interventions, une consultation sera organisée pour évaluer les besoins en recherche. Des recherches seront menées pour définir les indicateurs de performance du programme, pour la qualité des services et dans le domaine bioclinique, épidémiologique et socio-comportemental.

Enfin, pour accompagner le passage à l'échelle des traitements ARV, le plan prévoit la mise en place d'un observatoire national des résistances aux ARV.

3-6-5 Objectif Stratégique 5

Renforcer la gestion et la coordination

- ***Objectif Spécifique 5-1 : Renforcer la coordination et la gestion au niveau national et régional***

La coordination de la réponse nationale à l'épidémie de VIH doit être opérationnelle 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. Un personnel qualifié sera affecté et des locaux adaptés et fonctionnels seront mis en place pour abriter le siège de l'organe de coordination de la réponse nationale à l'épidémie de VIH par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires. Le fonctionnement du CNLS et de son Secrétariat Exécutif, ainsi que celui des comités décentralisés et des Comités sectoriels de lutte contre le Sida sera soutenu pour garantir leur opérationnalité et une réponse efficace et coordonnée.

Pour garantir l'efficacité et la transparence de la gestion des ressources financières du Plan Stratégique, les interventions se feront par le renforcement du système de gestion des ressources financières au niveau national et décentralisé dans les secteurs et au niveau communautaire. Le renforcement de l'informatisation du système de gestion décentralisé des ressources ainsi que le renforcement des capacités des personnels en gestion financière au niveau national, sectoriel, régional et local contribueront à l'opérationnalisation d'un système de gestion efficace.

- ***Objectif Spécifique 5-2 : Renforcer les capacités de gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments et réactifs VIH***

Des 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. Ce partenariat assurera une meilleure planification des appels d'offres en concertation avec tous les acteurs. Les capacités de la PNA et des PRA seront renforcées pour améliorer les conditions de stockage des ARV et des réactifs. Une informatisation du système 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 VIH/Sida. Le système de décentralisation des produits VIH au niveau des PRA va se poursuivre et sera consolidé par le renforcement des capacités en gestion de stocks des différents acteurs de la chaîne d'approvisionnement.

La pharmacovigilance des médicaments ARV et IO devra être assurée par le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Le contrôle systématique de la qualité et de la constance de qualité des médicaments et autres produits sera effective grâce à un partenariat entre la PNA, le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments, la Direction de la Pharmacie (DPL) et le SE/CNLS.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 36

3-7 COMPOSANTES DU PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2007-2011

3-7-1 Composante 1 : Prévention de la transmission du VIH/SIDA

Objectifs	Principales Interventions	Acteurs	Coût FCFA
1-1 Elaborer et mettre en œuvre des plans de communication suivant les orientations de la stratégie de CCC	1.1.1 - Mettre en oeuvre des programmes de production et de diffusion sur le VIH/SIDA avec les médias publiques, privées et communautaires	Secteurs	750 000 000
	Produire et diffuser les supports éducatifs et de communication et de plaidoyer des programmes de prévention et de prise en charge	ONG Secteurs	660 000 000
	Assurer le Marketing social des préservatifs et des comportements sexuels a moindre risque (mise en œuvre d'événements/Campagnes matériel de promotion)	ONG, Partenaires Secteurs	550 000 000
	Mettre en place des moyens de communication (logistiques,audio-visuels)	ONG, Partenaires Secteurs	250 000 000
	Renforcement institutionnel. Assistance technique + ressources humaines et contractualiation	ONG, Secteurs	200 000 000
Sous total plan de communication			**2 410 000 000**
1-2 Réduire les comportements et les pratiques a risque de transmission sexuelle du VIH	Organiser des campagnes nationales annuelles sur le Sida les Journées mondiales SIDA, les semaines des jeunes, les semaines des femmes contre le Sida,	ONG Secteurs	450 000 000
	Renforcer les interventions auprès des groupes vulnérables (HSH, TS, UVD)	Secteurs, ONG, Associations	1 300 000 000
	Promouvoir les approches participatives de prévention et les interventions en CCC ciblées pour amener les adolescents, jeunes à rendre plus responsables leurs comportements sexuels face au SIDA.	ONG, Secteurs Associations	1 300 000 000
	Promouvoir les approches participatives de prévention et les interventions en CCC ciblées pour amener les femmes et leurs partenaires à rendre plus responsables leurs comportements sexuels face au SIDA	ONG, Secteurs Associations	1 300 000 000
	Renforcer les interventions de lutte contre le SIDA dans les programmes scolaires	Secteurs, ONG	800 000 000
	Renforcer les interventions de prévention de la transmission sexuelle du VIH dans les groupes passerels (militaires, policiers, agents de transport, apprentis, domestiques, pêcheurs, commerçants, etc.)	Secteurs ONG Associations	1 100 000 000
	Renforcer les activités de prévention positive au sein des organisations de PVVIH et des autres groupes vulnérables affectés	ONG, PVVIH, Associations, c	460 000 000
	Renforcer les interventions de prévention de l'infection a VIH au niveau des frontières et les zones vulnérables et à fort taux de d'immigration	Secteurs ONG, Associations	900 000 000
	Assurer l'approvisionnement, la distribution et la disponibilité des préservatifs masculins et féminins	Secteur sante ONG	2 160 000 000
	Renforcer les capacités nationales et régionales d'élaboration et de mise en œuvre des plans d'action IEC/CCC par la formation des formateurs nationaux en IEC/CCC et planification et gestion de microprojets	ONG Secteurs	250 000 000
	Renforcer la stratégie ABC au niveau de toutes les cibles du programme (secteurs publics, groupes confessionnels et communautaires)	ONG, Organisations confessionnelles, Secteurs	500 000 000
	Renforcer le programme de promotion et d'utilisation des préservatifs (IEC/CCC) auprès des populations les plus exposées au risque de l'infection a VIH	ONG Secteurs	500 000 000

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 37

Objectifs	Principales Interventions	Acteurs	Coût FCFA
1-2(suite) **Réduire les comportements et les pratiques a risque de transmission sexuelle du VIH**	Renforcer les capacités de planification, de suivi et d'évaluation des activités des structures de promotion et distribution des préservatifs (féminins et masculins).	ONG Secteurs	85 000 000
	Prendre en compte les pratiques sociales et culturelles à risque d'infections au VIH et les violences sexuelles et la SR dans les projets et programmes d'interventions sur le VIH	ONG, secteurs, Associations,	80 000 000
	Renforcer les capacités institutionnelles contractualisation 'assistance technique et ressources humaines.	ONG Secteurs	1 000 000 000
Sous Total Réduction des comportements et pratiques à risque			**12 185 000 000**
1-3 Renforcer la prise en charge des IST dans les services médicaux publics, privés, parapublics y compris militaires et confessionnels	Actualiser les stratégies, guides et protocoles IST et renforcer les capacités des prestataires des formations sanitaires sur la prise en charge des IST	Secteurs	225 000 000
	Approvisionner les formations sanitaires en médicaments, équipement, matériels cliniques, réactifs de labo et consommables médicaux pour la prise en charge des IST	Secteur	425 000 000
	Renforcer les soins de prise en charge des IST « TS – HSH et malades IST»	Secteurs ONG	243 000 000
	Renforcement institutionnel contractualisation – Assistance technique – Ressources humaines pour la coordination et le suivi des services IST/SR « consultant »	Secteurs, Partenaires ONG	150 000 000
Sous Total IST			**1 043 000 000**
1-4 Garantir la couverture et l'innocuité transfusionnelle	Renforcer les associations de donneurs de sang et les impliquer dans l'Organisation des campagnes d'information sur le don de sang (logistique, formation, journées, collation, matériel de promotion, frais administratifs)	Secteurs ONG	50 000 000
	Organiser la formation continue du personnel des unités de transfusion et des services prescripteurs de sang	Secteurs	75 000 000
	Approvisionner les services de transfusion sanguine en réactif et matériel de dépistage du sang (VIH/ Syphilis /HBS /HBC)	Secteurs	450 000 000
	Mettre en œuvre les activités pour améliorer l'innocuité transfusionnelle (sélection des donneurs, dépistage des dons de sang pour le VIH/ Syphilis /HBS/HBC	Secteurs	80 000 000
	Renforcer et améliorer les capacités structurelles, logistiques et techniques des services impliqués dans la mise en œuvre et le suivi des activités de transfusion de qualité (Logistique, Equipement, Fournitures, Maintenance, Communication)	Secteurs	250 000 000
	Appuyer le renforcement des capacités institutionnelles la contractualisation, l'assistance technique et les ressources humaines des services de transfusion sanguine	Secteurs Partenaires	125 000 000
Sous Total Innocuité transfusionnelle			**1 030 000 000**

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 38

Objectifs	Principales Interventions	Acteurs	Coût FCFA
1-5 Assurer la sécurité des actes médicaux, biomédicaux et des expositions accidentelles aux liquides biologiques	Approvisionner les services hospitaliers et autres structures de soins en matériel de protection, de désinfection et de stérilisation et de traitement des déchets biomédicaux	Secteurs	217 000 000
	Organiser la prise en charge des cas d'exposition accidentelle ou involontaire aux liquides biologiques infectants (Document de stratégie post exposition produit et diffusé, formation de professionnels formés sur les AES, disponibilité de kits post-exposition dans les services de soins)	Secteurs ONG	75 000 000
	Organiser la prise en charge des cas de violence sexuelle et des victimes d'exposition involontaire au sexe	Secteurs, ONG, associations	150 000 000
	Renforcer les capacités des personnels des structures de santé en gestion des déchets biomédicaux	Secteurs	50 000 000
Sous Total Sécurité et AES			**492 000 000**
1-6 Renforcer l'accès au service de conseil et dépistage volontaire du VIH	Mettre en œuvre des campagnes de promotion du dépistage VIH et d'utilisation des services de CDV, et des stratégies avancées de dépistage volontaire	ONG, Associations, Secteurs	1 200 000 000
	Actualiser et harmoniser les protocoles de formation et Renforcer les capacités des prestataires pour le CDV (conseillers des CDV, personnels de santé, les ONG, biologistes, les travailleurs des secteurs publics et privés …)	ONG, Secteur	310 000 000
	Augmenter la couverture des services de conseil dépistage volontaire en renforçant les capacités des services existants (réhabilitations, équipements, formation)	Secteur Santé ONG	750 000 000
	Approvisionner les services et les centres de dépistage volontaire en réactifs et consommables de laboratoire	ONG, Secteurs Partenaires,	1 180 000 000
	Mettre en place des unités mobiles de CDV et assurer leur fonctionnement	ONG, Secteurs	450 000 000
	Renforcer les capacités institutionnelles, la contractualisation, l'assistance techniques, ressources humaines pour la coordination et le suivi de la qualité des services CDV	Secteurs, ONG	450 000 000
Sous Total CDV			**4 340 000 000**
1-7 Accélérer la couverture et l'accès au service de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'Enfant (PTME)	Mettre en œuvre des campagnes de promotion de la PTME et d'utilisation des services de PTME en impliquant les structures de santé reproductive	ONG, Secteurs Associations Groupes confessionnels	1 300 000 000
	Actualiser régulièrement les stratégies, Guides et protocoles PTME et renforcer les capacités des prestataires de toutes catégories		300 000 000
	Augmenter la couverture des services de conseils et dépistage volontaire en renforçant les capacités des services existants et en intégrant les services conseils et dépistage /SR/VIH/IST dans les structures sanitaires (*Réhabilitation, Equipements, Formation, Fonctionnement)*	Secteurs	1 500 000 000
	Approvisionner les services de CPN/SR en médicaments ARV, réactifs de labo et consommables	Secteurs	800 000 000

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 39

Objectifs	Principales Interventions	Acteurs	Coût FCFA
1-7 Accélérer la couverture et l'accès au service de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'Enfant (PTME)	Approvisionner les services PTME en substitut de lait maternel	Secteurs	350 000 000
	Assurer la qualité des services PTME dans toutes les structures qui offrent les CPN (Femmes enceintes conseillées et dépistées, Femmes enceintes séropositives prises en charge et recevant la prophylaxie, Nourrissons diagnostiqués et pris en charge)	Secteurs, ONG, Associations	250 000 000
	Renforcement institutionnel (ressources humaines, contractualisation, assistance technique) pour la coordination, le suivi des services PTME / SR	Secteur Partenaires	450 000 000
Sous Total PTME			**4 950 000 000**
TOTAL COMPOSANTE I PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH			**26 450 000 000**

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 40

3-7-2 Composante 2 : Prise en charge globale des PVVIH et des OEV

Objectifs Stratégiques	Principales Interventions	Acteurs	Coût FCFA
2-1 Renforcer la prise en charge médicale des PVVIH	Renforcer les capacités des Services pour la prise en charge des adultes, des enfants et des adolescents au niveau public, privé et communautaire (réhabilitation, équipement, fonctionnement des Services de référence, des structures de prise en charge publiques, privées et communautaires, Hôpitaux nationaux et régionaux)	Secteurs ONG	1 500 000 000
	Assurer le renforcement de capacités des prestataires de services sur la prise en charge des enfants, des adolescents et des adultes vivant avec le VIH	Secteurs ONG	261 000 000
	Assurer le traitement ARV des PVVIH durant les 5 ans du PSL SIDA y compris les traitements de 2ème génération	Secteurs	13 500 000 000
	Appuyer les examens para cliniques de la file active des PVVIH (examens biochimiques, radiographiques, etc.)	Secteurs	950 000 000
	Appuyer les traitements contre les infections opportunistes	Secteurs ONG	1 750 000 000
	Assurer le suivi biologique des PVVIH sous traitement ARV (CD4, Charge virale, monitoring des résistances etc.)	Secteurs	2 025 000 000
	Renforcer les capacités des services de référence pour la qualité des services de prise en charge médicale (SMIT, CTA, CRCR, HPD, HALD, HEAR)	Secteurs ONG	250 000 000
	Mettre en place un système de prise en charge intégrée TB/VIH : • en assurant le diagnostic et le traitement de la TB chez les patients VIH en particuliers sous TARV, • en proposant le dépistage VIH chez les tuberculeux, • en assurant la prophylaxie au cotrimoxazole et à l'INH pour les patients coinfectés VIH/TB • en renforçant la coordination • en renforçant les équipements	Secteurs ONG Partenaires	2 175 000 000
	Renforcement capacités institutionnelles Contractualisation – assistance technique et ressources humaines	Secteurs ONG Partenaires	1 000 000 000
Sous Total PEC médicale			**23 411 000 000**
2-2 Ameliorer la prise en charge psychosociale et communautaire des PVVIH	Evaluer les besoins, renforcer les capacités des structures de prise en charge communautaire y compris Réseau national et Associations de PVVIH et élaborer un Document de référence de la PEC psychosociale et Communautaire	ONG, Associations, Secteurs	450 000 000
	Renforcer la prise en charge nutritionnelle des PVVIH	Secteurs,ONG, Associations	600 000 000
	Mettre en œuvre les activités de prise en charge communautaire des PVVIH (Renforcement de capacité, conseils aux PVVIH, Visites à Domicile (VAD), Soutien aux familles, Assistance sociale et ou juridique, activités d'autopromotion (vie associative, témoignage)	ONG, Associations, Secteurs	960 000 000
	Promouvoir l'autonomie des PVVIH par le financement de projets générateurs de revenus et par l'accès à l'emploi et le soutien aux activités socio économiques	Secteurs ONG Associations	1000 000 000

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 41

Objectifs Stratégiques	Principales Interventions	Acteurs	Coût FCFA
	Mettre en œuvre des activités de suivi sur la prise en charge communautaire	ONG, Associations Secteurs	180 000 000
	Appuyer le renforcement institutionnel « contractualisation ressources humaines pour la coordination et le suivi des activités	Secteurs ONG Réseaux	250 000 000
Sous Total PEC Psychosociale et communautaire			**3 440 000 000**
2-3 Elargir la couverture de la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables au VIH (OEV)	Faire l'analyse de la situation des OEV et des besoins des structures de prise en charge des enfants VIH et OEV (santé, sociale et communautaire)	ONG, Secteurs Associations	50 000 000
	Appuyer la prise en charge nutritionnelle des OEV	ONG, Associations, Secteurs	300 000 000
	Appuyer la prise en charge scolaire des OEV	ONG, Associations, Secteurs	1 500 000 000
	Appuyer la prise en charge médicale des OEV	ONG, Associations, Secteurs	300 000 000
	Organiser les activités de promotion des droits des PVVIH, des enfants rendus vulnérables et orphelins	ONG Secteurs Associations	250 000 000
	Faciliter l'accès des familles aux micro crédits et subventions en vue de renforcer leur capacité de prise en charge des OEV	ONG, Associations, Secteurs	435 000 000
	Apporter un appui psychosocial aux OEV et à leurs familles	ONG, Associations, Secteurs	450 000 000
	Renforcer les capacités de prise en charge communautaire des OEV	Secteurs, ONG Associations	150 000 000
	Appuyer le renforcement institutionnel – assistance technique pour la coordination et le suivi des activités de prise en charge des OEV	Secteurs ONG Associations	100 000 000
Sous Total PEC OEV			**3 535 000 000**
TOTAL COMPOSANTE 2 PRISE EN CHARGE DES PVVIH ET DES OEV			**30 386 000 000**

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 42

3-7-3 Composante 3 : Promotion d'un environnement socio-économique politique et éthique favorable à la réponse au SIDA

Objectifs Stratégiques	Principales Interventions	Acteurs	Coût FCFA
Renforcer le leadership national et local dans la lutte contre le VIH/SIDA	Renforcer l'implication des leaders les religieux, communautaire, politiques et locaux, les PVVIH dans le fonctionnement des organes nationaux et régionaux d'orientation et de décision du CNLS, CRLS, CLLS, CCM	Secteurs	50 000 000
	Actualiser les documents de Politique et de stratégies de lutte contre le SIDA en faveur des groupes vulnérables et les vulgariser auprès des leaders nationaux et locaux.	Secteurs ONG Partenaires	50 000 000
	Organiser des activités de plaidoyer en direction des décideurs à tous les niveaux.	ONG Secteurs Partenaires Organisations-confessionnellesl Réseaux	800 000 000
	Renforcer les capacités des leaders nationaux et locaux en (leadership transformationnel ; problématiques émergentes ; nouveaux enjeux de la lutte contre le SIDA ; techniques de planification, de gestion et de mobilisation des ressources)	Partenaires ONG Secteurs Réseaux	200 000 000
Sous Total Leadership			**1 100 000 000**
3-2 Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des groupes vulnérables	Créer un cadre de mise en œuvre des recommandations des études sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des OEV et des groupes vulnérables spécifiques	ONG Secteurs réseaux	35 000 000
	Renforcer les capacités des acteurs de la lutte contre le SIDA sur les droits des enfants et des OEV, sur les droits des PVVIH et sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination	ONG, Secteurs Réseaux	80 000 000
	Elaborer, adopter et diffuser la loi sur le VIH/SIDA	Réseaux, Secteurs, ONG	65 000 000
	Intégrer la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des groupes vulnérables dans les programmes des Entreprises	Secteurs, ONG Partenaires Réseaux	300 000 000
	Renforcer les activités de communication sociale sur le VIH/SIDA afin d'améliorer la perception des communautés sur le VIH/SIDA et donner un visage plus humain à l'épidémie	Secteurs ONG Partenaires Réseaux	180 000 000
Sous Total Stigmatisation			**660 000 000**
3-3 Renforcer le partenariat national et international en faveur du soutien aux interventions de lutte contre le VIH/SIDA à tous les niveaux	Mettre en place le forum des partenaires pour le renforcement du soutien aux interventions au niveau national et régional et impliquer de nouveaux partenaires du secteur public, du privé et de la Société civile dans la lutte	Secteurs	75 000 000
	Faciliter la participation des acteurs nationaux dans les rencontres de manifestation de partenariat sous régional et international	Secteurs Partenaires ONG	60 000 000
	Appuyer les réseaux nationaux (Réseaux des ONG, RNP+, des chercheurs, des religieux, des journalistes, etc.) pour le développement de partenariat	Réseaux Secteurs ONG Partenaires	350 000 000
Sous Total Renforcement du partenariat			**485 000 000**

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 43

Objectifs Stratégiques	Principales Interventions	Acteurs	Coût FCFA
3-4 Renforcer les capacités de réponse des principaux secteurs de développement (Santé, Développement social, Femmes, Education, Privé, Transport, Jeunesse, Travail, Forces Armées…)	Renforcer le processus d'Intégration du SIDA dans les politiques et programmes de développement (DSRP, Politique Sanitaire/SR, Education, Développement social, Transport, Emploi, Jeunesse, Femmes, Forces Armées…)	Secteurs, Partenaires	60 000 000
	Promouvoir l'intégration, la synergie et la coordination des interventions entre les principaux secteurs de développement impliqués dans la réponse	Secteurs	35 000 000
	Appuyer le fonctionnement des comités internes de lutte contre le SIDA des Ministères	Secteurs	30 000 000
	Instituer des journées intra sectorielles de partage d'expériences entre les différents acteurs de la lutte contre le SIDA (au niveau national, régional dans les secteurs)	Secteurs	75 000 000
Sous Total Renforcement des capacités			**200 000 000**
TOTAL COMPOSANTE 3 PROMOTION D'UN ENVIRONNEMENT SOCIO- ÉCONOMIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE FAVORABLE A LA RÉPONSE AU VIH/SIDA			**59 231 000 000**

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 44

3-7-4 Composante 4 : Renforcement du suivi evaluation et de la recherche

Objectifs Stratégiques	Principales Interventions	Acteurs	Coût FCFA
4-1 Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation des plans opérationnels	Renforcer le système de planification stratégique et opérationnelle	Secteurs	600 000 000
	Renforcer le système informatisé d'analyse de données sur la réponse nationale au VIH	Secteurs	565 000 000
	Organiser les ateliers et les missions d'appui, à la planification régionale, à la micro planification et de synthèse de collecte des données aux différents niveaux	Secteurs	1 294 000 000
	Organiser les missions d'appui et de suivi de la mise en œuvre des plans d'action aux différents niveaux	Secteurs, ONG Partenaires	190 000 000
	Organiser les Revues internes et les audits techniques	Secteurs	40 000 000
	Organiser la surveillance sentinelle du VIH et des IST (sites opérationnels, Equipement, réactifs et consommables, outils de gestion)	Secteurs	600 000 000
	Organiser la surveillance comportementale du VIH (DSS), EDS et surveillance combinée et enquetes spéciales	Secteurs	900 000 000
	Organiser les évaluations et les audits de la mise en œuvre du plan stratégique national	Secteurs	595 000 000
	Renforcer les capacités matérielles techniques institutionnelles, organisationnelles des structures impliquées dans la surveillance.	Secteurs	1 240 000 000
	Mettre en œuvre et renforcer le système de notification des cas (IST, SIDA, TB/VIH, Décès…)	Secteurs Partenaires	230 000 000
	Organiser la surveillance combinée biologique et comportementale (ESC, EDS, PISR, SSG et autres)	Secteurs	634 000 000
	Produire et diffuser des rapports de suivi évaluation périodiques (rapports épidémiologiques et d'études publiés, bulletins d'information	Secteurs	118 000 000
Sous Total Renforcement du système de suivi-évaluation			**7 006 000 000**
4-2 Promouvoir la recherche opérationnelle	Organiser une consultation sur les besoins et les capacités nationales de recherche afin d'élaborer un plan de recherche opérationnelle	Secteurs	10 000 000
	Mener les études sur les indicateurs de base par composante stratégique	secteurs	50 000 000
	Mener des études et enquêtes sur la qualité des services de prise en charge des IST , le suivi et les soins aux PVVIH	Secteurs	25 000 000
	Mener des études sur les déterminants de la diffusion du VIH dans certains groupes et dans certaines régions	Secteurs	60 000 000
	Financer les activités de recherche opérationnelle (recherche bio clinique, santé publique, en science sociale et socio comportementale	Secteurs Partenaires	397 000 000
	Mettre en place un Observatoire national des résistances	Secteurs Partenaires	30 000 000
Sous Total Recherche opérationnelle			**572 000 000**
COMPOSANTE STRATÉGIQUE 4 : RENFORCEMENT DU SUIVI EVALUATION ET DE LA RECHERCHE			**7 578 000 000**

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 45

3-7-5 Composante 5 : Renforcement de la coordination et de la gestion

Objectifs Stratégiques	Principales Interventions	Acteurs	Coût FCFA
5-1 Renforcer la coordination nationale, sectorielle et régionale de la réponse au VIH/SIDA	Construire et équiper le local du SE/CNLS afin d'assurer à l'instance de coordination nationale des locaux adaptés et fonctionnels	Seccteurs	500 000 000
	Assurer le fonctionnement technique et administratif du Secrétariat Exécutif du CNLS, des CRLS, des CDLS et des UAR.	Secteurs	1 820 000 000
	Organiser les réunions du Conseil National de Lutte contre le SIDA	Secteurs	50 000 000
	Renforcer le système de gestion des ressources financières en rendant opérationnel des unités de gestion opérationnelles.	Secteurs,	100 000 000
	Renforcer l'informatisation du Système de gestion décentralisé des ressources du PSLS	Secteurs	50 000 000
	Renforcer les capacités de gestion technique et financière au niveau national, sectoriel, régional et local	Secteurs	3 500 000 000
	Renforcer l'assistance technique. Consultance et contractualisation	Partenaires Secteurs	1 705 000 000
Sous Total Coordination			**7 725 000 000**
5-2 Renforcer les capacités de gestion des approvisionnements en Médicaments, Réactifs et autres Produits VIH/SIDA et IST	Améliorer les conditions d'approvisionnement et de gestion des stocks et de distribution des ARV, réactifs et autres produits VIH/SIDA	Secteurs	270 000 000
	Assurer la traçabilité des ARV et médicaments I.O., des réactifs et autres produits du VIH	Secteurs	70 000 000
	Renforcer les capacités en gestion de stocks des différents acteurs de la chaîne d'approvisionnement	Secteurs	60 000 000
	Assurer le contrôle de la qualité et de la constance de qualité des médicaments et autres produits	Secteurs	100 000 000
Sous Total Gestion des approvisionnements			**500 000 000**
TOTAL COMPOSANTE 5 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DE LA GESTION			**8 225 000 000**
TOTAL GENERAL			**75 084 000 000**

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:24 Page 46

3-8 RESUME DU BUDGET DU PSLS 2007 – 2011

COMPOSANTES ET OBJECTIFS SPECIFIQUES	COUT FCFA
1. Prévention **1.1 Prévention de la Transmission Sexuelle**	
Communication	**2 410 000 000**
Réduction des risques	**12 185 000 000**
IST	**1 043 000 000**
1.2. Prévention de la Transmission Sanguine	
Innocuité transfusionnelle	**980 000 000**
AES	**492 000 000**
1.3. Conseil et Dépistage Volontaire	
Renforcer l'accès au service de CDV	**4 340 000 000**
1.4. PTME	
Accélérer la couverture et l'accès au service PTME	**4 950 000 000**
TOTAL COMPOSANTE 1 : PREVENTION DE LA TRANSMISSION VIH	**26 400 000 000**
2. Prise en charge	
1.1. Prise en Charge Médicale des PVVIH	
Renforcer la prise en charge médicale des PVVIH	**23 411 000 000**
Améliorer la prise en charge psychosociale et communautaire des PVVIH	**3 440 000 000**
Elargir la prise en charge des OEV	**3 535 000 000**
TOTAL COMPOSANTE 2 : PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PVVIH	**30 386 000 000**
Renforcer le leadership national et local dans la lutte contre le VIH	**1 100 000 000**
Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et groupes vulnérables	**660 000 000**
Renforcer le partenariat national et international	**485 000 000**
Renforcer les capacités des principaux secteurs	**200 000 000**
TOTAL COMPOSANTE 3 : PROMOTION ENVIRONNEMENT SOCIO ECONOMIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE FAVORABLE A LA RE-PONSE AU VIH/SIDA	**2 445 000 000**
4. Renforcement Suivi Evaluation et Recherche	
Renforcement système de planification, suivi évaluation	**7 006 000 000**
Promotion de la recherche opérationnelle	**572 000 000**
TOTAL COMPOSANTE 4 : RENFORCEMENT SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE	**7 578 000 000**
5. Renforcement de la Coordination et de la Gestion	
Renforcer la coordination nationale et le système de gestion	**7 725 000 000**
Renforcer les capacités en gestion des approvisionnements en médicaments, réactifs et autres produits VIH et IST	**500 000 000**
TOTAL COMPOSANTE 5 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DE LA GESTION	**8 225 000 000**
TOTAL GENERAL	**75 084 000 000**

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 47

3-9 INDICATEURS ET RÉSULTATS ATTENDUS DU PSLS 2007-2011

3-9-1 Indicateurs d'impact

N°	Indicateurs d'impact	Données de base 2006	Cibles Année 2011	Source de données
1	Prévalence du VIH dans la population générale sexuellement active (hommes femmes) (15-49 ans)	0,7%	< 2%	Rapport EDS
2	Prévalence du VIH chez les jeunes filles et garçons (15-24 ans)	1,4%	□3%	Bulletin épidémiologique
3	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	1,7%	< 3%	Bulletin épidémiologique
4	Pourcentage de travailleuses du sexe (TS) infectées par le VIH	19,8%	□20%	Rapport ENSC
5	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) infectés par le VIH	21,5%	□25%	Rapport ENSC chez les HSH
6	Pourcentage de nourrissons infectés nés de mères séropositives	8%	< 3%	Rapport d'évaluation du programme PTME
7	Pourcentage de personnes infectées par le VIH toujours en vie et sous traitement ARV 12 mois après le début de celui-ci	85%	□90%	Rapport DLSI

3-9-2 Indicateurs de résultats

Objectifs stratégiques	Résultats nationaux	Données de base Année 2006	Cibles Année 2011	Source de données
Composante 1 : Renforcement de la prévention de la Transmission du VIH/Sida				
Obj.1-1 Elargir la couverture des programmes de prévention du VIH/SIDA	Un document de stratégie nationale communication face au VIH est disponible et mis en œuvre	Document de stratégie nationale de communication non disponible	La stratégie nationale de communication est disponible et mise en œuvre	Rapport CNLS
	Nombre de Structures/Organisations opérationnelles pour la mise en œuvre des activités de prévention (conventions, plans d'action, projets….) conformément au PSLS	1000	1500	Rapport CNLS
	Nombre et pourcentage de populations clés les plus exposées au VIH (TS, HSH) couvert par les interventions IEC/CCC	20 221 67,4%	24 000 80%	Rapport CNLS
	Nombre de programmes sur le VIH/SIDA/IST diffusés et publiés par les média (radio, télévision, journaux)	800	1500	Rapport CNLS

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 48

Objectifs stratégiques	Résultats nationaux	Données de base Année 2006	Cibles Année 2011	Source de données
Composante I : Renforcement de la prévention de la Transmission du VIH/SIDA				
Obj.1-2 Réduire les comportements et les pratiques à risque de transmission sexuelle du VIH	% de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission	JH : 23,7% JF : 19,5%	JH > 50% JF > 50%	Rapport EDS
	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 19 ans n'ayant jamais eu de rapport sexuel	JH : 70,9% JF : 68,7%	JH : 75% JF : 70%	Rapport EDS
	Pourcentage des jeunes de 15-24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel	H : 52% F : 35%	H : 70% F : 60%	Rapport EDS
	Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui connaissent au moins deux méthodes de protection contre le VIH.	72%	85%	Rapport EDS
	Pourcentage d'Hommes ayant des relations sexuelles avec des Hommes (HSH) déclarant avoir utilisé systématiquement le préservatif lors de rapports sexuels pénétrants avec un partenaire sexuel masculin au cours du dernier mois	55,3%	80%	Rapport ENSC
	Pourcentage de travailleuses du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Anciens clients = 96,5% Nouveaux clients = 99,8%	> 95%	Rapport ENSC chez les HSH
	Nombre de préservatifs masculins et féminins distribués gratuitement et vendus à prix abordable	11 500 000	14 000 000	Rapport CNLS
Obj.1-3 Assurer l'innocuité transfusionnelle pour VIH dans tous le pays	Nombre d'unités de sang transfusées testées pour vérifier l'absence de VIH conformément aux directives nationales	35 000	40 000	Rapport CNTS
	% d'unités de sang transfusées qui ont été testées pour vérifier l'absence de VIH conformément aux directives nationales	100%	100%	Rapport CNTS
Obj.1-4 Assurer la sécurité des actes médicaux, biomédicaux et des expositions accidentelles aux liquides biologiques	% de formations sanitaires dotées de matériels pour la protection contre les expositions aux liquides biologiques	ND	80%	Rapport DLSI
	% de victimes d'accidents avec exposition au sang et aux liquides biologiques qui ont bénéficié d'une prise en charge selon les normes nationales	39%	70%	Rapport DLSI
Obj.1-5 Renforcer la prise en charge des IST dans les services médicaux publics, privés y compris militaires et confessionnels	% de patients atteints d'IST reçus dans les centres de soins, dont le diagnostic a été correctement établi, qui sont traités et conseillés selon les normes	43%	70%	Rapport d'évaluation de la prise en charge des IST
	La fréquence des IST (Trichomonase et Syphilis) parmi les professionnels du sexe	Trichomonase : 6,1% Syphilis : 11,26%	Trichomonase : < 5% Syphilis : < 10%	Rapport ENSC
Obj.1-6 Renforcer l'accès au service de Conseil et Dépistage Volontaire du VIH	Nombre de personnes de 15-49 ans conseillées et dépistées selon les normes nationales	143 400	712 720	Rapport DLSI
Obj.1-7 Accélérer la couverture et l'accès au service de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'Enfant (PTME)	Nombre de femmes enceintes conseillées et dépistées dans les services de PTME	52 846	523 650	Rapport DLSI
	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de PTME	46%	80%	Rapport DLSI

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 49

Objectifs stratégiques	Résultats nationaux	Données de base Année 2006	Cibles Année 2011	Source de données
Composante II : Améliorer la prise en charge globale des PVVIH et des OEV				
Obj. 2-1 Renforcer la prise en charge médicale des PVVIH	Nombre d'adultes et d'enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association antirétrovirale	5 500	11 752	Rapport DLSI
	Nombre et pourcentage de patients TB dépistés VIH positif qui sont pris en charge selon les normes	ND	85%	Rapport DLSI
Obj. 2-2 Renforcer la prise en charge communautaire des PVVIH	Nombre et % d'organisations de la Société civile qui réalisent des activités de soutien psychologique et communautaire pour les PVVIH	N=19 % = ND	10%	Rapport CNLS
	Nombre et % PVVIH qui bénéficient d'une prise en charge communautaire par les organisations de la société civile	N= 2 758 % = ND	70%	Rapport CNLS
	Nombre et % d'organisations communautaires ayant reçu un soutien pour aider les OEV	ND	60%	Rapport CNLS
	Nombre et % d'OEV dont le foyer a reçu un soutien externe de base gratuit pour prendre en charge les soins de l'enfant	N = 2678	6 000	Rapport CNLS
	Nombre et % d'OEV identifiés bénéficiant de scolarisation	2 161	70%	Rapport CNLS
Objectifs stratégiques	**Résultats nationaux**	**Données de base Année 2006**	**Cibles Année 2011**	**Source de données**
Composante III : Promouvoir un environnement socio économique, politique et éthique favorable à la réponse au VIH				
Obj. 3-1 Renforcer le leadership national et local dans la lutte contre le VIH/SIDA	Nombre de leaders nationaux et locaux sensibilisés dans le soutien aux interventions de lutte contre le SIDA	16 376	20 000	Rapport CNLS
Obj. 3-2 Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des groupes vulnérables	Nombre de grandes entreprises privées appliquant les directives internationales sur la séropositivité et l'emploi (BIT)	65	100	Rapport Secteur Travail
	Dispositif judiciaire et réglementaire en matière de lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH et des OEV en vigueur	Projet de loi finalisé	Loi en vigueur	Decret de loi
Obj. 3-3 Renforcer le partenariat national et international dans le soutien aux interventions à tous les niveaux	Les réunions des cadres d'alliances stratégiques (cadres d'intervention de la société civile et du secteur privé, de l'alliance des religieux,…) sont régulièrement tenues	Cadres d'intervention de la société civile, alliance des religieux sont mis en place	Les cadres d'intervention sont fonctionnels	Rapport CNLS
	Les réunions du forum des partenaires et du groupe thématique élargi sont régulièrement tenues	Forum des partenaires en création	Forum des partenaires fonctionnel	Rapport CNLS

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 50

Objectifs stratégiques	Résultats nationaux	Données de base Année 2006	Cibles Année 2011	Source
Composante III : Promouvoir un environnement socio économique, politique et éthique favorable à la réponse au VIH				
Obj. 3-4 Renforcer les capacités de réponse des principaux secteurs de développement (santé, développement social, éducation, privé, jeunesse, société civile)	Structures des secteurs public, privé et de la société civile y compris les PVVIH ont leur capacité de réponse renforcée	ND	70%	Rapport CNLS
Composante IV : Renforcer le Suivi Evaluation et la Recherche				
Obj. 4-1 Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation des plans opérationnels	Existence d'un plan national annuel opérationnel et des plans intégrés régionaux annuels	11 PIR	11 PIR et 1 Plan national consolidé	Rapport CNLS
	Disponibilité d'un manuel et d'un plan de suivi évaluation	1 manuel et 1 plan de suivi évaluation 2002-2006 disponibles	1 manuel et 1 plan de suivi évaluation 2007-2011 disponibles et mis en œuvre	Rapport CNLS
	Nombre de rapports annuels d'activités et de rapports d'audit technique du programme produit	Rapports annuels d'activités disponibles	Rapports annuels et d'audit technique disponibles	Rapport CNLS
	Existence de rapports de revue annuelle conjointe, rapport d'évaluation à mi-parcours et finale	Rapports de revue annuelle conjointe, à mi-parcours et final disponibles	Rapports de revue annuelle conjointe, à mi-parcours et final disponibles	Rapport CNLS
Obj. 4-2 Promouvoir la recherche opérationnelle	Existence de plan de recherche opérationnelle	ND	Plan de recherche opérationnelle disponible	Rapport CNLS
Obj. 4-3 Renforcer le système de surveillance épidémiologique et comportementale du VIH/SIDA et des IST	Nombre de rapports de surveillance épidémiologique publiés	BE, ENSC, EDS	Rapports de surveillance périodiquement disponibles et publiés	Rapport DLSI
	Existence d'un document de politique de surveillance épidémiologique	Document de politique de surveillance épidémiologique non disponible	Document de politique de surveillance épidémiologique disponible	Rapport CNLS
Composante V : Renforcer la coordination et la gestion				
Obj. 5-1 Renforcer la coordination nationale, sectorielle et régionale de la réponse au VIH/SIDA	Nombre de structures de coordination de la réponse nationale opérationnelles	1 CNLS 1 CCM 11 CRLS 34 CDLS	1 CNLS 1 CCM 11 CRLS 34 CDLS 101 CLLS	Rapport CNLS
	Construction du siége du Secrétariat Exécutif du CNLS	Terrain acquis	Siége disponible et fonctionnel	Rapport CNLS
	Pourcentage de ministères financés par le CNLS qui allouent un budget pour la lutte contre le Sida	63%	90%	Rapport CNLS
	Unités de gestion financière (UGF) mises en place au niveau central et régional sont opérationnelles	1 UGF centrale en cours 11 UGF régionales en place	1 UGF central 11 UGF régionales opérationnelles	Rapport CNLS

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 51

Objectifs stratégiques	Résultats nationaux	Données de base Année 2006	Cibles Année 2011	Source de données
Composante V : Renforcer la coordination et la gestion				
Obj. 5-2 Renforcer et pérenniser le système de gestion financière et comptable	Nombre d'audits financiers annuels du programme réalisé	1 audit	5 audits	Rapport CNLS
Obj. 5-3 Renforcer les capacités de gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments et réactifs VIH	Nombre de jours de rupture de stock des ARV	< 5 jours	< 5 jours	Rapport PNA/DLSI
	Un plan GAS est disponible et mis en œuvre	Un plan GAS disponible en cours de mise en œuvre	Un plan GAS disponible et mis en œuvre	Rapport CNLS

3-10 LISTE DES INDICATEURS CLÉS

Les indicateurs clés sélectionnés sont classifiés selon leur niveau :

- Indicateurs d'Impact
- Indicateurs de Résultat
- Indicateurs de Processus

N°	Indicateurs	Données de base Année 2006	Cibles Année 2011	Source de données
Indicateurs d'impact				
1	Prévalence de la population générale de 15 à 49 ans sexuellement active (femmes et hommes) infectée par le VIH/SIDA	0,7%	< 2%	Rapport EDS
2	Prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans	1,4%	≤3%	Bulletin épidémiologique
3	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	1,7%	≤3%	Bulletin épidémiologique
4	Pourcentage de Travailleuses du sexe (TS) infectées par le VIH	19,8%	≤20%	Rapport ENSC
5	Pourcentage d'hommes ayant des relations sexuelles avec des Hommes (HSH) infectés par le VIH	21,5%	≤25%	Rapport ENSC chez les HSH
6	Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères infectées	8%	< 3%	Rapport DLSI
7	Pourcentage de personnes infectées par le VIH toujours en vie et sous traitement ARV 12 mois après le début de celui-ci	85%	≤90%	Rapport DLSI

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 52

N°	Indicateurs	Données de base Année 2006	Cibles Année 2011	Source de données
	Indicateurs de résultats			
8	Nombre et pourcentage de populations clés les plus exposées au VIH identifiées couvertes par les interventions IEC/CCC	20 221 67,4%	24 000 80%	Rapport CNLS
9	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission	JH : 23,7% JF : 19,5%	JH > 50% JF > 50%	Rapport EDS
10	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 19 ans n'ayant jamais eu de rapport sexuel	JH : 70,9% JF : 68,7%	JH : 75% JF : 70%	Rapport EDS
11	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel	H : 52% F : 35%	H : 70% F : 60%	Rapport EDS
12	Nombre et pourcentage d'hommes ayant des relations sexuelles avec des Hommes (HSH) déclarant avoir utilisé systématiquement le préservatif lors de rapports sexuels pénétrants avec un partenaire sexuel masculin au cours du dernier mois	55,3%	80%	Rapport ENSC chez les HSH
13	Nombre et pourcentage de Travailleuses du sexe (TS) possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission	45%	90%	Rapport ENSC
14	Pourcentage de travailleuses du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Anciens clients = 96,5% Nouveaux clients = 99,8%	> 95%	Rapport ENSC
15	Pourcentage de patients atteints d'IST reçus dans les centres de soin, dont le diagnostic a été correctement établi, qui sont traités et conseillés selon les normes	43%	70%	Rapport d'évaluation de la prise en charge des IST
16	Nombre de préservatifs masculins et féminins distribués gratuitement et vendus à prix abordable	11 500 000	14 000 000	Rapport CNLS
17	Nombre de personnes ayant bénéficié des services de counseling et testing	143 400	712 720	Rapport DLSI
18	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME	48%	80%	Rapport DLSI
19	Nombre d'adultes et d'enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association antirétrovirale	5 500	11 752	Rapport DLSI
20	Nombre / Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables dont la famille a bénéficié d'un support pour l'enfant (le paquet de support pour les OEV inclus l'assistance sociale et psychologique, l'appui nutritionnel, la prise en charge, appui scolaire)	2 161 OEV ont bénéficié d'un appui	60%	Rapport CNLS

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 53

N°	Indicateurs	Données de base Année 2006	Cibles Année 2011	Source de données
Indicateurs de processus				
21	Nombre et Pourcentage d'écoles dans lesquelles au moins un enseignant a été formé à un enseignement relatif au VIH/SIDA basé sur des compétences de vie et qui l'ont dispensé au cours de la dernière année scolaire	7 091 enseignants formés	80%	Rapport CNLS
22	Indice Composite des politiques	ND	90%	Rapport UNGASS
23	Montant des Fonds engagés par le Gouvernement par rapport aux fonds dépensés pour la lutte contre le VIH/SIDA	720 698 000 FCFA (7,2%)	15%	Rapport UNGASS

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 54

MAXIMISONS LES EFFORTS DE PRÉVENTION

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 55

CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2007 - 2011

4

56 CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE DES PLANS D'ACTION

56 STRUCTURES DE MISE EN ŒUVRE DES PLANS OPERATIONNELS

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 56

4-1 CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE DES PLANS D'ACTION

Les plans d'action 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 plan stratégique et en prenant en compte le contexte dans lequel les interventions vont se réaliser.

Plans d'action régionaux annuels

Au niveau régional, les interventions prioritaires seront planifiées, selon leurs mandats respectifs par leurs acteurs et intervenants représentés dans chaque Région. Les principaux acteurs et intervenants sont :

- Les services publics et privés du secteur santé
- Les services publics et privés des secteurs non santé
- Les organisations de la société civile
- Les organisations confessionnelles
- Les collectivités locales

De façon concertée et consensuelle, les représentants de ces différents acteurs vont élaborer un **Plan d'action annuel opérationnel intégré et multisectoriel** selon les orientations du SE/CNLS et avec l'appui des partenaires au développement finançant les interventions dans la Région. Ce plan budgétisé devra être finalisé avec l'appui du CTR et validé par le CRLS avant sa soumission au CNLS pour financement.

Plans sectoriels des ministères

Il s'agit des ministères ciblant les populations les plus vulnérables au VIH impliqués dans la mise en œuvre de plans sectoriels. Prenant en compte les priorités et les activités des services sectoriels dans les plans régionaux, les Ministères et projet nationaux, les services de référence spécialisés devront élaborer des **plans sectoriels intégrés et multidisciplinaires** en partant des Plans Intégrés Régionaux et des priorités de la réponse à l'infection VIH des Ministères dans le Plan Stratégique 2007 – 2011.
La mise en œuvre du plan sectoriel sera coordonnée par les comités internes de lutte contre le Sida dont le Secrétariat est assuré par les points focaux nommés par les ministères de tutelle.
La mise en œuvre des Plans Intégrés Régionaux sera coordonnée par des comités régionaux de lutte contre le Sida (CRLS)

4-2 STRUCTURES DE MISE EN ŒUVRE DES PLANS OPERATIONNELS

Les plans d'action sont élaborés par les différents acteurs. Ainsi, chacun des niveaux périphérique, régional et national identifie les actions qu'il va mener en se référant au plan stratégique et en prenant en compte le contexte dans lequel les interventions vont se réaliser.

Régions à travers les plans régionaux

Au niveau régional, les interventions prioritaires seront planifiées par les services et par les acteurs représentés dans chaque Région. Les principaux acteurs et intervenants sont :

- Les services publics et privés
- Les organisations non gouvernementales
- Les organisations à base communautaire y compris celles des PVVIH
- Les confessions religieuses.

De façon concertée et consensuelle les représentants de ces différents acteurs vont élaborer un Plan opérationnel intégré et multisectoriel selon les orientations du SE/CNLS et avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers de la Région. Ce plan budgétisé est finalisé avec l'appui du CTR et validé par le CRLS avant sa soumission au SE/CNLS pour financement.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 57

La mise en œuvre du plan régional se fera dans les départements, les arrondissements et les communautés rurales à travers des plans d'action annuels.

Secteur Santé (public et privé)

Au niveau du secteur santé, les interventions prioritaires seront planifiées par les services et programmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon leurs mandats respectifs. Les activités programmées seront autant que possible intégrées au **plan d'action** des services et programmes de santé concernés.

La **Division de la lutte contre le Sida** dans ses termes de référence devra assurer le secrétariat du Comité interne de lutte contre le Sida du Ministère. Ce Comité comprendra les représentants des services spécialisés de référence, quelques directions et programmes et les ONG professionnelles du secteur.

Etant donné les aspects multidisciplinaires de la lutte contre le Sida, la Division Sida responsabilisée pour piloter le plan sectoriel santé s'appuie sur **des groupes spécialisés de travail** sur des thématiques faisant l'objet de plans d'action de ces structures. Seront membres de ces groupes, les représentants du secteur public concernés, les représentants de PVVIH, les organisations de la société civile participant à la mise en œuvre des activités, les partenaires au développement finançant et appuyant les volets sanitaires du PSLS 2007 - 2011.

Les principaux groupes spécialisés de travail sont :

- Le Comité Médical Technique
- Le Comité de pilotage de la PTME
- Le Comité de pilotage du CDV
- Le Comité pour la Gestion des réactifs et ARV
- le Comité de pilotage IST

Secteurs en charge de l'Education, de la Jeunesse, des Forces armées, des Femmes, du Travail et des Transports

Compte tenu de la dimension multisectorielle et multidisciplinaire de la lutte, tous les départements ministériels avec les cibles les plus exposées à l'infection à VIH sont impliqués en fonction de leur vulnérabilité ou des risques réels ou potentiels encourus par ces secteurs.

Ces Ministères ont été déjà impliqués dans la mise en œuvre de plans sectoriels. Le niveau national est représenté par les Directions ou Divisions nationales, les services ou centres de référence spécialisés. Un plan sectoriel sera élaboré pour chaque Ministère sous bénéficiaire.

Les services spécialisés sont des structures d'expertise et d'appui technique de tous les intervenants dans la réponse à l'infection VIH dans des domaines précis d'intervention. Ils élaborent et mettent en oeuvre leurs plans opérationnels d'activités en conformité avec leurs mandats selon les besoins et les priorités du programme.

Les institutions nationales publiques et privées de ces ministères devront de ce fait être responsables de la mise en oeuvre des plans d'action sectoriels, élaborés selon les orientations définies dans le PSLS 2007-2011. Les plans d'action des services, des projets et des programmes devront tenir compte des problèmes et des déterminants spécifiques aux différents secteurs et veiller à ne pas empiéter sur les actions déjà planifiées au niveau des Régions.

Des plans d'action annuels seront mis en œuvre par différents sous récipiendaires représentés dans le secteur au niveau national notamment. Ces différents acteurs assurent la gestion, le suivi dans l'exécution de leurs plans d'action sectoriels respectifs.

Le processus d'élaboration des plans des Ministères sera encadré par le SE/CNLS, les partenaires techniques et financiers et les services spécialisés/centres de référence.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 58

Centres, Services spécialisés et Organisations de référence

Le Centre de référence est une structure de mise en œuvre qui de par son plateau technique, la compétence de son personnel et la vocation d'encadrement d'autres structures nationales et ou régionales, offre une expertise dans la qualité et la régularité des activités réalisées.
Peut être désigné centre ou structure de référence ou d'encadrement, les Services, les institutions, les organisations ou organismes publics, privés, confessionnels ou communautaires dont l'implication dans la lutte contre le Sida est effective.
Pour des raisons d'efficacité il est recommandé de n'accréditer qu'un seul centre de référence par domaine. Lorsque plusieurs structures oeuvrant dans le même domaine d'action postulent pour être centre de référence, le ministère concerné désigne une commission ad hoc qui sera chargée de donner un avis motivé pour décision du ministre. Comme attribution, un centre ou organisme de référence doit :

1 - Assurer l'expertise sur les questions relevant de sa compétence technique dans son domaine d'action ;
2 - Apporter un appui technique aux différents intervenants dans la recherche, la formation continue, la documentation et la planification
3 - Contribuer à la production de directives, de guides, de manuels et d'outils sur les différents thèmes relevant de son domaine d'action.
4 - Mettre en place le système d'assurance de qualité et assurer son suivi dans les services impliqués

Chaque centre ou structure de référence devra être doté de l'infrastructure, de l'équipement, de la logistique, des ressources humaines et financières nécessaires à l'accomplissement de sa mission.
Pour ce qui est du fonctionnement, les centres ou structures de référence sont sous la tutelle d'un ministère et sous la supervision de la direction concernée. Le centre ou la structure de référence élabore et met en oeuvre un **plan opérationnel** de lutte contre le Sida, en conformité avec son mandat et dans les conditions prévues dans le Plan Stratégique de Lutte contre le Sida et dans les Plans sectoriels.

La qualité de centre ou organisme de référence se perd si le centre ou la structure n'exécute plus d'activités en rapport avec l'infection à VIH depuis au moins deux ans.

Organisations de la Société civile

Certains collectifs d'ONG et Associations ont été créés au niveau national pour coordonner la multitude d'ONG et d'Associations opérant sur la même thématique ou sur des Groupes Vulnérables identiques.
Il existe aussi des Réseaux regroupant des associations de Groupes Vulnérables variés telles que le réseau des Associations de PVVIH.
Les ONG à caractère professionnel opérant surtout dans les secteurs devront prendre une place plus importante dans la lutte contre le Sida. Cela permettrait de renforcer les actions et d'améliorer la qualité de l'implication des secteurs (ordre des médecins, associations de sages femmes, association de juristes, d'enseignants….)
Il y a également les Associations et groupements intervenant au sein des communautés et qui ont des plans d'action intégrant l'infection à VIH et les autres problèmes de développement.
Dans le respect de l'approche intégrée et multisectorielle, les interventions des organisations de la société civile doivent s'inscrire dans l'atteinte des résultats des plans des régions et ou des secteurs. Elles pourront, de ce fait, élaborer et mettre en oeuvre leurs plans d'action en prenant en compte des priorités par niveau (national et régional) et autres acteurs en collaboration avec les acteurs impliqués à leur côté dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans.
Les mécanismes d'approbation des projets de plans et de financements des ONG suivront les mêmes procédures applicables aux plans des secteurs et des régions où les ONG et Associations opèrent quelque soit le mode de financement.
Le suivi et le renforcement des capacités des ONG et Associations suivront une logique similaire.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 59

SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION NATIONAL

5

60 OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SUIVI-EVALUATION NATIONAL
60 CADRE DE SUIVI EVALUATION ET SYSTEME D'INFORMATION

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 60

5-1 OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SUIVI-EVALUATION NATIONAL

Objectif Général

Evaluer les progrès accomplis dans la réponse à l'épidémie de VIH.

Objectifs Stratégiques

1- Renforcer le Système National de Suivi-Evaluation,

2 - Suivre l'évolution de l'épidémie,

3 - Analyser le niveau de mise en œuvre de la réponse à l'infection à VIH :

- Suivre la disponibilité, l'accès et l'utilisation des services promotionnels, préventifs, curatifs et d'appui psychosocial et socio-économique par les populations.
- Identifier durant tout le processus de mise en œuvre, les problèmes et obstacles entravant les différents volets du programme en vue de réviser et réorienter les stratégies d'interventions du programme.
- Collecter, analyser et partager les informations par rapport à la mise en œuvre du Programme pour orienter la prise de décision
- Identifier et capitaliser les acquis et bonnes pratiques lors de la mise en œuvre

4 - Orienter et renforcer la Recherche (fondamentale et opérationnelle) afin d'améliorer la performance et maximiser l'impact des interventions.

5-2 CADRE DE SUIVI-EVALUATION ET SYSTÈME D'INFORMATION

Le cadre du suivi- évaluation du Plan Stratégique de lutte contre le Sida 2007-2011 est une représentation séquentielle des étapes devant conduire à l'appréciation des résultats obtenus dans la mise en œuvre des activités pour la période 2007-2011. Il repose sur des indicateurs de processus, de résultats et d'impact qui vont permettre de mesurer le degré de mise en œuvre de la réponse. Ces indicateurs sont classés selon les objectifs poursuivis :

- Indicateurs d'impact du Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011
- indicateurs de résultats nationaux (Plans biennaux des secteurs/services spécialisés, et des régions)
- indicateurs de produits des différentes interventions à tous les niveaux (Plans annuels intégrés et multisectoriels)

Les objectifs ciblés de l'UNGASS 2006, d'Abuja 2006 sur l'Accès Universel à la prévention, aux soins et aux traitements ont été pris en compte aux niveaux des résultats et impacts attendus.

Le système de suivi et évaluation doit s'intégrer aux systèmes préexistants qu'il faudra aménager à cet effet. Il doit faire le lien entre le suivi technique et le suivi financier et fournir l'information essentielle sur les prestations de services à travers un système d'information de gestion interne (SIG)

5-2-1 Circuit des données et responsabilités par niveau

Le schéma suivant illustre les étapes du circuit des données : La documentation des données primaires (collecte quotidienne), la synthèse sur fiche mensuelle, la remontée des rapports trimestriels, l'informatisation de données, l'analyse de données et la rédaction des rapports.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 61

Activités		Outils	Responsables
Collecte quotidienne d'informations	Suivi de la mise en œuvre du plan d'action	Cahier/Registre	Superviseur des Activités VIH/SIDA
Synthèse mensuelle		Fiche de suivi mensuel	Chargé du Suivi
Centralisation et complétude Synthèse mensuelle des activités de suivi		Fiches secteur local	Chargé du Suivi (CTR)
Centralisation et complétude Synthèse des activités de suivi trimestriel		Fiches secteur régional/projet	Equipe du Suivi (Comité SIDA)
INFORMATISATION/ SYNTHESE trimestrielle		Base de données, Analyse /Rapport	Responsable de l'Unité Suivi et évaluation du SE/CNLS
Transmission de l'analyse de données pour décision	CNLS/Bailleurs	Rédaction des rapports selon canevas	SE/CNLS

Circuit des rapports

Circuit de la rétro information

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 62

5-2-2 Les niveaux d'intervention du système de suivi évaluation national

Le système de Suivi Evaluation national s'appuie essentiellement sur cinq niveaux. Les acteurs de chaque niveau jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation du système de Suivi Evaluation national.

- **Le Premier niveau** est celui des structures d'exécution (par ex. services déconcentrés, entreprises, associations, OCB). Ce niveau se caractérise par son rôle principal de développer, réaliser et documenter les différentes activités menées par les acteurs du terrain au profit des bénéficiaires. Le recueil s'effectue sous forme de fiches mensuelles et de rapports trimestriels par le responsable technique de la structure d'exécution.

  Une analyse simple est effectuée par les membres de la structure d'exécution à partir des registres de données et tableaux de suivi pour assurer un bon suivi de leur performance.

- **Le Deuxième niveau** correspond aux Comités départementaux de lutte contre le Sida et aux comités de district. Ce sont les structures départementales de coordination et de Suivi-Evaluation où les copies des fiches de suivi mensuel seront déposées, traitées et utilisées à des fins de gestion au niveau départemental par les gestionnaires de données ;

- **Le Troisième niveau** correspond aux CTR Régionaux (Unités d'Appui Régional (UAR). Ce sont les structures régionales de coordination et de Suivi-Evaluation des Plans opérationnels, de Suivi-Evaluation et Budget ainsi que les fiches de suivi mensuel et les rapports trimestriels des structures d'exécution sont saisies et traités.

  L'analyse des données et le traitement des informations seront effectués par le Comité Technique Restreint qui élabore les rapports trimestriels et annuels des plans intégrés régionaux (CRLS). Ils effectuent la rétro information vers les CDLS/CLLS et les structures d'exécution et doivent assurer l'utilisation des informations régionales pour une prise de décision en vue d'améliorer la performance du plan intégré.

- **Le Quatrième niveau** est celui du Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS), avec l'Unité de Suivi-Evaluation structure de validation et de coordination pour le système de suivi évaluation national. L'Unité est le dépôt central de toute information en matière d'IST/VIH/Sida au niveau national. L'Unité s'occupe de la gestion et du développement du système de SE national, en collaboration avec les structures décentralisées de coordination et les autres acteurs clés.

5-2-3 Sources des données du système de Suivi-Evaluation et produits d'informations

Le suivi de la mise en œuvre des activités d'IST/VIH/Sida, de la surveillance épidémiologique, des études et recherches nous fournit des données pour alimenter le système d'informations. Ces données proviennent de diverses sources.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 63

5-2-4 Enquêtes, Etudes, Evaluations

Les enquêtes, études et évaluations font partie des activités de recherche du pays. Le tableau présente les types d'enquêtes, études et évaluations *prioritaires* du PSLS.

TYPES D' EVALUATIONS	FREQUENCE DE COLLECTE	STRUCTURES DE MISE EN ŒUVRE
ENQUETES et ETUDES (Pour le Programme National)		
Enquêtes initiales pour les données de base	An 1	Structures Spécialisées
Enquête Démographique de santé	Tous les 5 ans	Structure Spécialisée
Enquête Nationale sur la Prévalence des IST	Tous les 2 ans (Rapport UNGASS)	Structure Spécialisée
Enquête sur la qualité de la Prise en Charge des IST	Tous les 2 ans	Structure Spécialisée
Enquête CAP des Groupes Vulnérables (HSH et Travailleuses de sexe)	En début de projet et Fin de projet	Structure Spécialisée
Enquête d' Evaluation de la Satisfaction des Bénéficiaires	Avant la Revue à mi parcours du Programme	Structure Spécialisée
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE (Pour le Programme National)		
Surveillance Sentinelle (femmes enceintes)	Tous les ans	Services de Référence, Structures spécialisées
Enquête comportementale BSS ■ Jeunes 15-24 ■ Adultes ■ Groupes passerelles ■ Hommes en Tenue ■ HSH ■ Elèves	Tous les 2 ans	Structure Spécialisée
Rapport Surveillance combinée Groupes vulnérables	Tous les 2 ans	Structure Spécialisée
AUDITS ET EVALUATIONS		
Audits (Techniques et Financiers) du Programme National	Annuels	Cabinet d'audit ou Structure Spécialisée
Evaluations Externes des Stratégies du Programme	Annuelles	Structures Spécialisées
Evaluations Internes du Programme	Annuelles	Unité de Suivi Evaluation du SE/CNLS

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 64

5-2-5 Rapports Périodiques des acteurs de la mise en œuvre

Les rapports sont produits selon les périodicités suivantes :

- Trimestrielles
- Annuelles

Produits d'Informations

Les informations produits par le système de SE national alimenté par les différentes sources de données fournit divers produits d'informations à savoir :

- **Les rapports de documentation /publications**
- **Les rapports de suivi des engagements internationaux**
  - Rapports biennaux UNGASS
  - Rapports sur la déclaration de l'accès universel à la prévention, aux soins et aux traitements.
- **Le cadre de dissémination des résultats de recherche**

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 65

CADRE ORGANISATIONNEL ET INSTITUTIONNEL

6

66 LES ORGANES D'ORIENTATION ET DE DECISIONS
68 LES ORGANES DE COORDINATION ET DE SUIVI
74 CADRE INSTITUTIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 66

La mise en œuvre du Plan Stratégique National se fait dans un cadre organisationnel et institutionnel comportant des organes et des structures selon les trois fonctions suivantes :

- L'orientation et la décision
- La coordination et le suivi
- La mise en œuvre

6-1 LES ORGANES D'ORIENTATION ET DE DÉCISIONS

6-1-1 Le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

Le Conseil National de lutte contre le Sida placé sous la présidence du Premier Ministre a été créé par le Décret n°2001-1063 du 10 décembre 2001 révisé par le Décret n° 2005-550 du 22 juin 2005.

Missions

Le CNLS est l'organe politique d'orientation et de décision. Sa mission est de :

- Définir les orientations nationales de la lutte contre le Sida,
- Assurer le plaidoyer et le partenariat au plus haut niveau dans la lutte contre le Sida
- Veiller au respect de la réglementation et de l'éthique en matière de lutte contre le Sida,

Composition

- Président : le Premier Ministre
- Vice-président : le Ministre de la Santé et de la Prévention
- Secrétaire : le Secrétaire Exécutif du CNLS
- Membres :

  Les Ministres en charge des autres secteurs les plus concernés par le Sida
  - Le Représentant de la Présidence de la République
  - 1 Vice-président du Sénat
  - 1 Vice-président de l'Assemblée Nationale
  - Les Gouverneurs de régions, présidents des CRLS
  - Les représentants des Collectivités locales (3)
  - Le Président de la Commission Nationale de Coordination du Fonds Mondial
  - Les représentants des Collectifs des ONG et Associations (Jeunes, Femmes) (3)
  - Les représentants des réseaux des PVVIH (2)
  - Le représentant du Patronat
  - Les représentants des Confessions religieuses (2)
  - Le représentant des Centrales Syndicales

Membres Associés

- Le coordonnateur du Système des Nations Unies
- Le président du Groupe thématique du système des nations unies pour la lutte contre le Sida
- Les Représentants des Agences de Coopération Multi et Bilatérale (2)
- Les personnalités dont l'expertise et les compétences en matière de lutte contre le Sida sont reconnues.

Fonctionnement

Le CNLS se réunit une fois par année et exceptionnellement sur convocation du Président.
Le Secrétariat des sessions du Conseil National de Lutte contre le Sida est assuré par le Secrétaire Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida.
Entre les sessions, le fonctionnement du CNLS est assuré par les réunions périodiques

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 67

(au moins deux réunions par an) de son **comité de suivi** composé comme suit :

- le Directeur de Cabinet du Premier Ministre,
- le Directeur de Cabinet du Ministère de l'Economie et des Finances,
- le Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé et de la Prévention,
- les Directeurs de Cabinet des Ministres impliqués dans la mise en oeuvre,
- le Conseiller Santé de la Présidence de la République,
- le Conseiller Santé de la Primature,
- le secrétaire exécutif du CNLS
- le président du groupe thématique sur le VIH/Sida,
- Le président du CCM,
- le représentant du Réseau des PVVIH,
- le représentant de la société civile,
- le représentant du secteur privé).

Le comité de suivi valide le rapport des reunions du CNLS et fait le suivi des recommandations des reunions. Le comité de suivi est présidé par le Directeur de Cabinet du Premier Ministre. Son secretariat est assuré par le Secretaire Exécutif du CNLS.

Le Secrétaire Exécutif du CNLS fait le compte rendu des réunions du comité de suivi du CNLS, et en assure la diffusion aux destinataires après approbation du président.

Selon les besoins, le Conseil National de Lutte contre le Sida peut mettre en place des **commissions thématiques spécialisées** Ad hoc afin d'examiner en profondeur les documents qui leur sont soumis pour avis.

Le CNLS a des liens fonctionnels avec le **Forum des partenaires**, structure à caractère consultatif et conseillère pour le Conseil National de Lutte Contre le Sida dont le but est de renforcer la synergie et l'harmonisation des interventions.

6-1-2 Les Comités régionaux, départementaux et locaux de lutte contre le Sida

Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) est représenté au niveau décentralisé par les instances suivantes :

- Le Comité Régional de Lutte contre le Sida (CRLS)
- Le Comité Départemental de Lutte contre le Sida (CDLS)
- Le Comité Local de Lutte contre le Sida (CLLS)

Missions

En tant que démembrements du CNLS, leurs missions sont de :

- assurer la responsabilité de la planification, de la coordination, du suivi et de la supervision du plan régional intégré multisectoriel ;
- assurer l'interface avec les partenaires nationaux et internationaux intervenant dans la région ;
- promouvoir le Plaidoyer sur le plan financier, politique, religieux, communautaire ;
- veiller à la mise en œuvre efficiente des plans régionaux intégrés multisectoriels

Composition

Les conseils décentralisés sont présidés par l'autorité administrative la plus élevée du niveau concerné (Gouverneur pour les Régions, Préfet pour le Département, Sous Préfet pour l'Arrondissement). Les collectivités locales assurent la vice-présidence des CRLS, CDLS et CLLS. Les médecins chefs de région et de districts occupent le poste de coordonnateur.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 68

6-2 LES ORGANES DE COORDINATION ET DE SUIVI

La coordination de l'élaboration, de la mise en oeuvre et du suivi des plans opérationnels se fait à trois niveaux :

- Niveau national par le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS)
- Niveau sectoriel (Ministère) par le Comité sectoriel de lutte contre le VIH/Sida (Comité interne)
- Niveau décentralisé par le comité technique restreint du Comité Régional de Lutte contre le Sida (CTR-CRLS)

6-2-1 Le Secrétariat Exécutif du CNLS

Le Secrétariat Exécutif du CNLS est l'organe national de coordination et d'appui de l'ensemble des activités se rapportant au Sida dans le cadre de l'exécution du Plan Stratégique National. Il assure également la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des plans sectoriels et régionaux. Il est coordonné par le Secrétaire Exécutif du CNLS recruté par appel à candidature et nommé par arrêté du Premier Ministre.

Missions :

Le **Secrétariat Exécutif du CNLS** est chargé de :

- Assurer le secrétariat du CNLS
- Assurer la coordination du PNMLS et des plans d'action sectoriels et régionaux
- Développer les mécanismes de leur mise en œuvre
- Assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre des activités au niveau national (revue, suivi, rapports périodiques, évaluations)
- Veiller à la capitalisation et au renforcement des acquis du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
- Apporter l'appui technique nécessaire aux différents acteurs
- Assurer la coordination de l'appui des partenaires bilatéraux et des multilatéraux
- Préparer et assurer la tenue des différentes réunions des cadres de concertation et du forum des partenaires au niveau national.
- Documenter les progrès accomplis dans le cadre de la réponse nationale au VIH/Sida et orienter le CNLS sur les besoins et les priorités.
- Développer la vision et le partenariat stratégique
- Promouvoir le plaidoyer technique et financier
- Evaluer les besoins du programme national et faciliter toutes les démarches visant à harmoniser les rythmes d'exécution des différentes interventions

Le SE/CNLS comprend trois unités techniques :

- l'unité de Gestion Programmatique
- l'unité de Suivi Evaluation et de la Communication
- l'unité de gestion administrative financière et d'appui logistique

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 69

SCHÉMA ORGANISATIONNEL DU SE/CNLS

Direction du SE/CNLS			
Unités	**Unité de gestion programmatique**	**Unité de suivi évaluation et communication**	**Unité de gestion administrative et financière**
Missions	■ Coordination de la mise en œuvre technique du PNMLS et des projets gérés par le SE/CNLS ■ Elaboration, révision et suivi du manuel de procédures techniques ■ Planification stratégique et élaboration des plans d'actions intégrés de lutte contre le SIDA ■ Coordination de la mise en œuvre des plans d'action intégrés régionaux de lutte contre le SIDA ■ Gestion du plan GAS et des produits pharmaceutiques	■ Coordination de l'information stratégique sur le VIH/SIDA ■ Coordination de la mise en œuvre du système de Suivi évaluation «3 Ones» ■ Suivi du programme (rapports périodiques) niveau d'atteinte des indicateurs ■ Organisation des revues du programme ■ Documentation de l'impact des interventions du programme ■ Mise en place d'un système d'information et de rétro information sur la réponse nationale ■ Audit technique du PNMLS ■ Elaboration et coordination de la mise en œuvre de la stratégie de communication sur le VIH/SIDA ■ Documentation des meilleures pratiques du programme	■ Elaboration et application des manuels de procédures administratives, financières et comptables ■ Elaboration du tableau de bord des financements ■ Gestion de la logistique et du parc automobile ■ Gestion des ressources humaines ■ Audit financier du PNMLS
Structures en interaction avec les unités du SE/CNLS			
Mécanismes de coordination, d'appui et de concertation	■ Comités internes sectoriels ■ CRLS & CDLS ■ Collectifs et Réseaux des organisations de la société civile, du secteur privé et des PVVIH ■ Forum des partenaires ■ Groupe thématique	■ Comité consultatif suivi évaluation	

Fonctionnement

La Coordination

Le SE/CNLS établit un plan d'action annuel découlant du plan stratégique de lutte contre le Sida et prenant en compte les orientations et recommandations des sessions du bureau permanent du CNLS et des sessions du CNLS.
Le SE/CNLS se dote en outre d'un manuel de procédures qui donne les règles de collaboration au sein des unités et entre les unités.
Le SE/CNLS produit des rapports trimestriels examinés lors des réunions du Bureau du CNLS et d'un rapport annuel examiné au cours des sessions du CNLS.

Liens fonctionnels avec les autres structures de coordination

Le SE/CNLS organise **une réunion trimestrielle de coordination** élargie aux représentants au plus haut niveau :

- des Comités sectoriels,
- des Principaux projets nationaux
- et du Collectif et réseaux des ONG nationales y compris ceux des Associations de PVVIH et du collectif des organisations du secteur privé.

Le Suivi de la mise en œuvre des interventions

Le suivi des activités est discuté lors des **réunions internes trimestrielles de suivi et de contrôle** de la mise en œuvre des plans. L'objet de ces réunions est de :

- S'assurer de l'exécution des décisions prises par le CNLS
- Veiller à la conformité des accords et conventions de financements et s'assurer de leur bonne exécution
- Contrôler la gestion des ressources utilisées et l'exécution des activités.
- Prévoir les appuis techniques à apporter aux différents acteurs
- S'assurer de la régularité des missions de supervision des plans sectoriels et régionaux.

Les unités du SE/CNLS participent aux travaux des **Groupes spécialisés de travail** mis en place par les secteurs.

Le SE/CNLS organise également un forum semestriel des partenaires pour échanger sur les rapports de suivi des interventions sur les informations stratégiques et l'état d'avancement des plans d'action, des projets et des contraintes et perspectives, présidée par le CNLS. Les participants à la réunion de suivi sont :

- Les représentants des Comités sectoriels,
- Les représentants des principaux projets nationaux
- Les représentants des services de référence spécialisés
- Les représentants des collectifs et réseaux des ONG nationales y compris ceux des Associations de PVVIH
- Les représentants des unités du SE/CNLS
- Les représentants des CTR/CRLS (représentation du niveau régional)
- Les représentants des Agences (bilatérales et multilatérale) impliquées dans l'exécution technique et financière de la lutte contre le Sida
- Les représentants des cadres de concertations sur le VIH
- Les représentants des Personnalités dont l'expertise et les compétences en matière de lutte contre le Sida sont reconnus ou jouant un rôle clé dans la lutte contre le Sida.

Le Forum des partenaires est une structure consultative et conseillère. Il aura pour objectif de faire le point sur l'information stratégique, la réponse à l'épidémie au plus haut niveau, d'évaluer les performances du programme, d'identifier les points faibles et les gaps d'intervention et de faire des propositions de recommandations au CNLS pour les ajustements nécessaires.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 71

Au moins trois fois par an, les CTR élargis au CTMR organisent des missions de supervision au niveau opérationnel.

Au moins deux fois par an, les unités du SE/CNLS organisent des **missions de supervision** conjointes au niveau régional.

Les CRLS, les secteurs ministériels et les réseaux d'ONG et le secteur privé produisent des rapports trimestriels et annuels.

Le Secrétariat Exécutif du CNLS produit des rapports trimestriels et annuels qui sont la synthèse des rapports unités du SE/CNLS, des comités sectoriels et des régions, des projets nationaux, et des réseaux d'ONG et du secteur privé.

Selon les indications du plan de suivi évaluation, les évaluations internes et externes seront effectuées par le SE/CNLS en partenariat avec les composantes qui mettent en œuvre les plans opérationnels.

Le Suivi de la gestion financière

Le mode de gestion financière du Plan Stratégique de lutte contre le Sida obéira aux procédures des différents partenaires impliqués et de celles de l'Etat. Le Secrétariat exécutif du CNLS assurera un suivi de l'ensemble des ressources financières mobilisées dans la lutte contre le Sida.

L'un des mandats de **l'unité de gestion administrative et financière** sera de centraliser les données sur les ressources financières mobilisées et engagées par tous les projets et programmes, et cela quelle que soit la source de financement. Comme pour le suivi de contenu de programme, un plan de suivi des ressources sera élaboré.

Elle établira la situation de l'exécution financière tous les 3 mois et chaque année, et ceci concernera tous les bailleurs de fonds du Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida.

SUIVI DE LA GESTION FINANCIERE PAR NIVEAU

NIVEAUX	TYPES D'ORGANE	RESPONSABILITES
National	Bureau permanent du CNLS	■ Amendement et approbation du budget des plans sectoriels et régionaux. ■ Approbation des audits et autres rapports nationaux
	Unité de gestion administrative et financière du SE/CNLS	■ Application et suivi des recommandations du CNLS et des réunions de suivi avec les partenaires au développement ■ Suivi des rapports financiers et des audits
Sectoriel (Ministères)	Unité de gestion des ministères	■ Elaboration des plans des ministères ■ Définition des plans de financements à partir des ressources sectorielles propres. ■ Amendement et approbation du budget des plans sectoriels ■ Approbation des rapports financiers
Régional (*)	Unité de gestion des CRLS	■ Définition des plans de financements à partir des ressources régionales et locales ■ Amendement et approbation du budget des plans régionaux ■ Approbation des rapports financiers
	Responsable de l'administration et de la gestion des CRLS	■ Application et suivi des recommandations du CRLS et des réunions de suivi avec les partenaires au développement ■ Suivi des rapports financiers et des audits

(*) Selon les besoins prévoir une structure similaire au niveau des départements, des Arrondissements et des communautés rurales

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 72

6-2-2 Le comité technique restreint du comité régional de lutte contre le SIDA (CTR-CRLS)

Le comité technique restreint du Comité Régional de Lutte contre le Sida (CTR-CRLS) est l'organe d'exécution du CRLS. A ce titre, il est chargé d'assurer la coordination, le suivi et la supervision de la mise en œuvre du programme au niveau décentralisé.

Missions

Le Comité Technique Restreint du Comité Régional de Lutte contre le Sida (CTR-CRLS) est la cheville ouvrière de l'ensemble du dispositif de coordination au niveau régional. Il est chargé de :

- diffuser les documents nationaux, les directives et guides de travail à tous les acteurs de la lutte et aux partenaires
- coordonner le processus d'élaboration du plan régional selon une approche intégrée, multisectorielle en adéquation avec les directives nationales et les spécificités régionales.
- suivre l'exécution de l'ensemble des activités de lutte contre le Sida, en collaboration avec les membres des conseils décentralisés
- organiser les réunions périodiques de coordination regroupant les responsables des plans d'action mis en œuvre et les partenaires qui les financent à chacun des niveaux, et en assurer le secrétariat.
- rendre compte au CRLS et au Secrétariat Exécutif du CNLS du déroulement du plan de travail et fournir des rapports périodiques faisant la synthèse de l'ensemble des interventions dans la lutte contre le Sida dans la région.
- superviser et faciliter les revues internes et les évaluations externes des plans et projets mis en œuvre au niveau régional.

Le comité technique restreint a un **Secrétariat permanent** constitué de personnes ressources affectées à plein temps au programme et chargées d'apporter aux CRLS/CDLS/CLLS l'assistance technique et financière nécessaire à l'accomplissement de leurs missions.

Composition

Le CTR du CRLS est composé :

- du représentant du Conseil Régional
- du médecin-chef du MSR ou du MC des Grandes Endémies
- du représentant du comité médical technique
- des représentants de la jeunesse, de l'Education, des Femmes, des Forces Armées, du Travail et des Transports
- du représentant des services régionaux
- du représentant de la société civile
- du représentant du secteur privé
- du représentant de l'association régionale des PVVIH
- du responsable de la base de données régionales sur l'infection à VIH.

Fonctionnement

En règle générale le CTR-CRLS tient des réunions périodiques (mensuelles) et produit un rapport trimestriel et un rapport annuel, selon un plan d'action validé par le CRLS et approuvé par le SE/CNLS

Liens fonctionnels

Les CTR-CRLS sont conseillés techniquement par le Secrétariat Exécutif du CNLS et administrativement par le président du CRLS

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 73

6-2-3 Les comités sectoriels de lutte contre le SIDA

Les ministères, les institutions nationales publiques et privées contribuant à la lutte contre le Sida doivent se doter d'une structure de coordination la plus légère possible appelé Comité interne ministériel de lutte contre le Sida. Le comité ministériel ne doit pas se substituer aux institutions, aux services spécialisés dans la mise en œuvre des activités au sein du ministère, de l'entreprise ou des écoles. Son rôle est d'apporter un appui aux différents services et projets dans l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de leurs plans opérationnels découlant du Plan sectoriel intégré et multidisciplinaire de lutte contre le Sida .

Mission

Impulser et coordonner l'élaboration et la mise en oeuvre du Plan Sectoriel intégré et multidisciplinaire de lutte contre le Sida.
Les plans opérationnels des services découlent du plan sectoriel et représentent le volet Sida intégré aux plans d'action des services et institutions du secteur à tous les niveaux selon leurs mandats.

Attributions

- Appuyer l'élaboration du volet Sida des plans d'action suivant les orientations du cadre stratégique
- Coordonner la riposte à l'infection à VIH au niveau du secteur
- Mobiliser les ressources pour la lutte contre le Sida au niveau du secteur
- Faire le suivi de la mise en œuvre du plan sectoriel
- Mobiliser l'appui technique en faveur des acteurs du secteur
- Organiser la concertation périodique des acteurs et des partenaires techniques et financiers

Composition

Présidence : Le Secrétaire Général ou le Directeur de Cabinet du Ministère ou le responsable d'une Direction / Directeur d'une structure de coordination sectorielle
Rapporteur : le point focal du secteur
Membres :

- Les représentants des différents démembrements du ministère ou travaillant dans le secteur, notamment :
- Directions techniques/Projets et programmes/Organismes sous tutelle
- Services spécialisés et Centres de référence
- Projets nationaux
- Réseaux d'ONG/Associations
- Privé
- Syndicats et Associations professionnelles

Le comité sectoriel peut décider de la mise en place de **groupes spécialisés de travail** comprenant des experts non membres du comité pour étudier des projets et divers dossiers, apporter un appui à l'élaboration de plans d'action, mener des études, des revues**.** Le comité sectoriel est représenté au niveau périphérique par les services déconcentrés. Les représentants de ces services sont également membres des comités régionaux de lutte contre le Sida.

Liens fonctionnels

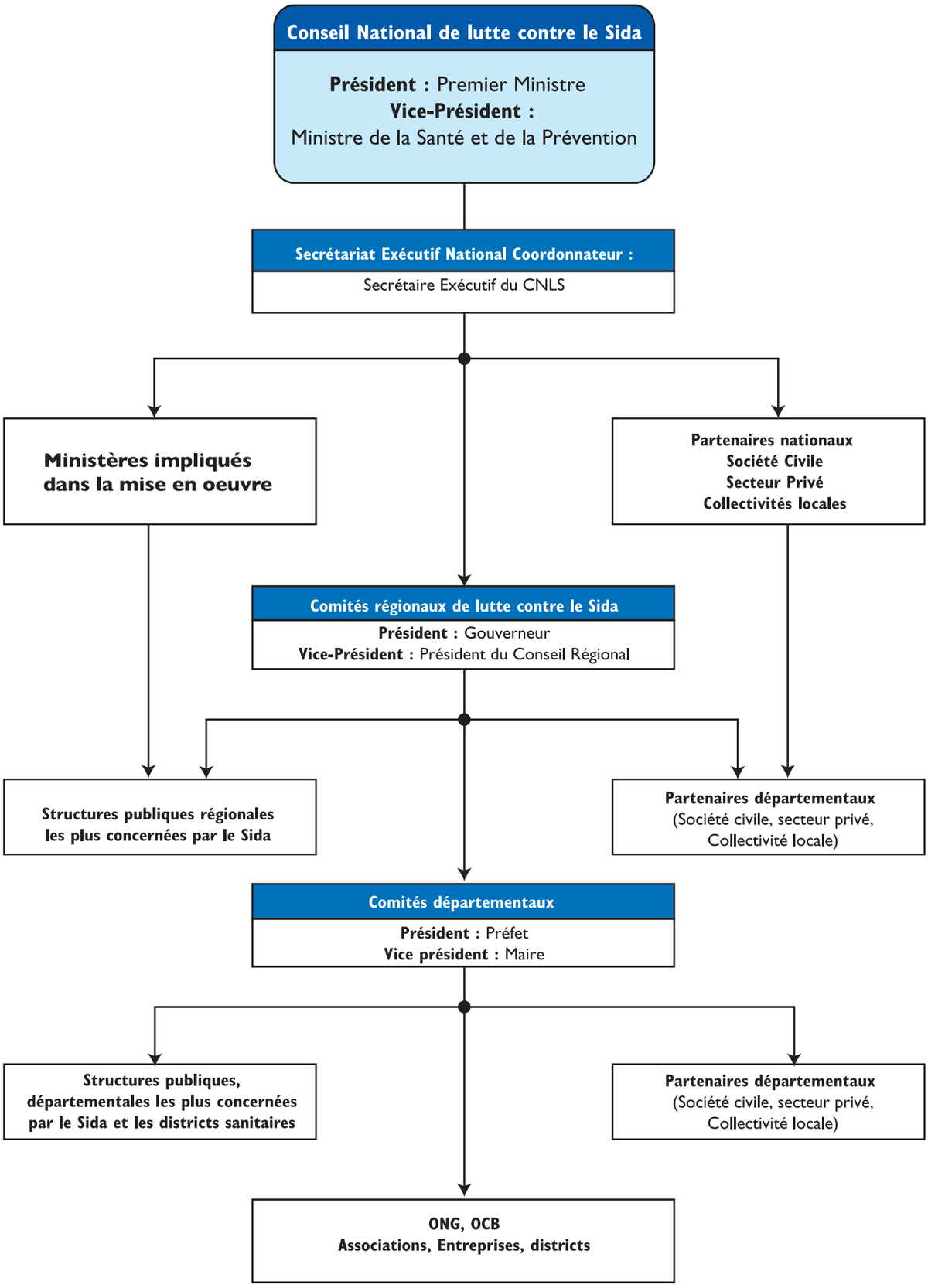
Le comité sectoriel est conseillé techniquement par le Secrétariat Exécutif du CNLS.

Fonctionnement

En règle générale le comité tient des réunions périodiques et produit un rapport trimestriel et un rapport annuel.

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 74

6-3 CADRE INSTITUTIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



Sigles et abbréviations

Sigles et abreviations

ADEMAS
Agence de Marketing Social

ANCS
Alliance Nationale de lutte contre le Sida

ARV
Antirétroviraux

ASBEF
Association Sénégalaise pour le Bien être Familial

ASC
Association Sportive et Culturelle

AZT
Zidovudine

BCI Budget de consolidation des investissements

BM
Banque Mondiale

BRISE
Bureau Régional de l'Immunisation et de la Surveillance épidémiologique

BSE
Bulletin Séro épidémiologique

BSS Behavior Sexual Survey

CCA
Centre Conseils pour Adolescents

CCC
Communication pour un Changement de Comportement

CD4
Lymphocyte CD4

CCM
Country Coordination Mechanism

CDC
Center for Diseases Control

CDLS
Comité Départemental de Lutte contre le Sida

CDV
Conseil et Dépistage Volontaire

CDVA
Centre de Dépistage Volontaire Anonyme

CHU
Centre Hospitalier Universitaire

CLLS
Comité Local de lutte contre le Sida

CMSC
Commission Mixte de Suivi et de Coordination

CNLS
Conseil National de Lutte contre le Sida

CNTS
Centre National de Transfusion Sanguine

CPN
Consultation Prénatale

CPS
Centre de Promotion de la Santé

CRLS
Comité Régional contre le Sida

CRTS Centre Régional de Transfusion Sanguine

CTR
Comité Technique Restreint

DAGE
Direction de l'Administration Générale

DPL
Direction de la Pharmacie et des Laboratoires

DPS
Domaine de Prestation

DSRP
Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

EDS
Enquête Démographique de Santé

ESAM
Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages

ESC
Enquête de Surveillance Comportementale

ESIS
Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé

FHI
Family Health International

FM
Fonds Mondial

GAS
Gestion des Achats et des Stocks

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 77

GIPA
Grande Implication des PVVIH

GPF
Groupement de Promotion Féminine

GVP
Groupe Vulnérable Prioritaire

HALD
Hôpital Aristide Le Dantec

HSH
Hommes ayant des rapports sexuels
avec d'autres hommes

ICC
Intervention pour un Changement de Comportement

IDA
International Development Association

IEC
Information - Education - Communication

INH
Isoniazide

INNTI
Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase
Inverse

INTI
Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IO
Infection Opportuniste

IP
Inhibiteur de la Protéase

ISAARV
Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux

ISF
Indice Synthétique de Fécondité

IST
Infection Sexuellement Transmissible

MAP
Multi country AIDS Program

MEP
Manuel d'Exécution du Projet

MIF
Microscope à Immunofluorescence

HSH
Hommes ayant des relations sexuelles
avec d'autres hommes

NEPAD
Nouveau Partenariat pour le
Développement de l'Afrique

OCB
Organisation Communautaire de Base

OEV
Orphelin et Enfant Vulnérable

OMD
Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS
Organisation Mondiale de la Santé

ONG
Organisation Non Gouvernementale

ONU
Organisation du Système des Nations Unies

ONUSida
Programme commun des Nations Unies sur le VIH
/Sida

PEP Plan d'Exécution et de Procédures du Projet

PEC
Prise en charge

PIB
Produit Intérieur Brut

PIC
Plan d'Investissement Communal

PLD
Plan Local de Développement

PLP
Programme de Lutte contre la Pauvreté

PMLS
Projet Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida

PNA
Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

PNMLS
Programme National Multisectoriel
de Lutte contre le Sida

PNDS
Plan National de Développement Sanitaire et Social

PPTE
Pays Pauvres Très Endettés

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 78

PRDI
Plan Régional de Développement Intégré

PSIR
Programme Stratégique d'Infrastructures Routières

PSN
Plan Stratégique National

PTME
Prévention de la Transmission Mère Enfant

PVVIH
Personne Vivant avec le VIH

RNP+
Réseau National des Personnes Vivant avec le VIH

SDV
Service de Dépistage Volontaire

SEN
Secrétariat Exécutif National

SE/CNLS
Secrétariat Exécutif/ Conseil National de Lutte contre le Sida

Sida
Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SRAT
Schéma Régional d'Aménagement du Territoire

SSG
Surveillance de Seconde Génération

SWAA
Society of Women against Aids in Africa

TB
Tuberculose

TME
Transmission Mère Enfant

TS
Travailleur (se) du sexe

UAR
Unité d'Appui Régionale

UNFPA
Fonds des nations Unies pour la population

UNGASS
Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies

UNICEF
Fonds des Nations Unies pour l'enfance

USAID
United States Agency for International Development

VIH
Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB
Virus de l'Hépatite B

VHC
Virus de l'Hépatite C

Plan strate?gique 2007 2011 23-07-07.qxp:Mise en page 1 4/02/09 17:25 Page 80

Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)
Primature - Dakar Sénégal
Téléphone : (221) 869.09.09 Fax : (221) 820.34.79
BP : 25927 – Dakar - Fann
Site web : www.cnls-senegal.org

Pointcom 338 69 76 00

CNLS