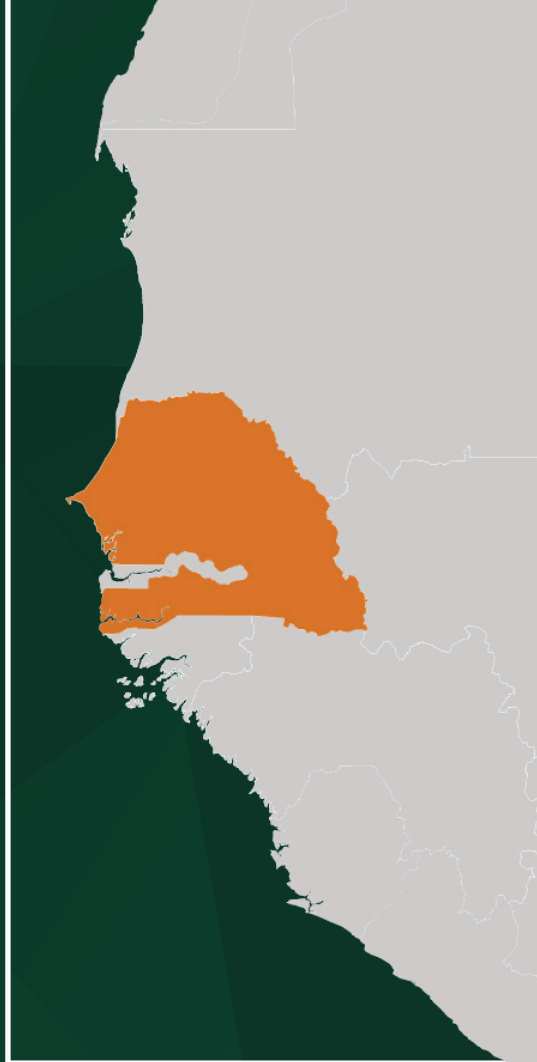




Rapport d'évaluation de l'état de préparation à la transition et à la pérennité du Programme national de lutte contre le VIH au Sénégal



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



ONUSIDA



PEPFAR



HEALTH POLICY PLUS



CNLS
CONSEIL NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA DU SÉNÉGAL

Juillet 2019

Cette publication a été préparée par Dr. Abdoulaye Sidibé Wade et M. Ousmane Amadou Sy.

Citation suggérée : Wade, Abdoulaye Sidibé et M. Ousmane Amadou Sy. 2019. *Rapport d'évaluation de l'état de préparation à la transition et à la pérennité du Programme national de lutte contre le VIH au Sénégal*. Washington, DC : Palladium, Health Policy Plus.

ISBN: 1-59560-214-3

Health Policy Plus (HP+) est un accord coopératif de 5 ans financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) aux termes de l'accord N° AID-OAA-A-15-00051, qui a pris effet le 28 août 2015. Les activités liées au VIH/SIDA sont appuyées par le Plan d'urgence du Président américain en matière de lutte contre le VIH/Sida (PEPFAR). HP+ est mis en œuvre par Palladium, en collaboration avec Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau, RTI International, ThinkWell, et l'Alliance du Ruban blanc pour une maternité sans risque. Cette publication a été conçue pour examen par l'USAID.

Elle a été préparée par HP+. Les renseignements fournis dans ce document ne sont pas des informations officielles du gouvernement des États-Unis et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou positions de l'USAID ou du gouvernement américain.

Table des matières

Remerciements.....	v
Liste des sigles et abréviations	vi
Résumé exécutif	viii
1. Situation épidémiologique et de la riposte contre le VIH.....	1
1.1 Poids de l'épidémie	1
1.2 Aperçu des données clés de la riposte contre le VIH.....	6
1.3 Dynamique de l'épidémie de VIH	7
1.4 Forces et faiblesses de la riposte contre le VIH au Sénégal	10
1.5 Interventions prioritaires.....	12
2. Gouvernance, leadership et responsabilité.....	14
2.1 Rôle du secteur public	14
2.2 Rôle du secteur privé	15
2.3 Rôle de la société civile.....	16
2.4 Rôle des partenaires au développement.....	17
2.5 Gestion de l'information stratégique	18
3. Système de santé et prestation de services	23
3.1 Prestation de services.....	23
3.2 Ressources humaines affectées aux services de santé.....	25
3.3 Sécurité des produits médicaux et chaîne d'approvisionnement	28
3.4 Gestion de la qualité	29
3.5 Laboratoires.....	30
4. Équité, droits humains, genre et innovations.....	33
4.1 Équité	33
4.2 Droits humains	33
4.3 Genre.....	34
4.4 Innovations	34
5. Investissements stratégiques, efficacité et financement durable	36
5.1 Environnement macroéconomique	36
5.2 Espace fiscal pour la santé.....	38
5.3 Vue d'ensemble du financement du système de santé	41
5.4 Couverture assurance santé	44
5.5 Dépenses liées au VIH/Sida selon les sources de financement.....	46
5.6 Besoins financiers estimés.....	50
5.7 Ecart de financement.....	52
6. Conclusion.....	55
Bibliographie	56
Annexe 1. Tableau sur l'Indice de Pérennité – Programme VIH - Sénégal.....	58
Annexe 2. Comité de Pilotage Pérennité CNLS.....	59
Annexe 3. Documents de référence pour le financement de la santé	60

Liste des graphiques

Graphique 1 : Pourcentage de femmes et d'hommes séropositifs en fonction des tranches d'âge	1
Graphique 2 : Prévalence du VIH par région	5
Graphique 3 : Prévalence du VIH par région	5
Graphique 4 : Evolution (%) des indicateurs PTME de 2016 à 2018	6
Graphique 5 : Nombre de nouvelles infections à VIH chez des enfants par rapport au nombre de nouvelles infections évitées grâce à la PTME de 1990 et 2017	6
Graphique 6 : Cascade de dépistage et de traitement ARV au Sénégal	7
Graphique 7: Tendances des nouvelles infections à VIH entre 1990 et 2017	8
Graphique 8 : Mortalité liée au VIH entre 1990 et 2017	8
Graphique 9 : Ratio de la mortalité liée au VIH et incidence du VIH de 1990 et 2017	9
Graphique 10 : Nombre de décès liés au sida par rapport au nombre de décès évités grâce au traitement antirétroviral de 1990 et 2017	9
Graphique 11. Répartition des nouvelles infections à VIH selon l'âge, Sénégal 2016	10
Graphique 12 : Répartition des ressources humaines en santé par type d'employeur	27
Graphique 13 : Projections de croissance du PIB de 2018 à 2023 selon le Fonds Monétaire International	39
Graphique 14 : Evolution des recettes fiscales du Sénégal de 2014 à 2018	40
Graphique 15 : Evolution du budget du MSAS sur la période 2013-2018	41
Graphique 16 : Part des ressources intérieures et extérieures dans les dépenses en capital exécutées dans la santé	42
Graphique 17 : Structures des dépenses totales par source de financement	43
Graphique 18 : Financements extérieurs et domestiques pour le VIH au cours des trois dernières années (2015 -2018) en FCFA	48
Graphique 19 : Investissements prévus par année de 2018 à 2020 selon le cadre d'investissement	51
Graphique 20 : Estimation budgétaire prévue par objectif stratégique	52

Liste des tableaux

Tableau 1 : Prévalence du VIH chez les populations clés	2
Tableau 2 : Prévalence du VIH chez les populations vulnérables	3
Tableau 3 : Principaux partenaires de la lutte contre le VIH et leur type d'appui	17
Tableau 4 : Stigmatisation et violence vécues par des hommes du fait de leur orientation sexuelle.....	34
Tableau 5 : Les Indicateurs Macroéconomiques	37
Tableau 6 : Répartition des dépenses liées au VIH/Sida et MST selon les agents de financement	46
Tableau 7 : Répartition des dépenses liées au VIH/Sida et MST selon les sources de financement	47
Tableau 8 : Dépenses engagées du CNLS par source de financement sur les quatre dernières années (2015 -2018)	49
Tableau 9 : Taux d'exécution des dépenses	49
Tableau 10 : Exécution du budget de l'État pour les ARV et réactifs de 2014 à 2018	50
Tableau 11 : Récapitulatif des investissements couverts et à financer (en milliards de FCFA)....	52

Remerciements

L'équipe d'évaluation tient à remercier chaleureusement le leadership du Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS) et le Comité de pilotage pour leur sens de l'anticipation et leur engagement résolu à faire aboutir l'agenda de la transition et de la pérennité du programme VIH au Sénégal. Nous tenons également à remercier les partenaires techniques et financiers du CNLS (USAID/HP+, ONUSIDA) qui ont soutenu cette initiative.

Les organisations fers de lance de la société civile en matière de lutte contre le VIH au Sénégal (ANCS, ENDA Santé, SWAA, etc.) sont également associées à ces remerciements pour leurs contributions techniques tout au long du processus.

Liste des sigles et abréviations

ANCS	Alliance Nationale des Communautés pour la Santé
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ARV	antirétroviraux
BM	Banque Mondiale
CCA	centre conseil pour adolescents
CDV	conseils et tests de dépistage volontaire du VIH
CEDEAO	Communauté Économique des États d'Afrique de l'Ouest
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNS	Comptes nationaux de la santé
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le Sida
DLSI	Division Lutte contre le Sida et les IST
DPPD	Document de programmation pluriannuelle des dépenses
DPEE	Direction de la prévision et des études économiques
EDS-C	Enquête démographique et de santé continue
EDS	Enquête démographique et de santé
ELIHoS	Évaluer les interventions auprès des homosexuels masculins au Sénégal
ENSC	Enquête nationale de surveillance combinée
EPS	établissement public de santé
FM	Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme
HSH	hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IPM	institutions de prévoyance maladie
IPRES	Institution de prévoyance retraite au Sénégal
IRESSEF	Institut de recherche en santé publique et de formation
IST	infections sexuellement transmissibles
LBV	Laboratoire de bactériologie et de virologie
MEF	Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUFEMMES	Fonds pour l'égalité des sexes
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PEC	prise en charge

PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPP	partenariat public-privé
PS	professionnelles du sexe
PSE	Plan Sénégal Émergent
PSC	professionnelles du sexe clandestines
PSN	Plan stratégique national
PSO	professionnelles du sexe officielles
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	personnes vivant avec le VIH
RSE	responsabilité sociale des entreprises
RSS	renforcement des systèmes de santé
SIRH	Système d'information sur les ressources humaines
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SPE	Synergie pour l'enfance
TATARSEN	Test All, Treat All and Return All for Senegal
TARV	traitement antirétroviral
TB	tuberculose
TDR	test de diagnostic rapide
TIC	technologies de l'information et de la communication
TME	transmission mère-enfant du VIH
UDSEN	Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection à VIH, VHB et VHC chez les utilisateurs de drogues dans la région de Dakar
UDI	utilisateurs de drogues injectables
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

Le Sénégal est l'un des pays pionniers en Afrique subsaharienne en termes de riposte contre le VIH. En effet, les décideurs politiques et la société civile se sont mobilisés pendant les trois dernières décennies pour faire de la riposte contre cette épidémie un objectif commun et un défi national à relever. Tirant parti du programme MAP de la Banque Mondiale qui a jeté les bases et les contours des programmes nationaux de lutte contre le Sida dans la région Afrique, le Sénégal a pu, sous la direction du Conseil National de Lutte Contre le Sida (CNLS) coordonner et impulser la riposte contre le VIH, grâce notamment à une approche multisectorielle ayant permis des avancées significatives ; le taux de séroprévalence dans la population générale est ainsi passé de 0,7% en 2010 à 0,4% en 2017, soit une baisse notable de près de 43%. Le Sénégal doit ces importants acquis à un leadership politique au plus haut niveau, à la précocité de sa riposte, à une bonne coordination au niveau central mais aussi à l'implication des communautés les plus touchées par le canal des organisations de la société civile.

Considéré comme un pays modèle dans la lutte contre le VIH, le Sénégal fait partie des premiers pays d'Afrique à avoir bénéficié d'une subvention du Fonds mondial dès la première série de financement en 2002. L'augmentation des ressources destinées à la lutte contre le VIH avec l'arrivée du Fonds mondial au début des années 2000 a été déterminante dans les résultats positifs affichés aujourd'hui par le pays, en plus de l'appui d'autres partenaires traditionnels comme le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA), l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et la Banque Mondiale, pour ne citer qu'eux. Cette période favorable s'est également traduite par l'affirmation et la consolidation du rôle et de la place de la société civile dans la riposte contre le VIH, avec notamment l'instauration du principe de financement à deux voies (*dual track financing*) qui a permis aux organisations non gouvernementales (ONG) leaders comme l'Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS) d'amplifier leurs interventions auprès des communautés, en particulier en direction des groupes vulnérables : hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), utilisateurs de drogues injectables (UDI), professionnels du sexe, prisonniers, routiers, travailleurs saisonniers, etc.

Aujourd'hui, l'épidémie du VIH évolue au Sénégal. Elle se féminise et touche de plus en plus les populations dites vulnérables qui restent confrontées à de nombreux défis dès lors qu'il s'agit d'accéder à des soins adéquats. Au même moment, les données disponibles sur les financements de la riposte montrent que sur la période 2014-2018, près de 85% des ressources consacrées à la lutte contre le Sida au Sénégal proviennent de donateurs étrangers et que le secteur privé est quasi-inexistant dans le financement de la riposte (environ 3%). Cette dépendance vis-à-vis des sources de financement étrangères impacte de la même manière le secteur public et la société civile (par exemple, l'ANCS, la plus grande ONG de lutte contre le Sida au Sénégal, est presque entièrement financée par des subventions provenant de partenaires étrangers).

Pour pérenniser son action, le Sénégal devra impérativement inverser le ratio de financement de la riposte contre le VIH par la mobilisation de ressources domestiques et faire un bon de plus de 65 points à l'horizon 2030. Les plans quinquennaux de lutte contre le VIH devront se traduire par une progression constante du financement domestique tous les 5 ans, avec les projections minimales suivantes : environ 42% de financement national en 2023 et au moins 63% en 2028 pour espérer inverser la tendance au cours de la période 2029-2033 et parvenir à remplacer les 85% de financement étranger actuel par des ressources locales. Un intense plaidoyer articulé autour de scénarios de retour sur

investissement, et de l'allocation et de l'utilisation optimales des ressources pourrait permettre au programme national de lutte contre le VIH d'influencer les arbitrages budgétaires au niveau de l'État et de susciter l'intérêt du secteur privé.

C'est dans ces perspectives que le CNLS en collaboration avec l'ONUSIDA et l'USAID a engagé une réflexion devant aboutir à l'élaboration d'une feuille de route pour la transition vers un programme VIH plus pérenne. A cet effet, une analyse de la riposte actuelle contre le VIH a été menée sur la base du Tableau d'Indice de Pérennité (outil TIP) développé par le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence dans la lutte contre le Sida (PEPFAR) et l'USAID autour de trois thèmes majeurs : (i) Épidémiologie et fournitures de services, (ii) Gouvernance, leadership, redevabilité et financement durable, (iii) Société civile. Cette évaluation de l'état de préparation du Sénégal a permis d'identifier les principaux défis/limites et faiblesses, ainsi que les perspectives de pérennisation du programme de lutte contre le VIH vers l'horizon 2030.

Conclusion : En définitive, la transition et la pérennité appellent des questionnements qui vont au-delà du financement et de la mise en œuvre des interventions. Il s'agit pour les acteurs clés de la lutte contre le VIH au Sénégal de s'interroger de façon critique et objective sur l'efficacité de l'allocation et de l'utilisation des ressources disponibles, sur les interventions ayant le plus d'impact dans un contexte de raréfaction des ressources, et sur le lien entre les stratégies/activités mises en œuvre et le profil épidémiologique du pays. En d'autres termes, il faudra assurer l'équilibre entre les investissements de prévention et de traitement/soins et introduire la notion d'innovation, afin de garantir la qualité dans les prestations de soins. Des aspects d'ordre programmatique (comme le contenu de l'offre de soins, l'équité financière et territoriale, le respect des droits humains, la prise en compte de la féminisation de l'épidémie, le système de collecte et la qualité des données stratégiques appuyant les décisions, les ressources humaines, les laboratoires, la capacité de planification à moyen et long terme sur les questions de santé, etc.) doivent occuper une place importante dans la feuille de route pour la transition et la pérennité du programme de lutte contre le VIH.

La gouvernance et la coordination de la riposte contre le VIH dans une perspective de pérennisation du programme sont également autant de défis cruciaux que le Sénégal doit relever. Avec l'appui des partenaires étrangers, le secteur public et la société civile collaborent depuis des décennies sans pour autant parvenir à une intégration harmonieuse et aboutie des interventions à tous les échelons de la pyramide sanitaire. Pour pérenniser cette action, les deux acteurs clés de la riposte contre le VIH (secteur public, secteur communautaire) seront contraints de mieux rationaliser leurs interventions et d'articuler leurs programmes pour espérer influencer les décideurs politiques dans l'allocation des ressources domestiques.

Le financement des interventions de la société civile, principalement celles en direction des populations clés dans un contexte de pérennité, le schéma de redevabilité et l'organe/instance qui doit être investi d'une autorité pour organiser, coordonner et réguler la riposte contre le VIH, sont autant de points cruciaux que les consultations nationales sur la transition et la pérennité devront aborder pour faciliter l'élaboration d'une feuille de route et d'un cadre de suivi des progrès sur la période 2020-2030.

1. Situation épidémiologique et de la riposte contre le VIH

Ce chapitre passe en revue la situation épidémiologique du VIH, en précisant notamment sa prévalence au sein de la population générale et chez les populations clés et autres groupes vulnérables. Elle décrit ensuite la réponse apportée par le pays pour faire face à cette épidémie en termes de couverture pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) et la cascade de dépistage et de traitement antirétroviral (ARV). Elle aborde enfin la dynamique de l'épidémie VIH au Sénégal et résume les principales opportunités, et les défis et interventions prioritaires pour veiller à la bonne transition et pérennité du programme.

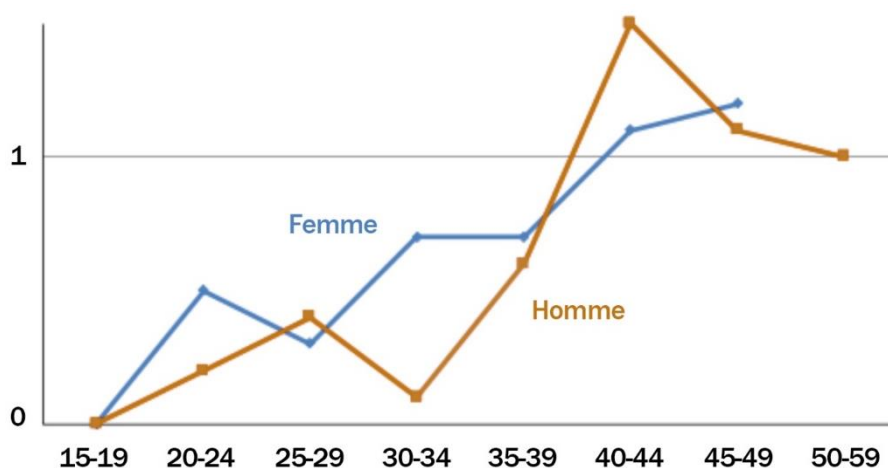
1.1 Poids de l'épidémie

L'épidémie de VIH au Sénégal est de type concentré avec une prévalence basse dans la population générale et élevée dans les populations clés. La nouvelle approche basée sur la localisation et les populations montre plusieurs épidémies locales interconnectées, au sein desquelles les populations clés et certaines régions sont les plus touchées.

Dans la population générale

La prévalence du VIH dans la population générale (15-49 ans) est de 0,5% chez les femmes et 0,4% chez les hommes (EDS continue 2017). On note une féminisation de l'épidémie VIH avec un ratio d'infection femmes/hommes de 1,6. Dans la tranche d'âge 15-24 ans, la prévalence VIH est estimée à 0,2% dont 0,3% chez les femmes et 0,1% chez les hommes (Etude démographique et de santé continue, EDS-Continue 2017). Chez les femmes enceintes, elle est de 0,8% (LBV, 2015).

Graphique 1 : Pourcentage de femmes et d'hommes séropositifs en fonction des tranches d'âge



Source : EDS continue 2017

Chez les populations clés

Tableau 1 : Prévalence du VIH chez les populations clés

Population cible	Sous-groupes (Âges)	Prévalence/année		Sources
		2010–2014	2015–2017	
Professionnelles du sexe	Total	18,5% (2010)	6,6% (2015)	ENSC*
	Officielles	28,8% (2010)	8,7% (2015)	ENSC
	Clandestines	12,1% (2010)	5,4% (2015)	ENSC
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	Total	17,8% (2014)	27,6% (2017)	ELIHoS, 2014** ECHSH, 2017
Utilisateurs de drogues	Total	5,2% (2011)	—	UDSEN***
	Femmes	13% (2011)	—	UDSEN
	Hommes	3% (2011)	—	UDSEN
	UDI	9,4% (2011)	—	UDSEN
	Non Injectables	2,5% (2011)	—	UDSEN
Prisonniers	Total	1,5% (2010)	2,5% (2015)	ENSC
	Femmes	—	4,5% (2015)	ENSC
	Hommes	—	1,7% (2015)	ENSC

* ENSC : Enquête nationale de surveillance combine

** ELIHoS : Evaluation des interventions auprès des homosexuels masculins au Sénégal

*** Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection à VIH, VHB et VHC chez les utilisateurs de drogues dans la région de Dakar

Professionnelles du sexe (PS)

La prévalence estimée du VIH est passée de 18,5% à 6,6% entre 2010 et 2015 (Enquête nationale de surveillance combinée ou ENSC, 2010 et 2015). Chez les professionnelles du sexe officielles (PSO), elle est passée de 23,8% en 2010 à 8,7% en 2015, chez les professionnelles du sexe clandestines (PSC), de 12,1% à 5,4% pour la même période (ENSC, 2010 et 2015).

Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)

La prévalence estimée du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH) est passée de 17,8% en 2014 (Evaluer les interventions auprès des homosexuels masculins au Sénégal ou ELIHoS, 2014) à 27,6% en 2017 (ECHSH, 2017).

Les résultats de cette dernière enquête (ECHSH, 2017) montrent une variation de la prévalence selon les sites. Les prévalences les plus élevées sont observées respectivement au niveau des sites de Dakar (49,6%), Diourbel (34,8%), Mbour (32,7%), Saint-Louis (30,3%) et Louga (29,3%). Les résultats de l'enquête de 2017 montrent que, la prévalence du VIH était plus élevée chez les HSH âgés de 30 à 39 ans (45,2%), suivies de celles âgées de 25 et 29 ans (37,3%). A noter que les personnes âgées de 25 ans ou plus restent les plus infectées.

Les prévalences du VIH varient peu selon que le HSH n'est pas en couple (27,4%), en couple avec un homme (27,2%) ou en couple avec une femme (26,3%) (ECHSH, 2017).

Les HSH qui consomment de la drogue par voie intraveineuse sont plus infectées (63,2%) que ceux qui n'en consomment pas (ECHSH, 2017).

Utilisateurs de drogues injectables (UDI)

La prévalence estimée du VIH est de 5,2% parmi les UDI. Elle est plus élevée chez les femmes (13,0%) que chez les hommes avec 3,0% (Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection à VIH, VHB et VHC chez les utilisateurs de drogues dans la région de Dakar, UDSEN, 2011). Selon le mode de consommation des drogues, les injecteurs présentent les plus fortes prévalences avec 9,4% contre 2,5% pour les non injecteurs (UDSEN, 2011). Le pourcentage de consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH sur le site de Mbour est de 1,6% (ECODITH, 2017).

Prisonniers

La prévalence de l'infection à VIH chez les prisonniers est passée de 1,5% à 2,0% entre 2010 et 2015 (ENSC, 2010 et 2015). Les femmes présentent les plus fortes prévalences avec 4,5% contre 1,7% pour les hommes (ENSC, 2015).

Chez les populations vulnérables

Tableau 2 : Prévalence du VIH chez les populations vulnérables

Population cible	Sous-groupes Ages	Prévalence/année	
		2010	2015
Militaires et policiers	Gendarmes et militaires	—	0,3% (2015)
	Policiers	—	0,5% (2015)
Camionneurs	Total	0,6% (2010)	0,6% (2015)
	35-39 ans	2,5% (2010)	2,5% (2015)
Pêcheurs	Total	0,8% (2010)	0,6% (2015)
	- 25 ans	—	0,8% (2015)
Orpailleurs	Total	1,3% (2010)	1,5% (2015)
	Hommes	0,8% (2010)	1,7% (2015)
	Femmes	2,5% (2010)	0,9% (2015)
Personnes handicapées	Total	—	1,9%
	Femmes	—	2,5%
	Hommes	—	1,3%

Source : ENSC

Militaires et policiers

Globalement, les militaires ont des facteurs particuliers de vulnérabilité au VIH, dont leur jeunesse. Leur vulnérabilité s'explique par le goût du risque, leur mobilité (séjours prolongés loin des foyers), et l'entretien de rapports sexuels pour remédier au stress, la solitude ou l'ennui. Les policiers sont également vulnérables de par leur mobilité.

Au Sénégal, les prévalences du VIH chez les militaires et les policiers sont en-dessous de la moyenne nationale de 0,5%. En effet, cette prévalence est de 0,3% chez les gendarmes et les militaires, et 0,5% pour les policiers (*ENSC 2015*).

Camionneurs

La prévalence du VIH chez les camionneurs est restée stable à 0,6% entre 2010 et 2015. Elle est plus élevée chez les camionneurs âgés de 35-39 ans soit 2,5% (*ENSC 2010 et 2015*).

Pêcheurs

La prévalence du VIH chez les pêcheurs est passée de 1,0%, à 0,8% puis 0,6% respectivement en 2006, 2010 et 2015. Les jeunes pêcheurs âgés de moins de 25 ans présentent les plus fortes prévalences soit 0,8% en 2015 (*ENSC, 2006, 2010 et 2015*).

Orpailleurs

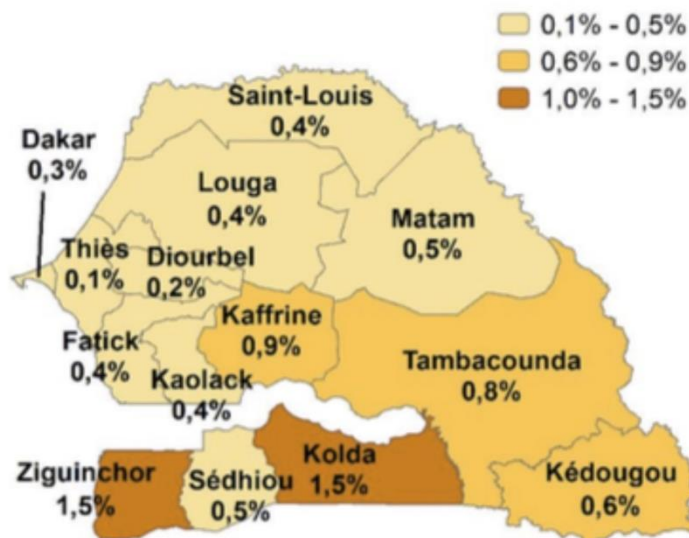
Chez les orpailleurs, la prévalence est passée, entre 2010 et 2015, de 1,3% à 1,5%. La répartition de la prévalence du VIH selon le sexe montre, qu'entre 2010 et 2015, elle a augmenté de 0,8% à 1,7% chez les hommes et a diminué chez les femmes en passant de 2,5% à 0,9% pour la même période (*ENSC, 2010 et 2015*).

Personnes handicapées

La prévalence du VIH est de 1,9% chez les personnes handicapées. Les femmes ont une prévalence beaucoup plus élevée que les hommes 2,5% contre 1,3% (*ENSC, 2015*). La répartition selon certains types de handicap montre que les personnes présentant une incapacité intellectuelle ont une prévalence de 7,7%, suivies des personnes ayant des incapacités multiples ou une incapacité physique, avec respectivement 3,5% et 1,7% (*ENSC, 2015*).

Disparités régionales

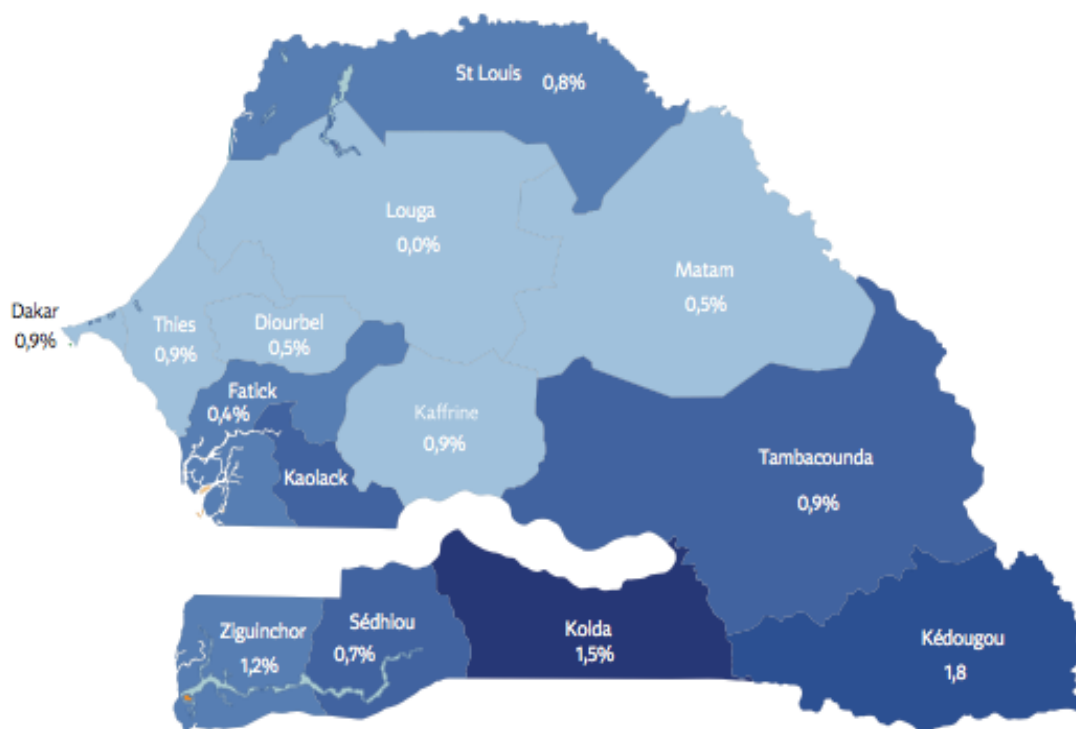
Graphique 2 : Prévalence du VIH par région



Source : EDS-Continue 2017

La prévalence du VIH est presque similaire en milieu urbain (0,4%), et en milieu rural (0,5%), aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Les régions de Kolda (1,5%), Ziguinchor (1,5%), Kaffrine (0,9%), Tambacounda (0,8%) et Kédougou (0,6%) présentent des prévalences du VIH supérieures à la moyenne nationale.

Graphique 3 : Prévalence du VIH par région



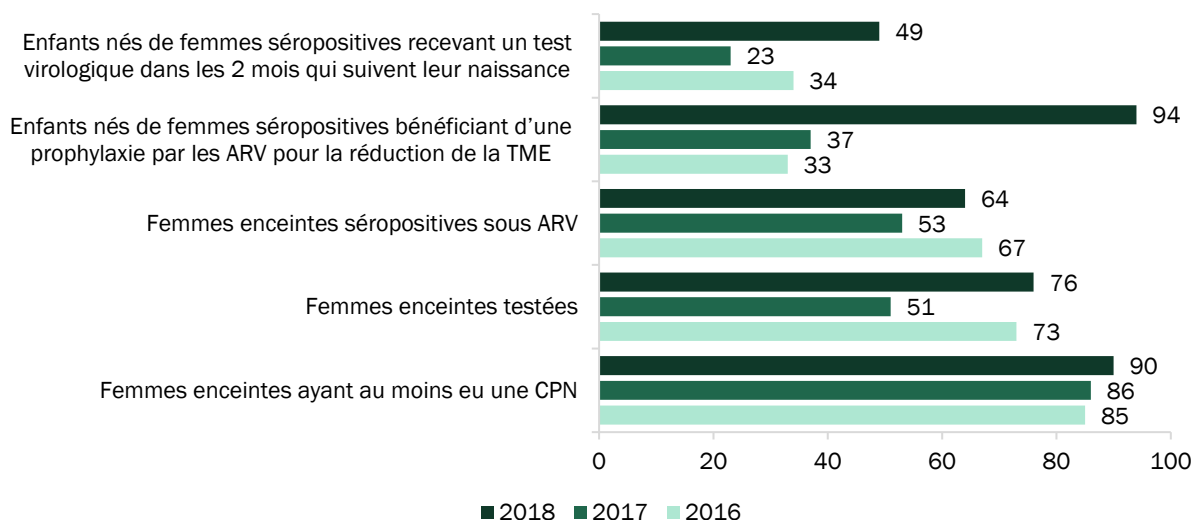
Source : EDS continue 2017

1.2 Aperçu des données clés de la riposte contre le VIH

Couverture pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)

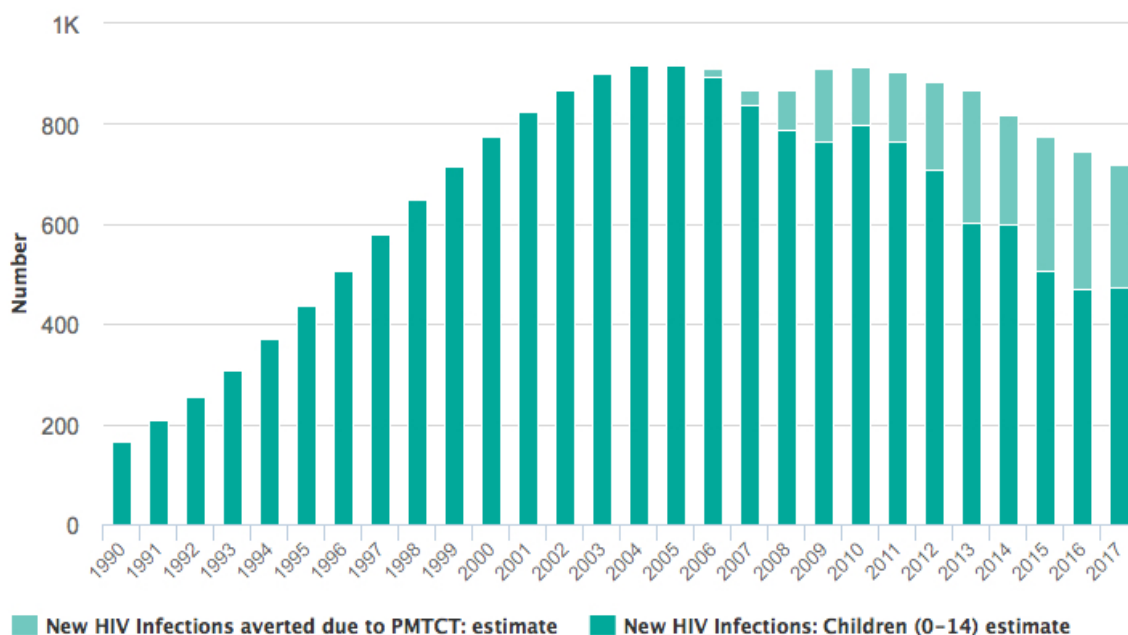
Les résultats obtenus sont très satisfaisants avec la proportion de femmes enceintes dépistées passant de 51,0% à 76,0% entre 2017 et 2018. La proportion de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux (ARV) est passée de 53,0% à 64,0%. Toutefois, des efforts restent à faire sur le diagnostic précoce des enfants et leur mise sous prophylaxie.

Graphique 4 : Evolution (%) des indicateurs PTME de 2016 à 2018



Sources : Rapport PTME 2018, Division Lutte contre le Sida et les IST (DLSI)

Graphique 5 : Nombre de nouvelles infections à VIH chez des enfants par rapport au nombre de nouvelles infections évitées grâce à la PTME de 1990 et 2017



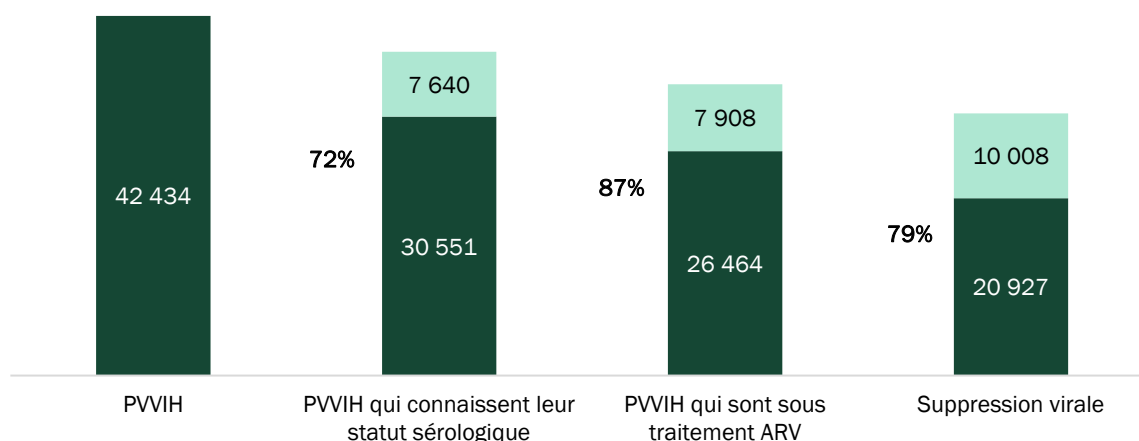
Source : ONUSIDA, 2018

En 2017, plus de 200 nouvelles infections ont été évitées chez les enfants grâce à la PTME.

Cascade de dépistage et de traitement ARV

Fin 2018, la situation du Sénégal par rapport à la cascade de dépistage et de traitement est la suivante :

Graphique 6 : Cascade de dépistage et de traitement ARV au Sénégal



Source : Rapport CNLS 2018

Situation fin 2018 :

- 72% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique
- 87% des personnes infectées ont accès au traitement ARV
- 79% des personnes vivant avec le VIH ont une charge virale indétectable

Coinfection TB/VIH

En 2018, sur 13 250 cas de tuberculose diagnostiqués, 11 968 ont été testés pour le VIH, soit un taux de réalisation du test VIH de 90,0% (contre 86,0% en 2016) pour un objectif de 90,0%.

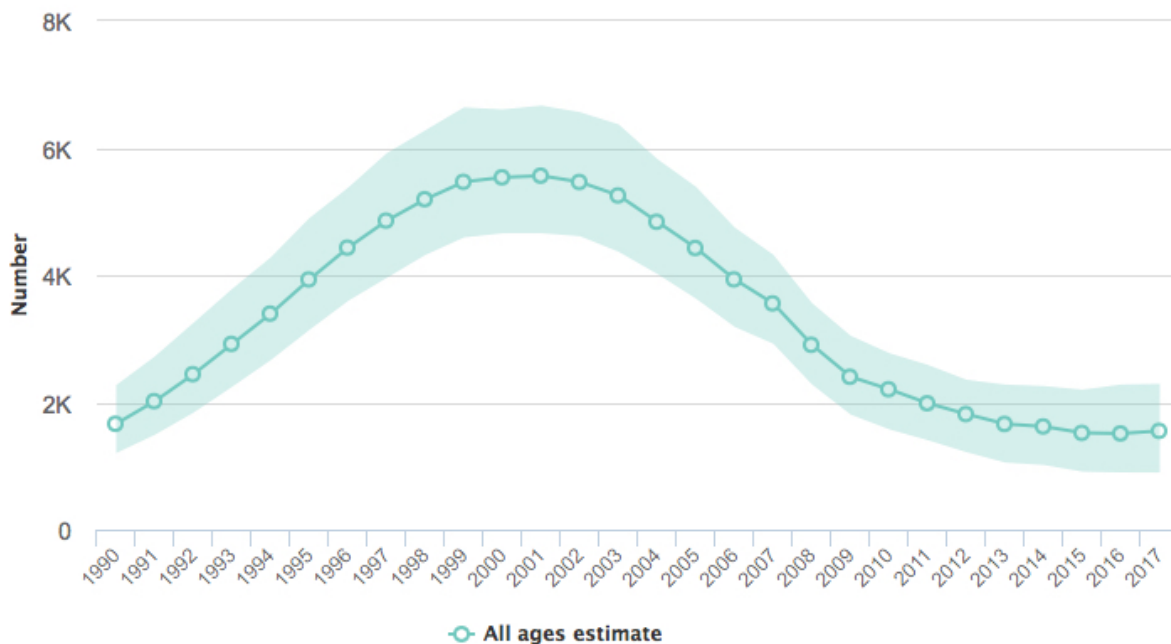
Le nombre total de coïnfectés TB/VIH était de 641 cas en 2018 représentant ainsi 5,0% de l'ensemble des tuberculeux dépistés au VIH (USER, décembre 2018). Parmi les patients coïnfectés TB/VIH, 556 ont été mis sous TARV, soit un taux de couverture ARV de 87,0% (pour un objectif de 85,0%) et 573 mis sous co-trimoxazole soit un taux de couverture en co-trimoxazole de 89,0% (contre 85,0%). Concernant la prophylaxie à l'INH, seuls 1125 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en ont bénéficié, soit 4,3% de la file active globale.

1.3 Dynamique de l'épidémie de VIH

Une tendance à la baisse des nouvelles infections est observée depuis 2001 (Graphique 7). Au cours de la période 2014-2017, les nouvelles infections sont passées de 2200 à 1600, soit une diminution d'environ 30% (ONUSIDA, 2018).

Nouvelles infections

Graphique 7: Tendence des nouvelles infections à VIH entre 1990 et 2017

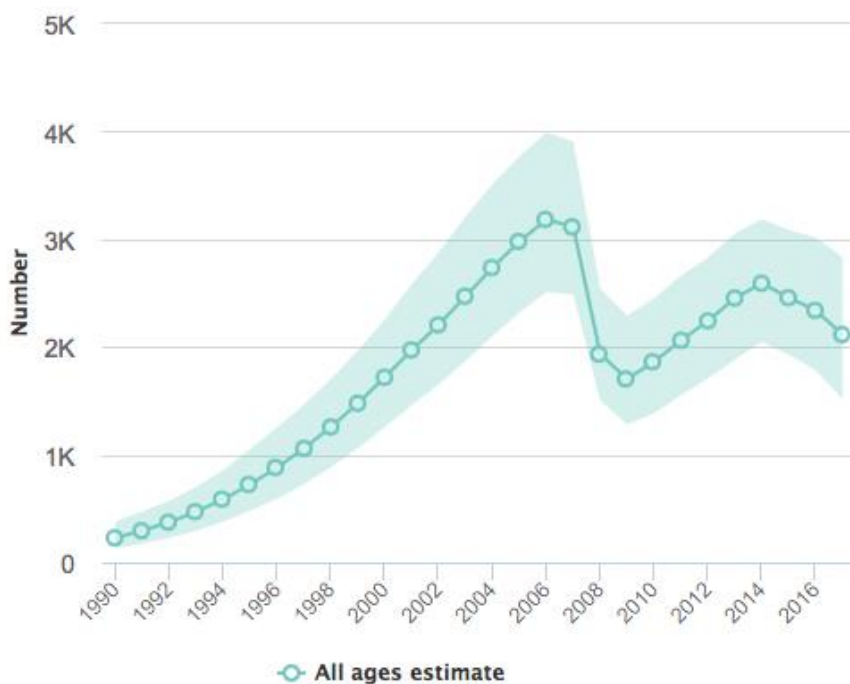


Source : ONUSIDA, 2018

Mortalité

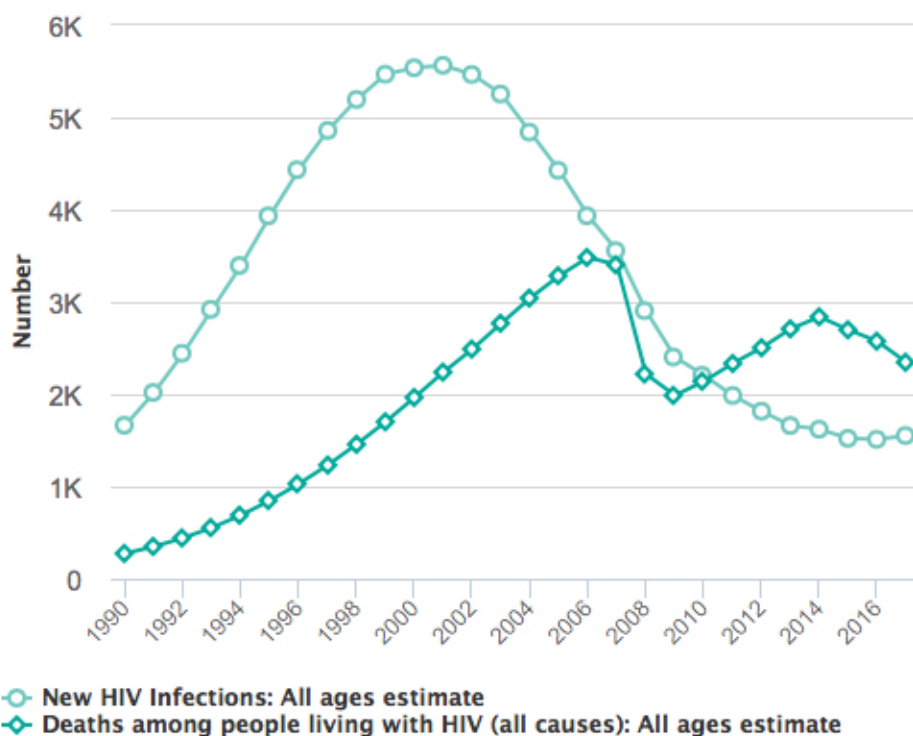
- Tendence à la baisse des décès à partir de 2005.
- Diminution de 14% entre 2010 et 2017.
- Estimation de 2100 décès liés au VIH en 2017.

Graphique 8 : Mortalité liée au VIH entre 1990 et 2017



Source : ONUSIDA, 2018

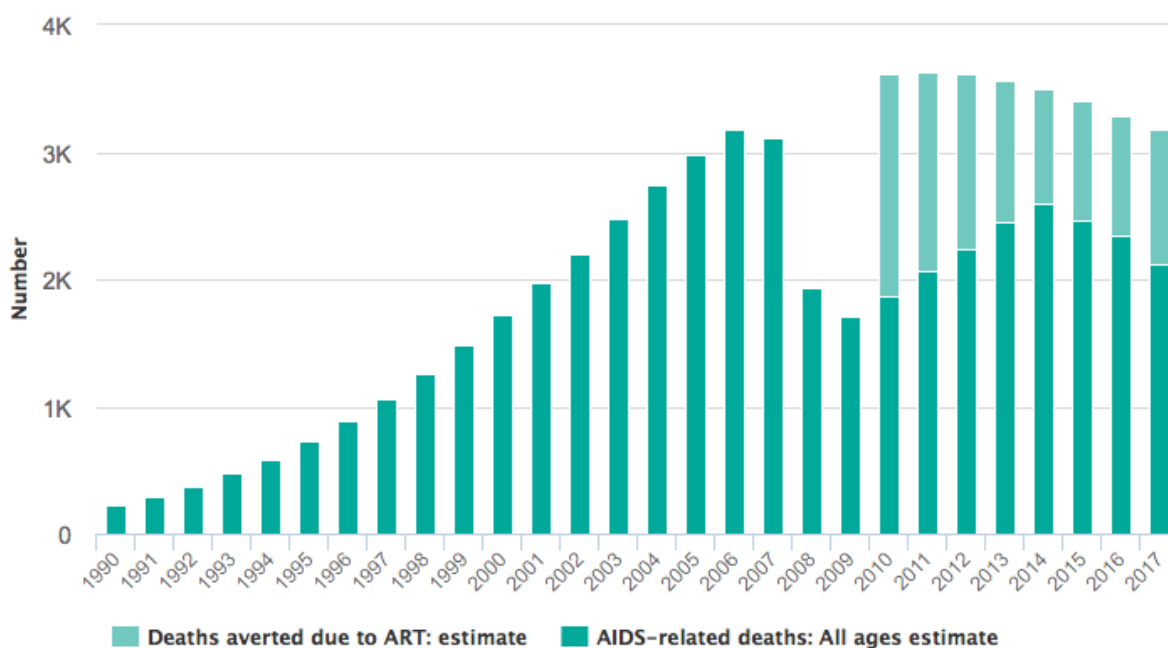
Graphique 9 : Ratio de la mortalité liée au VIH et incidence du VIH entre 1990 et 2017



Source : ONUSIDA, 2018

Le graphique ci-dessus montre un ratio entre l'incidence du VIH et la mortalité liée au VIH de 0,66 en 2016

Graphique 10 : Nombre de décès liés au Sida par rapport au nombre de décès évités grâce au traitement antirétroviral entre 1990 et 2017



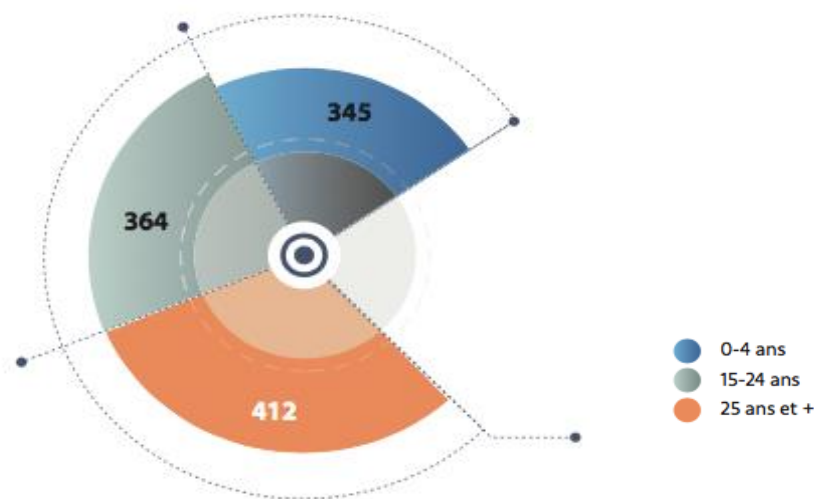
Source : ONUSIDA, 2018

Comme le montre le graphique 10, à partir de 2010, le traitement ARV a commencé à impacter sur le nombre de décès lié au Sida.

Mode de transmission

- 36,8% des nouvelles infections surviennent chez les 0-4 ans, la transmission mère-enfant étant le mode essentiel de contamination dans cette tranche d'âge.
- 32,5% des 25 ans et plus et 30,8% chez les 15-24 ans. (ONUSIDA, 2017).

Graphique 11. Répartition des nouvelles infections à VIH selon l'âge, Sénégal 2016



Source : Estimation Spectrum ONUSIDA, 2017

Le modèle Optima a estimé qu'en 2014, le plus grand nombre de nouvelles infections se sont produites chez les enfants (22,4%), les femmes de 25 à 49 ans (19,4%), les professionnelles du sexe (14,1%) et leurs clients (16,8%). Chez les femmes de 25 à 49 ans, la majorité des nouvelles infections (53,8%) reste attribuable au travail du sexe (Optima, 2016).

1.4 Forces et faiblesses de la riposte contre le VIH au Sénégal

L'analyse de la situation épidémiologique et de la riposte contre le VIH, ainsi que les entretiens auprès des responsables du programme, ont permis de dégager les principales opportunités et faiblesses en rapport avec la pérennité du programme.

Opportunités :

- Engagement au plus haut niveau des autorités sénégalaises à relever le défi de l'élimination de l'épidémie de VIH à l'horizon 2030 à travers la stratégie « tester, traiter et retenir » (TATARSEN).
- Mise en œuvre de l'initiative 15 villes contre le Sida.
- Élaboration du plan national d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, mis en œuvre dans les quatorze (14) régions du Sénégal et une décentralisation des services jusqu'au niveau des postes de santé.
- Existence de services de dépistage du VIH gratuits et disponibles dans toutes les régions au niveau de 100% des centres de santé, des hôpitaux, des centres de

dépistage volontaire et anonyme (CDVA), des centres conseil adolescents (CCA) et des établissements publics de santé (EPS) et 82,4% pour les postes de santé.

- Gratuité du traitement ARV (TARV) et disponibilité des services de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH pour les adultes et, dans une moindre mesure, pour les enfants dans les hôpitaux et les centres de santé publics avec une couverture de 86,4% des hôpitaux et de 90,0% des centres de santé pour les adultes, contre respectivement 80,0% et 85,0% pour les enfants.
- Fort dispositif communautaire : en tant que bénéficiaire principal de la subvention du Fonds mondial et avec l'appui technique de Frontline AIDS (Ex Alliance Internationale VIH/Sida), de l'USAID/FHI 360, et l'ONUFEMME, l'ANCS, en collaboration avec 12 sous bénéficiaires, a mis en œuvre des stratégies et réalisé plusieurs activités en direction des populations clés. ENDA possède une expertise et une expérience de longue date d'interventions en direction des populations clés (HSH et PS). Aujourd'hui, le Sénégal compte 46 associations de PVVIH réparties dans les 14 régions.
- Existence d'un paquet de services offerts aux HSH au niveau des centres publics de santé (par la DLSI) et communautaire en collaboration avec les médiateurs, la société civile notamment ENDA/ Santé, ANCS et 11 associations de HSH.
- Existence d'interventions en direction des PS à travers un paquet de service qui intègre la distribution de préservatif, le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), le dépistage du VIH et le traitement ARV, qui sont développées dans toutes les régions avec l'appui des paires éducatrices.
- Existence d'un programme de réduction des risques chez les consommateurs de drogues injectables mis en œuvre à la fois par des acteurs du secteur public et de la société civile. Mise en place d'un centre consacré aux addictions : le Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD) a démarré en 2013 les traitements de substitution aux opiacés par la méthadone pour les UD.

Faiblesses/Risques :

- Très peu d'actions ont été initiées à l'endroit de la population générale du fait des options de ciblage des interventions auprès des populations clés au regard du profil épidémiologique du pays.
- Persistance du faible taux d'utilisation déclaré de préservatifs durant le dernier rapport sexuel chez les hommes de 15 à 49 ans ayant plus d'une partenaire sexuelle durant les 12 derniers mois.
- Offre de services aux populations clés limitée du fait de la méconnaissance de leur taille à l'échelle du pays.
- Existence de lois qui rendent l'homosexualité illégale et réprimée par le code pénal. Ceci engendre de véritables obstacles à l'accès aux services de prévention et de soins de qualité, compromettant par conséquent les droits humains.
- L'obligation pour les PS d'avoir au moins 21 ans pour l'inscription au fichier sanitaire qui les poussent à rester dans la clandestinité et par conséquent, en marge des dispositifs de prévention et de soins.
- PTME : non effectivité de la systématisation du dépistage VIH chez les femmes enceintes vues en consultations prénatales et persistance des ruptures de test de

diagnostic rapide (TDR) du VIH combinées à l'absence de circuit formel pour l'acheminement des DBS (gouttes épaisses) pour le diagnostic précoce.

- Dépistage : diagnostic du VIH trop tardif et non systématiquement réalisé particulièrement pour les patients dont le risque est avéré, comme ceux venant pour les infections sexuellement transmissibles (IST).
- Persistance du taux élevé de perdus de vue dans certaines régions, notamment à Kédougou (23,6%), Kolda (22,0%), Tambacounda (17,7%), Kaffrine (15,5%) et Thiès (11,0%).
- Déficit de dépistage de l'infection pédiatrique. Un nombre non négligeable d'enfants infectés de plus de 5-6 ans vivent dans la communauté et ne sont dépistés que tardivement avec un taux de décès élevé (*EnPRISE en 2015*).
- Performance dans la réalisation de la charge virale chez les PVVIH à améliorer : 79% des PVVIH avaient une charge virale indétectable fin 2018.

1.5 Interventions prioritaires

Dans le cadre de l'amélioration de la riposte contre le VIH au Sénégal, des interventions prioritaires à haut impact devront être privilégiées, à savoir :

- **Renforcement de l'eTME** par une accélération de la mise en œuvre du programme national pour l'élimination de la transmission mère-enfant.
- **Développement de la prévention combinée** auprès des populations clé (PS, HSH, CDI, prisonniers) et autres groupes vulnérables (les clients des PS), et notamment, les adolescents et les jeunes dont certains sont issus des populations clés ; définition d'un paquet cohérent de services de prévention combinée (CCC, mise à disposition des préservatifs et lubrifiants, connaissance accrue du statut sérologique à grande échelle, accompagnement du dépistage vers les soins, respect des droits humains...).
- **Renforcement de la prise en charge globale** des PVVIH adultes, adolescents et enfants selon une approche holistique, en améliorant la qualité des services médicaux et de suivi biologique et virologique afin de mettre en œuvre l'initiative des 90-90-90.
- **Renforcement du continuum de soins aux PVVIH** adultes, adolescents et enfants à travers la mise en place d'un dispositif d'accompagnement psychologique et socio-économique y compris en soutien nutritionnel et en éducation thérapeutique.
- **Renforcement des capacités des ONG et organisations à base communautaire** pour accroître le partenariat, dans le cadre de la riposte nationale, axé sur la complémentarité entre les ONG, les OBC et le système de santé dans une perspective d'impact dans la mise en œuvre.
- **Renforcement de la gouvernance autour d'un cadre institutionnel** capable de répondre de manière performante aux enjeux de la riposte, notamment en termes d'accélération (*fast track*) et de mobilisation de ressources domestiques pour assurer la transition vers la pérennité.
- **Renforcement du leadership national** à travers le suivi-évaluation et une meilleure coordination de tous les acteurs nationaux (ministères et niveau communautaire) et partenaires des Nations Unies/FM/ USAID/PEPFAR impliqués dans la lutte contre le Sida au Sénégal.

- **Soutien pour la création d'un environnement favorable à travers la mise en place** d'un dispositif de suivi et d'évaluation du respect des droits humains, avec un système d'alerte assuré par les associations et les acteurs communautaires.
- **La disponibilité et l'accessibilité géographique des intrants et produits de santé de qualité** au niveau de l'ensemble des structures engagées dans la riposte contre l'infection à VIH et les IST.
- Participation financière domestique pour assurer la durabilité de la réponse nationale qui reste encore trop dépendante de l'aide extérieure.

2. Gouvernance, leadership et responsabilité

2.1 Rôle du secteur public

La gouvernance et la coordination de la lutte contre le Sida sont assurées par des instances aux différents niveaux de responsabilités que sont : i) la décision politique et l'orientation stratégique ; ii) la coordination et le suivi du plan et iii) la mise en œuvre du plan. Dans l'exécution de sa mission, le CNLS collabore étroitement avec les directions et services centraux du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Le CNLS est aussi bénéficiaire principal (RP) d'une partie de la subvention VIH du Fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose et participe activement de ce fait aux activités de l'instance de coordination nationale (CCM Sénégal).

La riposte contre le VIH a bénéficié d'un ancrage institutionnel fort et à très haut niveau (Primature). Le Conseil national de lutte contre le Sida (CNLS) est l'organe politique d'orientation et de décision. Il a pour mission principale de définir les orientations nationales en matière de lutte contre le SIDA, d'assurer le plaidoyer et le partenariat au plus haut niveau et de veiller à la réglementation et à l'éthique en matière de lutte contre le SIDA.

Dans le cadre des «Trois principes», le CNLS est l'instance unique de coordination de la riposte nationale dont le Ministre de la Santé est le Vice-président. Plusieurs ministères seront impliqués dans la riposte nationale en fonction de leurs mandats et sur la base d'un modèle de contribution qui renforce l'accès aux services assurés par chacun d'entre eux. Il s'agit d'intégrer la composante Santé/VIH dans les stratégies sectorielles des ministères clés avec un système de suivi et de redevabilité.

Ainsi, le Ministère de la Santé est responsable de l'appui à la mise en œuvre de la riposte contre le VIH par la mise en place des services adaptés. Le renforcement du système de santé vise l'intégration progressive des activités de conseil et de dépistage, de diagnostic, de prise en charge du VIH et d'appui au sein des structures de santé selon la filière des soins.

Au niveau régional, le CNLS est représenté par le Comité régional de lutte contre le Sida (CRLS). Aux côtés du CNLS, se trouve la Division de lutte contre le Sida et les IST (DLSI) qui dépend du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS). Elle a pour mission de coordonner l'exécution des stratégies et des activités de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles au Sénégal (IST).

Au niveau programmatique, plusieurs outils et instruments stratégiques guident l'action des décideurs dans la lutte contre le VIH. L'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD), le Plan Sénégal Émergent (PSE), la lettre de politique sectorielle du Ministère de la Santé, et la réalisation des objectifs prioritaires du deuxième Plan national de développement sanitaire 2009-2018 constituent autant d'éléments qui guident la politique de santé du pays, y compris le volet VIH.

Concernant la lutte contre le VIH, le Plan stratégique national de lutte contre le Sida sur la période 2018- 2022 demeure le document de référence et le cadre qui fédère toute la riposte nationale. Il se base sur une vision stratégique pour apporter une réponse efficace en vue de **mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030.**

Le cadre de résultats du PSN 2018-2022 constitue le référentiel auquel tous les partenaires nationaux et partenaires au développement se réfèrent pour conjuguer leurs efforts dans la mise en œuvre de la riposte contre le VIH.

L'analyse des instruments nationaux en particulier le PSN et ses outils d'opérationnalisation dans une perspective de réponse aux besoins des populations les plus affectées permet de dégager les constats suivants :

- Au regard de la situation de l'épidémie, les objectifs stratégiques et les résultats attendus sont pertinents et les interventions prioritaires constituent des réponses adaptées aux problèmes et contraintes et sont susceptibles de concourir à la réalisation de la vision du Sénégal en matière de lutte contre le VIH.
- La cohérence interne du PSN est un aspect stratégique et programmatique important et se traduit par une concordance entre vision, résultats d'impact, interventions, modalités de mise en œuvre et ressources à mobiliser.

Le PSN constitue un cadre de détermination des objectifs nationaux de lutte contre le Sida et de référence pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la riposte contre le VIH.

Au Sénégal, huit pour cent (8%) des dépenses de l'État sont affectées à la santé, et le pays a dépensé 46 pour cent par habitant en soins de santé en 2013. Les dépenses de l'État pour la santé au cours de cette année s'élevaient à 644 millions de dollars US.

2.2 Rôle du secteur privé

Le secteur privé et les ménages sont des sources importantes de financement de la santé au Sénégal. Selon le Référentiel de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS, au niveau mondial, 71% des dépenses de santé sont financées par les sources domestiques, le reste provenant de sources extérieures.

Au Sénégal, la cartographie des établissements de santé a permis d'identifier 2 754 structures de santé privées au niveau national (dans tous les districts sanitaires).¹ En avril 2013, le gouvernement sénégalais a renforcé son engagement avec le secteur privé de la santé en simplifiant les procédures de création d'entreprises privées, d'autorisation et d'inspection et, d'autre part, en instaurant des incitations appropriées pour réduire les inégalités entre les régions.

Depuis quelques années, les partenariats publics privés (PPP) dans le secteur de la santé ne cessent d'évoluer avec, à la clé, plusieurs projets, tels que la construction d'établissements de santé (Institut Cuomo Cardiologie Pédiatrique de Dakar, Institut de Recherche en Santé, Formation et Surveillance) et la mise à niveau d'établissements publics de santé existants (rénovation de l'Hôpital Principal de Dakar, de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, etc.).

Au niveau opérationnel, c'est-à-dire des districts, la signature de protocoles d'accord entre les prestataires privés et les districts de santé ont augmenté la participation du secteur privé de la santé dans toutes les activités.

¹ Diop, Ibrahima Lamine, Dr Isseu Diop Touré, Mamadou Koita, Mamadou Diop, Marianne El-Khoury. Mars 2018. Cartographie du Secteur Privé de la Santé au Sénégal 2016-2017. Dakar, Senegal: Sustaining Health Outcomes through the Private Sector Plus Project, Abt Associates Inc.

De plus, la responsabilité sociale des entreprises (RSE) constitue un levier important qui démontre l'apport des entreprises vis-à-vis des secteurs sociaux. Ainsi, entre 2008 et 2013, les compagnies minières ont apporté plus de 4 milliards FCFA (6,9 millions \$) à des fins d'éducation, de santé et de développement local dans leurs zones d'exploitation.

Dans le domaine de lutte contre le Sida, les prestations du privé sont marginales et se limitent à la réalisation de quelques examens biologiques, comme la numération du sang et certains bilans d'extension. Il faut noter que le privé n'est pas impliqué dans les activités opérationnelles comme le dépistage du VIH ou le traitement ARV. De manière générale, les données du privé ne sont pas comptabilisées dans les statistiques de la lutte contre le Sida par le CNLS.

2.3 Rôle de la société civile

Les organisations de la société civile assurent un rôle crucial dans la riposte notamment, par le biais des programmes de prévention de proximité auprès des populations clés, le conseil pour le dépistage et l'appui psychosocial aux PVVIH. La participation de la société civile à la riposte est renforcée et un partenariat institué sur la base d'un modèle de prestation de services avec le renforcement des capacités d'intervention et de gestion de la société civile. Les programmes de lutte contre le VIH mobilisent les communautés et les placent ainsi au centre de la riposte :

- Les communautés participent en tant que partenaires à part entière à tous les aspects de la programmation du VIH, y compris la planification, la mise en œuvre, la recherche et le suivi et évaluation
- Les communautés sont impliquées dès la phase initiale de toute formulation de projet ou demande de financement, en vue d'identifier les parties prenantes importantes et les populations clés, vulnérables et exposées à un risque accru d'infection par le VIH
- Les communautés participent à l'évaluation du respect des droits humains pour identifier les inégalités et les déséquilibres, à corriger, et les préoccupations auxquelles répondre.

Devant le contexte de raréfaction des ressources et les défis liés à la réalisation des cibles des 90-90-90, le Sénégal s'est engagé à mobiliser des ressources nationales avec l'initiative des 15 villes (voir liste en annexe) qui, à elles seules, couvrent plus de 70,0% des patients suivis dans le pays. Cette initiative menée par le CNLS en collaboration avec l'ONUSIDA a permis de mobiliser à travers un plaidoyer les 15 maires et les élus des grandes villes. Ainsi, en 2016, les 15 villes ont signé une déclaration d'engagement pour soutenir la riposte contre le Sida. Cette approche a également permis de responsabiliser les acteurs de la ville et d'intégrer l'appui à la réponse locale dans les plans de développement communaux à travers des actions conjointes et le financement des projets locaux de la société civile.

Au niveau opérationnel, la collaboration et le partenariat entre la société civile et le niveau décentralisé du secteur de santé est assez développé (ENDA à Ziguinchor, Synergie, le Centre de traitement ambulatoire, et Santé Service et Développement), plus pour la référence et la contre-référence que pour les soins différenciés.

En 2015, des actions encourageantes ont été menées par des associations en partenariat avec l'USAID/FHI 360 dans le but d'améliorer l'offre de services d'assistance juridique en faveur des PVVIH et des populations clés, notamment par la mise en place de l'observatoire genre, VIH et droits humains soutenu par ITPC et des boutiques de droit en collaboration avec l'Alliance nationale des communautés pour la santé (ANCS) et l'Association des jeunes

juristes du Sénégal. Ces boutiques de droits mises en place dans les régions du Sud ont permis l'intégration dans le paquet de services de 80% des districts, du genre et des droits humains.

En 2015, les résultats suivants ont été atteints : 54 personnes ont été prises en charge, 424 personnes ont été touchées par les journées d'échange et de plaidoyer pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation (y compris le contenu de la loi) ; 21 comités de veille ont été mis en place dont six ont été installés par arrêté préfectoral pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale des PVVIH dans huit régions d'intervention de FHI 360; 498 leaders et membres d'associations (PVVIH, religieux et HSH) ont bénéficié d'un support technique (domaine médical, gestion de programme, stratégies de communication, plaidoyer, estime de soi, etc.) incluant des formations ; 361 leaders PVVIH ont été touchés, dont 81 formés.

De telles initiatives démontrent du rôle et de la vitalité du tissu associatif au Sénégal dans la riposte contre le VIH.

2.4 Rôle des partenaires au développement

Les partenaires au développement accompagnent le gouvernement du Sénégal dans la riposte contre le VIH avec des appuis sous diverses formes : appui technique, appui financier, dons de matériels et d'équipements, etc.

Le tableau 3 ci-dessous synthétise les partenaires de la lutte contre le VIH avec le type d'appui qu'ils apportent au CNLS.

Tableau 3 : Principaux partenaires de la lutte contre le VIH et leur type d'appui

Partenaires au développement	Appui financier	Appui technique
Fonds Mondial	X	
ONUSIDA	X	X
Agence française de développement	X	
USAID	X	X
OMS		X
Banque Mondiale	X	X
UNFPA	X	X
Coopération française	X	X
UNICEF	X	X
UNESCO	X	
Fondation Bill et Melinda Gates	X	

Le gouvernement finance 50% des besoins en médicaments et réactifs à travers la PNA. Le Fonds mondial, principal partenaire financier à travers la subvention VIH, achète 50,0% des intrants (ARV et réactifs). L'USAID finance les préservatifs. La BM, l'UNFPA, l'UNICEF, UNITAID sont intervenus dans le financement d'intrants. Cet appui des partenaires

techniques et financiers constitue un élément important de la riposte et permet la gratuité des intrants du VIH/Sida depuis 2003.

2.5 Gestion de l'information stratégique

Depuis plus d'une décennie, le Sénégal développe un système de suivi et d'évaluation national basé sur les standards internationaux. L'approche met l'accent sur le suivi et l'évaluation axés sur les résultats, avec une collecte des données routinières et non routinières.

Le système de suivi et d'évaluation mis en place par le CNLS permet de renseigner les indicateurs clés du PSN. Il mesure ainsi les résultats des interventions, précise les sources d'informations, les méthodes et les responsabilités pour la collecte, la gestion, l'analyse et l'assurance de la qualité des données. Il décrit également le système de communication pour la diffusion des données et les produits d'information.

Il s'appuie essentiellement sur les différents niveaux de la pyramide sanitaire et le concours des ministères sectoriels et des organisations de la société civile. Le système de suivi et d'évaluation utilise la plateforme DHIS2 du Ministère de la Santé.

Il est adossé au système d'information sanitaire et s'appuie essentiellement sur trois niveaux (opérationnel, intermédiaire et central).

Les études et surveillances épidémiologiques du VIH/Sida, aussi bien dans la population générale qu'au sein des populations clés et vulnérables, sont planifiées et mises en œuvre par le gouvernement du Sénégal et d'autres institutions nationales avec une assistance des partenaires techniques et financiers comme le FM, l'USAID, l'ONUSIDA. Pour le cas spécifique de l'Enquête démographique et de santé (EDS) qui génère les informations sur la prévalence du VIH au sein de la population générale, cette activité est réalisée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).

L'Enquête démographique et de santé continue au Sénégal (EDS continue, 2017) est exécutée par l'ANSD, en collaboration avec le Ministère de la Santé et l'Action sociale (MSAS). Elle a été réalisée avec l'appui financier du gouvernement sénégalais, de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition, de la Banque Mondiale, du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et de Nutrition International.

Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes démographiques et de santé (The DHS Program, ICF). Le Laboratoire de parasitologie de la faculté de médecine de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et le Laboratoire de bactériologie et de virologie de l'hôpital Le Dantec ont apporté leur expertise pour la mise en œuvre du volet portant sur le test du paludisme (formation des agents, prélèvements et analyses des échantillons de sang, analyse des données, etc.) et le test du VIH. Il faudra noter la grande contribution des acteurs communautaires dans les études au sein des populations clés.

Un système de notification des cas est actuellement mis en œuvre au niveau de 27 sites dans 8 régions. Ce système bénéficie de l'appui du CDC et de Westat. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'identification unique sécurisée ainsi ou de mise en réseau d'un formulaire harmonisé. La surveillance de la résistance des médicaments (ARV) est réalisée de façon périodique.

La contribution du gouvernement du Sénégal dans le budget pour la réalisation des études en population générale se situe entre 10% et 49%. Pour l'EDS continue 2017, nous ne disposons pas de données fiables sur la répartition des différentes contributions des partenaires.

De plus, les études et surveillances des populations clés sont presque totalement financées par les bailleurs. La contribution du gouvernement dans le budget de ces études et surveillances est estimée entre 1% et 9%, orientée vers l'achat des réactifs, de certains consommables et des médicaments pour le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST).

Exhaustivité des données sur la prévalence et l'incidence du VIH/Sida dans la population générale et au sein des populations clés et vulnérables

La combinaison de l'EDS continue et des ENSC, couplée aux estimations par Spectrum, permet au pays de disposer de façon régulière de données exhaustives sur la prévalence et l'incidence du VIH pour la population générale et sur les populations clés et vulnérables.

Les données sur la prévalence du VIH sont disponibles au niveau national et désagrégées par âge, par sexe, par type de population clé (TS, HSH, UD, prisonniers), par type de populations vulnérables ou prioritaires (militaires et policiers, camionneurs, pêcheurs, orpailleurs, personnes handicapées), et complétées par des données infranationales (régions et districts). Les données portant sur l'incidence du VIH sont disponibles au niveau national où elles sont désagrégées par âge et par sexe. Cependant, cette désagrégation ne concerne pas les populations clés et vulnérables. Au niveau des régions, le taux d'incidence au sein des populations clés et d'autres groupes prioritaires n'est pas renseigné.

L'étude de l'estimation de la taille des populations clés (PS, HSH, UD) est localisée dans certaines villes ou régions et ne couvre pas tout le pays. Cette situation empêche des interventions ciblées et efficaces en direction de ces populations.

Exhaustivité des données sur la charge virale

Le dispositif mis en place par le CNLS en collaboration avec le Ministère de Santé à travers l'installation de plateformes dans 8 hôpitaux régionaux (Thiès, Touba, Kaolack, Kolda, Tambacounda, Richard-Toll, Ziguinchor, Sédhiou), a rendu le suivi virologique de plus en plus accessible aux populations. Le pays collecte des données sur la CV et produit des rapports périodiques sur l'état de réalisation du dosage de la CV chez les patients sous traitement ARV.

Ces données sont désagrégées par âge et par sexe mais ne spécifient pas les populations clés et les populations vulnérables. De plus, la faible opérationnalité du système de transport des échantillons et des prélèvements de CV limite son accessibilité. Au total, en 2017, seulement 19% des personnes vivant avec le VIH avaient une charge virale indétectable.

Promptitude des données

Le pays dispose d'une stratégie nationale de surveillance et d'enquête avec des spécificités pour le VIH. Cette stratégie décrit de façon claire la périodicité pour la réalisation des différentes enquêtes, études et collecte des données de routine pour la population générale et les populations clés et autres groupes vulnérables. Cependant, si les données de routine issues des régions et districts sont généralement collectées et analysées rapidement dans

90% (PUDR 2017), la réalisation de certaines enquêtes ou études ne respecte pas toujours les délais prévus.

De manière générale, les rapports des études sont publiés et largement partagés aussitôt les études terminées.

Qualité des données

Dans le but de garantir la qualité des données à tous les niveaux, particulièrement au niveau opérationnel qui génère le plus d'informations programmatiques, les données sont collectées à partir d'outils harmonisés puis transmises au comité régional de lutte contre le sida (CRLS) au niveau intermédiaire représenté par la région médicale qui compile, analyse et interprète les résultats avant de les partager avec le niveau central. De plus, un audit de la qualité des données est réalisé chaque année. Les revues des programmes et du PSN permettent également une évaluation globale de la qualité des interventions menées.

Dans le but de veiller plus particulièrement à la qualité des données de surveillance et des enquêtes sur le VIH/Sida, le CNLS dispose des dispositifs suivants :

- Une unité nationale de surveillance au sein de l'USER
- Une stratégie nationale de surveillance et des enquêtes approuvées décrivant les normes, les politiques et procédures d'assurance de la qualité des données sur le VIH
- Un comité national d'éthique mis en place par le Ministère de la Santé qui examine tous les protocoles d'étude.

Le feedback émis auprès des acteurs en charge de la collecte n'est pas toujours systématique après la conduite des études et enquêtes de surveillance.

Opportunités

- Fort ancrage institutionnel et au plus haut niveau (Primature) et réponse multisectorielle contre le VIH.
- Alignement du PSN aux principaux outils et instruments stratégiques du pays : les Objectifs de développement durable (ODD), le Plan Sénégal Émergent (PSE), la lettre de politique sectorielle du Ministère de la Santé, la réalisation des objectifs prioritaires du deuxième Plan national de développement Sanitaire 2009-2018, constituent autant d'éléments qui guident la politique de santé du pays, y compris le volet VIH.
- Renforcement de l'engagement du gouvernement envers le secteur privé de la santé par la simplification des procédures de création d'entreprises privées, d'autorisation et d'inspection et, d'autre part, par l'établissement d'incitations appropriées pour réduire les inégalités entre les régions.
- Fort dispositif communautaire : en tant que bénéficiaire principal de la subvention du Fonds mondial et avec l'appui technique de Frontline AIDS (Ex-Alliance Internationale VIH/SIDA), USAID/FHI 360/IntraHealth, ONUFEMME, l'ANCS, en collaboration avec 12 sous bénéficiaires, a mis en œuvre des stratégies et réalisé plusieurs activités en direction des populations clés.
- ENDA possède une expertise et une expérience de longue date d'interventions en direction des populations clés (HSH et PS). Aujourd'hui, le Sénégal compte 46 associations de PVVIH réparties dans les 14 régions.

- Des ONG comme AWA et SWAA sont des plateformes communautaires appropriées pour impliquer respectivement les professionnelles du sexe et les femmes dans les activités de promotion de la santé, y compris la lutte contre le VIH.
- Existence d'un fort dispositif communautaire jusqu'au niveau des villages qui permet un maillage associatif complet du pays.
- Mise en place d'une plateforme des OSC pour la santé qui permettra d'harmoniser les positions de la société civile dans les processus de plaidoyer, de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation des interventions dans le volet VIH.
- Accompagnement ininterrompu depuis plusieurs années des partenaires techniques et financiers (PTF) du volet VIH.
- Existence d'un système de suivi et d'évaluation basé sur les standards internationaux, qui s'appuie essentiellement sur les différents niveaux de la pyramide sanitaire et le concours des ministères sectoriels et des organisations de la société civile.
- Disponibilité de la plateforme DHIS2 du Ministère de la Santé.

Faiblesses/Risques/Défis

- Faible implication et appropriation encore timides des collectivités locales au niveau décentralisé de la riposte contre le VIH.
- Participation du secteur privé quasi-inexistante, et souvent partenariat à sens unique.
- Défi de l'implication généralisée de la société civile dans la planification et l'évaluation des services à tous les échelons de la pyramide sanitaire.
- Le risque lié à la tendance de médicalisation de l'épidémie qui aura un impact négatif sur l'approche multisectorielle et le confinement de la réponse stratégique et programmatique au sein des structures de santé.
- La pérennité et la continuité des réponses associatives et communautaires pourront être confrontées à des difficultés en termes de priorités institutionnelles et financières, d'autant que le renforcement des systèmes communautaires, les interventions des ONG/OCB en termes d'appui aux PVVIH, de prévention et de création d'un environnement juridique et social favorable sont tributaires du financement des partenaires externes.
- Le rétrécissement des interventions de la société civile auprès de certains groupes prioritaires dans les subventions du Fonds mondial peut entraîner un relâchement du tissu associatif et communautaire impliqué dans la riposte contre le VIH.
- Les mutations et évolutions en cours dans les mandats/missions des organisations de la société civile impliquées dans la santé pourraient se faire au détriment du volet VIH ; on note ainsi que de plus en plus d'acteurs de la société civile embrassent d'autres thématiques : planification familiale, tuberculose, paludisme, etc.
- Faiblesse dans la coordination des interventions des PTF, notamment au niveau décentralisé et en matière de données sur le financement du VIH.
- Forte dépendance de la gestion de l'information stratégique sur le financement des bailleurs de fonds.
- Estimation de la taille des populations clés (PS, HSH, UD) non connue au niveau national.

- Cascades de traitement non désagrégées au niveau des districts et par type de populations.
- Pas encore de code d'identification unique sécurisée pour les PVVIH.

3. Système de santé et prestation de services

3.1 Prestation de services

L'offre de services VIH est très élargie et satisfait globalement les besoins des populations, y compris les populations clés et vulnérables. Elle se fait à travers les stratégies fixes et mobiles, en particulier auprès des populations clés. En effet, en 2016, le pays disposait de 1 619 structures offrant les services de dépistage qui couvrent 100% des centres de santé, des hôpitaux, des centres de dépistage volontaire et anonyme (CDVA), des centres conseil adolescents (CCA) et des établissements publics de santé (EPS) et 82,4% des postes de santé. Ce dispositif est renforcé par 3 unités mobiles de dépistage capables de se déployer sur tout le territoire en cas de besoin. Un ciblage est appliqué à l'endroit des populations clés, des groupes vulnérables et des zones à forte prévalence VIH.

En 2016, la prise en charge des PVVIH adultes et enfants était effective dans la quasi-totalité des hôpitaux et des centres de santé publics avec une couverture de 86,4% des hôpitaux et 90,0% des centres de santé pour les adultes contre respectivement 80,0% et 85,0% pour les enfants.^[1] Le pays est passé de 13 sites de PEC de PVVIH adultes en 2004 à 123 sites principaux et 118 sites secondaires (postes de santé) en 2016 et de 3 à 106 sites de PEC pour les enfants durant la même période. Dans le but de relever le défi de l'épidémie VIH à l'horizon 2030, le Sénégal a adopté la stratégie « tester, traiter et retenir » dénommée TATARSEN qui est en cours de mise en œuvre dans toutes les régions du pays après un test dans les régions du Sud qui étaient les plus affectées par le VIH.

Dans le but de satisfaire le troisième 90, le pays a mis en place une politique de décentralisation de la charge virale qui a débuté de façon graduelle en 2012. Ainsi, le suivi virologique est devenu plus accessible aux populations avec l'installation de plateformes dans 8 hôpitaux régionaux (Thiès, Touba, Kaolack, Kolda, Tambacounda, Richard Toll, Ziguinchor et Sédhiou), avec une plateforme de charge virale dans les hôpitaux régionaux de Fatick, Matam, Ourrossogui, Louga et dans la banlieue de Dakar d'ici fin 2019.

L'analyse des performances en rapport avec les objectifs des trois 90 montre que fin 2018, sur un potentiel de 42 434 PVVIH estimées par le Spectrum, 30 551 PVVIH ont été diagnostiquées, soit une couverture de 72% par rapport à l'atteinte du 1^{er} 90.

Sur les PVVIH régulièrement suivies, 26 464 sont sous traitement ARV, ce qui représente une performance de 87%, avec une prise en charge pédiatrique qui demeure toujours faible. En effet, sur la file active, 1 700 enfants ont moins de 15 ans, parmi lesquels 1 250 sont sous ARV. L'appréciation du troisième 90 montre une performance de 79% dans la mesure où seulement 20 927 patients sous TARV ont eu une charge virale indétectable.

Cependant, il est noté une absence d'enquête pour mesurer le degré de satisfaction des populations par rapport à la qualité des services offerts, à travers l'accueil et l'efficacité des prestations.

La mise sous TAR des patients coïnfectés TB/VIH est passée de 85,0% en 2014 à 98,0% en 2016.

Opportunités

Concernant le dépistage, si les performances sont maintenues en termes de PVVIH nouvellement diagnostiquées dans les années à venir, le Sénégal pourrait atteindre le premier 90.

Le pays a pu capitaliser très tôt sur une expertise technique nationale de haut niveau dans la lutte contre le VIH, aussi bien dans le secteur public que communautaire, tant au niveau national que décentralisé. Ces experts et autres acteurs mettent en œuvre la quasi-totalité des interventions de lutte contre le Sida en direction de la population générale et des populations clés et vulnérables. L'expertise technique internationale apportée par les partenaires au développement est surtout sollicitée dans les domaines de la recherche, des études, de l'évaluation et dans l'élaboration des subventions. La participation des acteurs du privé est très limitée dans la riposte contre le VIH, malgré l'impact qu'une telle épidémie pourrait avoir en entreprise et dans le milieu du travail.

La capacité d'intervention des acteurs communautaires est bien mise à profit dans la riposte contre le VIH-SIDA. En effet, il existe non seulement un mécanisme formel de participation des communautés et des populations à haut risque et une implication de la société civile dans la mise en œuvre et la supervision des interventions de lutte contre le Sida, mais également, le cadre de mise en œuvre du PSN qui détaille les domaines de leur contribution dans la riposte contre le VIH au Sénégal.

La cartographie des interventions a ainsi montré leur présence dans toutes les composantes de la lutte et dans toutes les régions du pays même si, par ailleurs, certains domaines sont peu exploités au regard de leurs potentiels. Au rang des structures figurent Enda Santé, le réseau des acteurs de développement (RESAD), l'association clinique conseil/SIDA à Tambacounda et du réseau OASIS/RNP+ ainsi que de l'Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS).

Avec l'appui et l'encadrement de ces organisations leaders, le Sénégal compte 46 associations de PVVIH réparties dans les 14 régions. Sous la coordination de l'ANCS, récipiendaire principal du FM pour la société civile, la PEC communautaire est déroulée spécifiquement par quatre organisations sous-réциpiendaires : HACI (Initiative pour l'espoir des enfants africains), le Centre de traitement ambulatoire, Synergie pour l'enfance (SPE) et Santé Service et Développement.

Ces organisations assurent l'accompagnement médical, thérapeutique et biomédical, la promotion et l'offre du service de CDVA, la contribution aux frais médicaux et de la prise en charge médicosociale (paiement de frais de consultations, d'analyses et de bilans médicaux, achat d'ordonnances, frais d'hospitalisation et de soins spécifiques, etc.) au profit des adultes PVVIH et OEV, en s'appuyant sur des associations de PVVIH exécutant les activités à la base.

Il existe ainsi au Sénégal une reconnaissance officielle des ressources humaines (ex. agents de santé communautaires) dispensant des services liés au VIH dans les communautés.

Malgré un engagement au plus haut niveau en faveur de la riposte contre le VIH Sida et une prise de conscience par les autorités de la nécessité d'apporter une réponse urgente au défi de la lutte contre le Sida au Sénégal, les programmes (secteur public comme secteur communautaire) sont essentiellement financés par les bailleurs de fonds. L'appui du gouvernement concerne essentiellement l'acquisition des ARV, des réactifs, des médicaments contre les IO et les infections sexuellement transmissibles, le fonctionnement

du CNLS et de la DLSI. Il faut noter que l'estimation des coûts des ressources humaines, ainsi que des infrastructures comme les bâtiments de l'État n'a pas été réalisée.

Pour faire face à ce défi du financement, le CNLS s'est engagé à mettre en œuvre une stratégie nationale de mobilisation de ressources qui s'ajoute à la nécessité de mobiliser des ressources nationales et internationales suffisantes. Mobiliser plus de ressources au niveau de l'État et du secteur privé est devenu un enjeu national pour la durabilité de la riposte contre le VIH.

Le PSN 2018-2022 qui constitue le cadre unique pour tous les acteurs de la lutte contre le Sida au Sénégal est mis en œuvre à travers des plans nationaux annuels multisectoriels. Ces plans sont élaborés de manière participative avec l'implication de toutes les parties prenantes aussi bien du secteur ministériel, de la société civile ou du privé, avec la contribution des partenaires au développement.

Le Ministère de la Santé qui est responsable de l'appui à la mise en œuvre de la riposte au VIH dans le secteur de la santé a également élaboré un plan sectoriel qui traduit les politiques/stratégies nationales jusqu'au niveau opérationnel (districts) en se basant sur les données épidémiologiques du programme. Ce plan intègre les besoins en renforcement du système de santé pour une intégration progressive des activités de conseil et dépistage, de diagnostic, de prise en charge du VIH et d'appui, au sein des structures de santé, selon la filière des soins.

Limites/Risques

Dépistage :

- Doublons dans le dépistage avec les personnes qui se dépistent plusieurs fois.
- Dépistage tardif des enfants infectés de plus de 5-6 ans qui vivent dans la communauté avec un taux de décès élevé (EnPRISE en 2015).
- Le dépistage offert de façon anonyme et gratuite n'attire pas toujours les personnes les plus à risque, notamment certaines populations clés du fait, entre autres, de risque (perçu ou vécu) de stigmatisation et de discrimination en milieu de soins.
- Peu d'informations sont disponibles sur le dépistage des partenaires hommes.

Traitement :

- Pas encore d'approches différenciées des soins en direction des populations clés.
- Traitement tardif du fait du diagnostic tardif de l'infection (37,8% des nouveaux patients enrôlés dans les sites et qui ont bénéficié de test CD4, ont eu un résultat inférieur à 200 CD4/ml).
- Chez les enfants : échec virologique (64%), des résistances virales (86%), risque d'interruptions prolongées de traitement.
- Prise en compte non systématique des comorbidités liées au VIH comme les hépatites à tous les niveaux.

3.2 Ressources humaines affectées aux services de santé

La gestion des ressources humaines du secteur de la santé est confiée à la fois à la Direction des ressources humaines du Ministère de la Santé, à la Direction générale de la fonction

publique du Ministère de la Fonction publique et de l'Emploi et à la Direction de la solde, des rentes et des dettes Viagères du Ministère des Finances. La gestion des ressources humaines en santé est ainsi écartelée entre plusieurs départements ministériels, occasionnant des difficultés récurrentes dans le traitement des dossiers des agents.

Les décisions relatives au personnel de santé affecté aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA sont fondées sur l'utilisation des données relatives aux ressources humaines et conformes aux plans nationaux. Le Sénégal dispose d'un personnel de santé et de volontaires compétents pour des services de qualité en matière de prévention, de prise en charge et de traitement, dans les établissements de santé et au niveau communautaire. Il forme, déploie et rémunère le personnel de santé y compris celui fournissant des services de lutte contre le VIH/SIDA, à travers des financements et des systèmes publics locaux et/ou privés.

Cependant, le système de santé fait face à une crise sans précédent des ressources humaines, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, dans les zones difficiles qui sont souvent les zones les plus affectées par le VIH. Cette situation est due aux insuffisances des mécanismes de rétention des personnels, aux conditions de travail difficiles et à l'absence de valorisation des agents.

Ainsi, de fortes disparités dans la répartition des ressources humaines en santé sont notées : par exemple à Dakar, avec un poids démographique de 20,48%, se concentre plus de la moitié des personnels de soins (médecins 60%, sages-femmes d'État 44,90%, infirmiers 40,5%, TSS 52,70%, chirurgiens-dentistes 45,70%).

À ce jour, plusieurs mécanismes ont été initiés pour améliorer la couverture en personnel qualifié des régions périphériques (contractualisation, incitations financières, etc.). Toutefois, aucun d'entre eux n'a pu permettre de retenir les agents qualifiés dans ces localités.

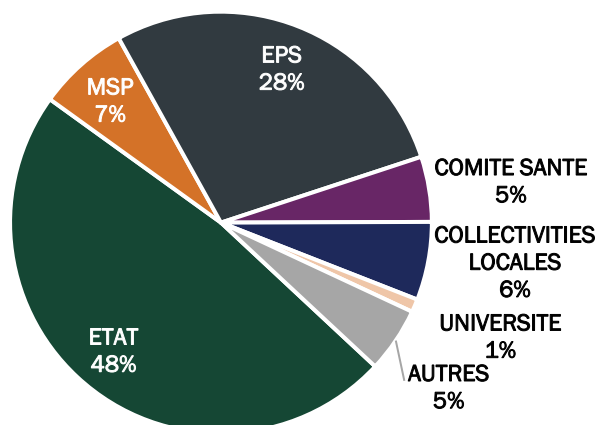
A cela s'ajoute un manque d'équité (absence de critères de mobilité) dans l'affectation, la gestion, le développement des carrières. En outre, il est noté une migration importante du personnel hautement qualifié du secteur public vers le secteur privé et ailleurs par manque des moyens. Cette situation tend à créer un système inéquitable de prestations des soins de santé.

Le pays ne dispose pas de plan de transition du personnel pris en charge par les bailleurs de fonds. En 2015, quelques initiatives isolées de transfert du personnel ont eu lieu dans le cadre des programmes FM/RSS et USAID.

L'État sénégalais reste le principal employeur des ressources humaines en santé. En effet, plus de la moitié (54,45%) d'entre elles sont des agents de l'État (47,54% sont des agents de la fonction publique et 6,91%, des contractuels du MSP). Après l'État, viennent les EPS qui contractualisent 27,65% des agents de santé.

La participation des collectivités locales au recrutement des ressources humaines reste encore très faible (6,01%). Elle est presque équivalente à celle des comités de santé. Le reste des agents (5,42%) est employé par le secteur privé, les ONG et les autres partenaires.

Graphique 12 : Répartition des ressources humaines en santé par type d'employeur



Il convient de préciser que les modalités de recrutement des ressources humaines en santé ne répondent pas toujours aux besoins de couverture en santé des populations. En effet, les comités de santé, les établissements publics de santé et les collectivités locales recrutent surtout du personnel de soutien au détriment du personnel de soins. Par ailleurs, les ressources humaines ont des employeurs et des statuts différents, tout en exerçant dans les mêmes structures et en offrant les mêmes services, occasionnant des inégalités notoires. Concernant la prise en charge financière du personnel intervenant dans la lutte contre la Sida, la contribution du gouvernement représente 22% au CNLS. Il existe un programme de formation initiale dans les institutions de formation professionnelle (qui cible les agents paramédicaux comme les infirmiers, les sages-femmes, les agents d'hygiène, les techniciens de laboratoire, de prothèses dentaires, les préparateurs en pharmacie, les assistants et aides sociaux) et les instituts universitaires (les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes).

La formation continue du personnel de santé fournissant des services liés au VIH/SIDA s'est faite régulièrement. Le contenu de ces formations reflète les normes de pratiques nationales dans les formations sanitaires offrant les services VIH. Au terme de la formation, les institutions effectuent un suivi des bénéficiaires dans leurs postes d'affectation, afin de suivre l'application et de raffermir les connaissances acquises. Dans le cadre du VIH, le suivi des personnes formées se fait essentiellement à travers les supervisions formatives. Cependant, les programmes de formations initiales n'intègrent pas ou peu la dimension stigmatisation et discrimination à l'égard des PVVIH. De plus, il est noté une absence d'évaluation qualitative de la formation initiale et continue. Concernant la collecte et l'utilisation des données relatives aux ressources humaines, au plan national, un système d'information sur les ressources humaines (SIRH) est en construction au niveau du Ministère de la Santé mais pas encore finalisé. Néanmoins, le ministère dispose d'un répertoire de ressources humaines en santé (nombre, qualification et lieu de travail) et l'utilise pour la planification et la gestion.

De plus, même si des évaluations de routine sont effectuées, elles ne sont pas utilisées pour les affectations mais plutôt pour les avancements en grade du personnel.

Opportunités :

- Etat du Sénégal comme principal employeur des ressources humaines en santé.

- Mise en œuvre de l'Acte 3 de la décentralisation qui confère la responsabilité en matière de santé aux collectivités locales.

Faiblesses/Risques :

- Gestion des ressources humaines en santé écartelée entre plusieurs départements ministériels, occasionnant des difficultés récurrentes dans le traitement des dossiers des agents.
- Fortes disparités dans la répartition des ressources humaines en santé.
- Absence de plan de transition du personnel pris en charge par les bailleurs de fonds.
- Faible participation des collectivités locales dans le recrutement des ressources humaines qualifiées.
- Même si des formations sont délivrées aux personnels de santé, il n'existe pas de plan de gestion des performances ni d'évaluation formelle des besoins actuels et à venir en personnel en fonction des objectifs des programmes VIH. Cet état de fait constitue un grand risque pour la riposte contre le VIH, surtout dans le contexte de retrait des partenaires au développement qui employaient une bonne partie des ressources humaines qualifiées dans le secteur de la santé.

3.3 Sécurité des produits médicaux et chaîne d'approvisionnement

Dans le but d'assurer une bonne gestion des intrants pharmaceutiques du VIH/Sida et mieux orienter les investissements dans ce domaine, le Sénégal a élaboré et validé un plan national de gestion des achats dont la mise en œuvre est assurée par le CNLS. Le financement de ce plan se fait exclusivement à travers les subventions reçues du Fonds mondial et de l'État du Sénégal. Le système d'approvisionnement et de distribution s'articule autour de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) qui est un établissement public de santé (EPS) placé sous la double tutelle du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale sur le plan technique et du Ministère de l'Économie et des Finances sur le plan financier. Elle dispose de 11 pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) fixes, renforcées d'une logistique roulante appelée PRA mobile au niveau des trois régions non couvertes. L'achat des produits VIH, leur stockage et leur distribution sont dévolus à la PNA dans le cadre de conventions entre celle-ci et le MSAS ou le CNLS.

Les ARV, les médicaments pour la prise en charge des infections opportunistes (IO) et les réactifs de dépistage et de suivi sont gratuits et intégrés dans le circuit des médicaments essentiels.

De manière générale, la PNA assure un approvisionnement sécurisé, fiable et approprié des produits de qualité. Elle gère également de manière efficiente, le choix des produits, les prévisions et la planification des approvisionnements, la gestion de l'entreposage et des inventaires, le transport, la distribution et la gestion des déchets, en réduisant les dépenses, tout en respectant les normes de qualité. La contribution de l'État dans le budget des ARV représente 50% à 89%, le reste étant couvert par le FM. Les besoins en préservatifs masculins et féminins sont couverts entre 1% et 9% à partir des ressources publiques nationales du pays. Dans le but d'assurer une bonne gestion et un bon suivi des stocks, il a été mis en place une plateforme appelée comité de suivi des ARV et réactifs. Ce comité qui regroupe l'ensemble des parties prenantes intervenant dans le choix, l'acquisition, la distribution et la dispensation des produits, se réunit tous les 3 mois. Ce comité est chargé de

prendre des décisions en matière de réapprovisionnement des ARV et autres produits VIH, de vérifier les stocks d'ARV disponibles dans les formations sanitaires, de s'assurer de leur approvisionnement régulier en produits VIH selon un plan (au-dessus du stock minimum et en-dessous du niveau de stock maximum). Par ailleurs, les données relatives à la chaîne d'approvisionnement sont conservées au niveau du Ministère de la Santé et au niveau du CNLS.

Une évaluation de la chaîne d'approvisionnement des intrants VIH menée entre mars et avril 2017 a permis d'identifier les principaux constats suivants :

- Procédures d'appel d'offres (AO) souvent très longues
- Persistance des ruptures de stocks de médicaments (particulièrement ARV pédiatriques et de 3^{ème} ligne) et de consommables médicaux notées au niveau des formations sanitaires
- Manque de visibilité sur les mouvements de stocks (réceptions, ruptures, péremption, niveaux des stocks), du fait de la tenue irrégulière des réunions du comité de suivi
- Manque d'information sur le suivi budgétaire permettant d'avoir une visibilité sur les dépenses afin prévoir les paiements et de prévenir les ruptures
- Indisponibilité des données sur les consommations et les stocks à tous les niveaux, surtout au niveau opérationnel (dispensation/site de PEC)
- Inexistence d'un plan de gestion des risques.

De plus, l'évaluation faite en 2017 n'a pas utilisé les scores pour le NSCA, ce qui empêche d'attribuer un score au système de gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Opportunités :

- Contribution de l'État pour près de 50% dans le budget des ARV.
- Existence d'un plan national de gestion des achats.

Faiblesses/Risques :

- Inexistence d'un plan de gestion des risques.

3.4 Gestion de la qualité

La gestion de la qualité a été institutionnalisée par le Ministère de la Santé en 2015 à travers la création d'un Programme national de qualité dont le but est d'assurer un environnement dans lequel les acteurs du système de santé savent comment dispenser des soins de qualité, ont les compétences pour le faire, et sont engagés continuellement avec les ressources disponibles.

Dans le but de mettre en place la **démarche qualité** et d'améliorer la qualité des soins et des services de santé au niveau national, infranational et local, le ministère a mis en œuvre plusieurs interventions à savoir : (i) le développement des paquets minimum et complémentaire d'activités, (ii) la création de normes pour les différents programmes, (iii) le renforcement des plateaux techniques et (iv) la formation des prestataires.

Le Programme national de qualité dispose de stratégies de gestion pour l'amélioration de la qualité qui incluent les programmes de gestion spécifiques à la lutte contre le VIH.

Cependant, des initiatives spécifiques d'amélioration de la qualité des services VIH, notamment le dépistage, ont été réalisées en 2015 par USAID/FHI 360 mais ont été interrompues après l'arrêt des financements.

Les données d'évaluation des performances des programmes de lutte contre le VIH servent à identifier les domaines de prise en charge des patients et les services à améliorer dans le processus de prise de décisions, d'adoption de politiques et d'établissement des priorités nationales. Ainsi, le CNLS et la DLSI disposent d'un système de collecte des données cliniques à partir duquel les données de mesure des performances locales sur les mesures prioritaires sont collectées, agrégées au plan national, et analysées en vue d'améliorer les services au niveau local et national.

Le CNLS dispose d'un système de dissémination des données au niveau national, régional et départemental à travers des revues périodiques qui sont mises à profit pour déceler des manquements au niveau de la qualité et initier des actions correctrices en vue d'améliorer la qualité. L'amélioration de la qualité des données constitue une préoccupation constante du CNLS qui initie chaque année une série de renforcements de capacités dans ce domaine en direction du personnel de santé dispensant des services liés au VIH.

Cependant, il faut noter que ces formations ne sont pas intégrées dans un plan formel de renforcement de capacités dans le domaine de l'amélioration de la qualité des services. De plus, des outils adaptés pour l'amélioration de la qualité des services ne sont pas utilisés.

Enfin, au niveau du programme VIH, il n'existe pas de système formel d'amélioration de la qualité, basé sur des approches systématiques et fiables d'amélioration de la qualité. Il n'existe pas de structure dédiée au sein du CNLS pour évaluer systématiquement les données sur les résultats cliniques au niveau national et régional, afin de déterminer les domaines prioritaires en matière d'amélioration de la qualité.

Opportunités :

- Gestion de la qualité institutionnalisée par le Ministère de la Santé en 2015 à travers la création d'un Programme national de qualité.

Faiblesses/Risques :

- Pas de système formel d'amélioration de la qualité fondé sur des standards et labels acceptés par tous.
- Pas de structure dédiée au sein du CNLS en matière d'amélioration de la qualité.

3.5 Laboratoires

Le système de laboratoire VIH au Sénégal est constitué de plusieurs entités avec au niveau central : une Direction des Laboratoires, le Laboratoire de Bactériologie Virologie (LBV) du CHNU Aristide le Dantec (référence VIH), des laboratoires des établissements publics de santé de la capitale et des régions et des laboratoires périphériques dans les centres de santé. A cette organisation, s'ajoute des laboratoires privés et un laboratoire privé spécialisé, l'Institut de recherche en santé publique et de formation (IRESSEF).

Pour l'atteinte des « 90-90-90 » et dans la dynamique de l'élimination du VIH vers les années 2030, le laboratoire doit être un élément central du dispositif de riposte.

Pour permettre un large accès aux services de dépistage et de suivi biologique des PVVIH, à quelque niveau que ce soit de la pyramide sanitaire, les activités de dépistage du VIH au Sénégal sont aujourd'hui réalisées jusqu'au niveau des postes de santé, alors que les autres structures de santé (centre de santé, hôpital régional) effectuent, en plus, des activités de dépistage sérologique, le bilan héмато-biochimique, le suivi immunologique par la numération des lymphocytes TCD4 et la réalisation des prélèvements sur papier buvard pour le diagnostic précoce chez l'enfant. Le suivi virologique des PVVIH par le dosage de la charge virale se fait, outre la région de Dakar, à partir de 8 plateformes dans les hôpitaux régionaux de Thiès, Touba, Kaolack, Kolda, Tambacounda, Richard Toll, Ziguinchor et Sédhiou. Il est prévu une extension dans les hôpitaux régionaux de Fatick, Matam ou Ourrossogui, Louga et dans la banlieue de Dakar.

Le plan stratégique du laboratoire n'est pas disponible mais un draft est en cours d'élaboration. Le plan d'action est fonction de projets existants. Cette situation rend la prestation de services de laboratoire très faible et de mauvaise qualité surtout au niveau décentralisé. De plus, le pays manque, de manière générale, d'effectifs suffisants de personnel de laboratoire formé et souffre d'une pénurie de compétences techniques à tous les niveaux, notamment au niveau central. Les besoins du laboratoire ont faiblement été financés par le gouvernement (21% à 40%), ce qui rend les prestations tributaires de la disponibilité du financement des bailleurs.

Laboratoire de référence :

Le Laboratoire de Bactériologie et Virologie a été accrédité en 2015 pour les activités de sérologie VIH, de comptage des LTCD4, du diagnostic néonatal par PCR et de charge virale VIH-1. Cette certification est valable pour cinq ans mais, pour la maintenir, il est impératif que le laboratoire de référence retrouve toutes ses capacités perdues avec le départ du personnel et du matériel vers l'IRESSEF. On y note une insuffisance de bonnes pratiques de laboratoire (les fiches de maintenances régulières ne sont pas remplies, les températures ne sont pas relevées matin et soir, les pratiques de biosécurité ne sont pas bien suivies, et des ruptures des stocks en divers réactifs ont été relevées (test de confirmation, Nuclisens).

Le laboratoire de référence participe au programme d'assurance qualité externe (EQA) avec le CDC tous les six mois qui envoie les droits de tirage spéciaux pour la charge virale, le NIH avec son équipement ABBOTT (tous les 3 mois) et avec ARIQUALAB et IRESSEF pour la sérologie (tous les 6 mois).

Laboratoires régionaux bien équipés :

- Manque de circuit bien défini avec le niveau central.
- Absence quasi-totale d'un programme d'assurance qualité.
- Insuffisance des activités de supervision et de formation régulières (2 fois par an).
- Ruptures de stocks de réactifs de façon récurrentes.
- Insuffisance du système de biosécurité et de bonnes pratiques de laboratoire.

Opportunités :

- Existence d'un plan stratégique du laboratoire.
- Participation du laboratoire de référence au programme d'assurance qualité externe (EQA) avec le CDC.

Faiblesses/Risques :

- Forte dépendance sur le financement des bailleurs de fonds.
- Absence quasi-totale d'un programme d'assurance qualité des laboratoires dans les régions.
- Carence significative en personnel qualifié.
- Manque d'équipement.
- Activités de séro-surveillance et de contrôle de la qualité et personnel qualifié transféré à l'Institut de recherche en santé publique et de formation (IRESSEF).
- Insuffisances de lien entre le niveau central et la périphérie (postes de santé).

4. Équité, droits humains, genre et innovations

4.1 Équité

Les principes directeurs en matière d'équité qui guident la riposte contre l'épidémie de VIH au Sénégal sont les suivants :

- 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 des fonctions en insistant sur la distinction entre les structures de décision, de coordination et de mise en œuvre
- Le respect de la devise suivante : un seul cadre de gouvernance/coordination, un seul cadre de planification, un seul cadre de suivi-évaluation pour la riposte contre le VIH au Sénégal.

4.2 Droits humains

Le Sénégal a ratifié la quasi-totalité des instruments juridiques internationaux en matière de droits humains. Cela témoigne de l'engagement et de la volonté politique des pouvoirs publics de protéger et de promouvoir les droits humains. La loi fondamentale, c'est-à-dire la constitution sénégalaise, et les textes réglementaires qui organisent les structures de santé du Sénégal définissent un cadre d'intervention sur le VIH dont les bases sont l'éthique et la déontologie des intervenants médicaux et sociaux.

Une loi VIH portant sur la protection des personnes vivant avec le VIH/Sida a été votée en 2010. Cependant, malgré le dispositif législatif et juridique, des cas de stigmatisation et de discrimination continuent à être signalés, aussi bien dans les familles qu'en milieu de soins.

Des boutiques de droits mises en place dans les régions du Sud en collaboration avec l'ANCS et l'association des jeunes juristes du Sénégal ont permis l'intégration du genre et des droits humains dans le paquet de services de 80% des districts.

Tableau 4 : Stigmatisation et violence vécues par des hommes du fait de leur orientation sexuelle

#	Éléments de mesure de l'indice de stigmatisation	Cameroun (n=53)	Sénégal (n=46)	Ouganda (n=37)
1	Exclusion des activités familiales	68%	17%	11%
2	Paroles discriminatoires des membres de la famille	85%	37%	24%
3	Harcèlement verbal	89%	44%	32%
4	Ecarté par l'entourage	73%	33%	27%
5	Harcèlement physique	58%	28%	19%
6	Viol	36%	30%	16%

Note : Au Sénégal, ENDA et RNP+ étaient impliqués dans ce projet pilote sur le Stigma Index 2.0
Source : Projet SOAR (Population Council/Johns Hopkins University)

4.3 Genre

La féminisation de l'épidémie montre que la lutte contre le VIH n'est pas seulement un combat contre la maladie mais aussi une lutte contre les inégalités liées au genre et les violations des droits humains, du fait de la vulnérabilité accrue des femmes au VIH. Le plan stratégique national de lutte contre le VIH vise à réduire le taux de transmission mère-enfant de moitié. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) est un programme prioritaire pour le pays, qui offre aux femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH un dépistage du VIH et le TARV à vie (Option B+), bien que la PTME soit actuellement en majorité financée par les ressources extérieures.

4.4 Innovations

L'engagement du pays dans une démarche d'élimination du VIH à l'horizon 2030, dans un contexte de ressources limitées, doit justifier le recours à des interventions innovantes pour le passage à l'échelle de nouvelles stratégies de dépistage, comme **l'auto-dépistage** et le **dépistage communautaire** du VIH, la prévention combinée (qui intègre en plus du dépistage du VIH, le diagnostic et le traitement des IST, la distribution des préservatifs masculins et féminins et des lubrifiants) et qui prend en compte la **PrEP**, en particulier pour les populations les plus exposées au risque d'infection, l'accélération de l'accès au « Traitement pour tous » à travers des **approches différenciées** (par exemple, dispenser les ARV sur une période d'au moins 6 mois, particulièrement pour les patients stables ou la dispensation des ARV par des groupes de traitement communautaires, la transition vers le dolutogravir, etc.) et ceci, dès la connaissance du statut sérologique, ainsi que le maintien des personnes dépistées et traitées dans les soins pour une suppression virale effective.

L'utilisation des **points de prestation de services** au niveau le plus décentralisé permettra de simplifier et d'améliorer l'accessibilité de la CV. Un système d'approvisionnement performant avec des intrants sécurisés qui intègre un mécanisme d'alerte efficace utilisant les **TIC** devra être privilégié.

L'allègement de la charge liée au coût des bilans et des médicaments contre les infections opportunistes passera par une inscription systématique et généralisée des PVVIH à un mécanisme de Couverture maladie universelle (**CMU**).

L'atteinte de l'objectif de 2030 sera également tributaire des actions innovantes pour un environnement favorable à la réduction des inégalités de genre et des facteurs socioculturels, économiques et politiques rendant certaines catégories de populations plus vulnérables que d'autres au VIH.

Le volet innovation devra aussi prendre en compte les mutations requises en matière de gouvernance et de coordination de la riposte contre le VIH dans un contexte où l'État et les acteurs nationaux (notamment le secteur privé) devront s'impliquer davantage dans le financement des interventions de lutte contre le VIH.

Pour arriver aux objectifs fixés à l'horizon 2030, la transition vers une action pérenne devra également passer par l'identification et l'utilisation de mécanismes de financements innovants (philanthropie, taxation, RSE, participation communautaire, délégation de responsabilités aux collectivités locales, etc.).

Opportunités :

- Ratification de la quasi-totalité des instruments juridiques internationaux en matière de droits de l'homme par le pays.
- Existence d'une loi sur la parité.
- Existence d'une loi VIH portant sur la protection des personnes vivant avec le VIH/Sida votée depuis 2010.
- Existence de plusieurs associations de défense des droits de l'homme qui peuvent être mises à profit dans la riposte contre le VIH.
- Existence de l'Alliance des religieux et des experts médicaux contre le Sida.
- Existence d'un programme de CMU qui peut enrôler les couches défavorisées de la population, y compris les PVVIH.

Faiblesses/Risques :

- Persistance d'un environnement légal et juridique peu favorable à l'accès aux services des populations clés.
- Indice de stigmatisation encore élevé, surtout en milieu familial.

5. Investissements stratégiques, efficience et financement durable

5.1 Environnement macroéconomique

Avec un PIB courant de 16,37 milliards USD (Banque mondiale 2017), le Sénégal est la quatrième économie de la sous-région ouest-africaine après le Nigeria, la Côte d'Ivoire et le Ghana. Le Sénégal est aussi la deuxième économie en Afrique de l'Ouest francophone derrière la Côte d'Ivoire. Le revenu national brut disponible (RNBD) qui, en plus du PIB, intègre les flux nets de revenus et de transferts courants entre l'économie sénégalaise et le reste du monde, a augmenté de 757 milliards FCFA pour s'établir à 12 049,9 milliards en 2016. En outre, il faut souligner la diminution du déficit budgétaire au cours des dernières années. Il est ainsi passé de 4,8% du PIB en 2015 à 4,2% en 2016. Il devrait se limiter à 3% en 2018, ce qui correspond à l'engagement de convergence de la CEDEAO qui doit être atteint avant 2019. Selon l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD), la croissance économique en termes réels en 2016 s'élève à 6,5%.²

Depuis 2014, le pays met en œuvre un programme stratégique appelé Plan Sénégal Émergent (PSE). La croissance économique est portée de plus en plus par l'agriculture et le secteur industriel grâce notamment à une meilleure compétitivité, des progrès ponctuels dans les réformes structurelles engagées et une conjoncture internationale favorable. Ce bon résultat s'explique aussi par la vitalité des exportations qui ont augmenté de près de 15% en 2015 et de 13% en 2016, soutenues par une diversification des produits agricoles, de pêche et du secteur extractif.

La contribution du secteur tertiaire à la croissance du PIB réel en 2017 est de 3,1 points de pourcentage. La croissance dudit secteur est de 6,7% en 2017 et 6,6% en 2018. Cette évolution favorable est le fait, principalement, de la bonne tenue des activités de commerce, de transports mais aussi des services financiers et immobiliers, en sus de l'orientation positive attendue dans les télécommunications et les services d'hébergement et de restauration.³

La structure de l'économie montre la contribution suivante des secteurs : agriculture : 17,2% (2016), industrie : 23,7% (2016) et services : 59% (2016). L'investissement global était autour de 22% du PIB en 2016 et les dépenses courantes globales/PIB autour de 18% la même année.

² ANSD. 2017. Publication du PIB du quatrième trimestre 2016.
http://www.ansd.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=341:2017-03-16-16-41-02&catid=56:depeches&Itemid=264.

³ Situation économique et financière en 2018 et perspective 2019.

Tableau 5 : Les indicateurs macroéconomiques

Indicateurs macroéconomiques	Montant (milliards de FCFA)	Année	Source
PIB en milliards	11 285,9	2016	ANSD, MEF
Recettes totales en milliards CFA	2 414	2017	Direction de la prévision et des études économiques (DPEE)/MEF
Recettes fiscales (impôts et taxes)	1 986	2017	DPEE/MEF
Dépenses totales (% PIB)	18%	2017	Banque Mondiale*
Service de la dette publique et garantie par l'État (% du RNB)	1,81%	2017	Banque Mondiale
Total de dette extérieure (% du RNB)	2,89%	2017	Banque Mondiale
Ratio dette publique/PIB	43,8%	2017	FMI**

* <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/gc.xpn.totl.gd.zs>

** Sénégal, sixième revue de l'accord au titre de l'instrument de soutien à la politique économique, Août 2018.

Selon la Loi des finances rectificative de 2018, le budget du Sénégal s'élève à 3774,7 milliards de FCFA. Malgré les évolutions positives et les progrès économiques accomplis, la durabilité des bonnes tendances économiques reste confrontée à des défis et risques importants et à la pertinence des choix de politique économique. L'une des préoccupations fondamentales concerne la rationalisation des processus budgétaires, la performance des allocations budgétaires et l'optimisation des ressources dans une vision d'efficacité.

Dès lors, le passage des budgets de moyens à des budgets de programmes entrepris par le Direction de la prévision et des études économiques (DPEE) en 2018 s'impose comme une nécessité, en mettant plus que jamais le processus budgétaire à l'épreuve de l'efficacité et de la performance. Les budgets de programmes constituent une innovation dans la conception du management public et introduisent les notions d'évaluation et de rationalisation des choix budgétaires au sein de l'administration publique.

Par rapport à la lutte contre le VIH, les risques spécifiques en lien avec la situation économique concernent essentiellement la mobilisation des ressources dans le cadre des arbitrages budgétaires pour un domaine historiquement dépendant de financements externes. Bien que les perspectives de croissance doivent générer des ressources additionnelles pour le financement de la riposte, le problème de l'allocation effective, donc de réduction de la dépense se posera pour le volet VIH dans un contexte de priorités conflictuelles et de ressources limitées.

Le deuxième grand risque est celui lié à la tendance de la médicalisation de l'épidémie qui aura un impact négatif sur l'approche multisectorielle et le confinement de la riposte stratégique et programmatique au sein des structures de santé. Enfin, la pérennité et la continuité des ripostes associatives et communautaires pourront être confrontées à des difficultés en termes de perception de priorité institutionnelle et financière, d'autant que le renforcement des systèmes communautaires, les interventions des ONG/OCB en termes d'appui aux PVVIH, de prévention et de création d'environnement juridique et social favorable sont tributaires du financement des partenaires externes. Il faut enfin souligner l'absence de contrats sociaux entre le gouvernement et la société civile.

5.2 Espace fiscal pour la santé

Dans un pays en développement à faible revenu comme le Sénégal, il n'est pas facile d'élargir l'espace fiscal à travers ces différentes dimensions.⁴ Les efforts d'élargissement des espaces fiscaux et budgétaires reposent sur cinq piliers⁵ :

- L'environnement macroéconomique
- La priorisation de la santé à travers le budget
- La disponibilité de ressources spécifiques à la santé
- Les contributions externes et internes du secteur privé
- L'efficacité des dépenses de santé.

L'aide extérieure est confrontée à la raréfaction des ressources pour le financement du développement et la tendance chez les principaux partenaires est de réduire leur contribution financière en matière de lutte contre le Sida. Le financement des bailleurs de fonds (USAID, Fonds Mondial, ONUSIDA, etc.) est passé de plus de 5,186 milliards de FCFA en 2014 à un peu plus de 3,5 milliards FCFA en 2018 soit une baisse de 32%. Aussi, avec la politique d'éligibilité basée sur le poids des maladies et la capacité économique du pays du Fonds mondial, l'appui en financement pour le VIH au Sénégal aura tendance à baisser. Pour anticiper la baisse des financements, une bonne préparation de la pérennisation de la lutte anti-VIH est nécessaire.

Cependant, malgré les contraintes structurelles de l'économie du pays, des pistes existent pour trouver et mettre à profit des espaces budgétaires et fiscaux qui peuvent assurer la pérennité des financements de la riposte contre le VIH. En tant que pays de la deuxième vague du Global Financing Facility (GFF), le Sénégal saisit les opportunités offertes par le GFF pour améliorer plus rapidement ses résultats en matière de santé de la reproduction, de santé maternelle, néonatale et infantile et de santé de l'adolescent(e) (SRMNEA), pour continuer à renforcer son système de santé et pérenniser les investissements destinés à l'expansion des services de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents.

Une plateforme nationale impliquant les structures existant dans le secteur de la santé a été mise en place et a abouti à l'élaboration de documents tels que la stratégie nationale de financement de la santé.

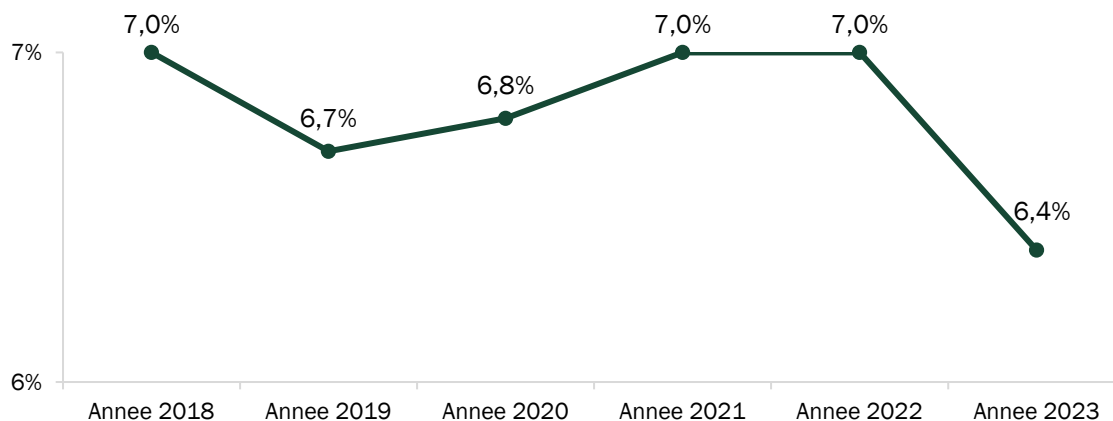
Avec le PSE, le taux de croissance du PIB réel oscille autour de 7% depuis les trois dernières années et l'horizon économique du Sénégal se caractérise par :

- Des projections de croissance économique soutenue au cours des prochaines années et l'accroissement continu du PIB réel. Selon les projections du Fonds monétaire international, de 2018 à 2023, la croissance moyenne du PIB sur la période sera de 6,8%.

⁴ L'espace fiscal fait référence au champ d'action (ou à la « liberté de manœuvre ») que possède le gouvernement pour augmenter le volume absolu ou relatif des ressources dédiées à un usage donné. Cet espace fiscal additionnel peut être créé, entre autres, par l'augmentation des recettes via l'impôt, l'emprunt intérieur ou extérieur, les dons ou autres mécanismes.

⁵ L'espace budgétaire se définit comme « la marge qui permet au gouvernement d'affecter des ressources à la poursuite d'un objectif déterminé sans mettre en péril la viabilité de sa position financière ou la stabilité de l'économie ».

Graphique 13 : Projections de croissance du PIB de 2018 à 2023 selon le Fonds Monétaire International



Source : FMI, rapport pays Sénégal, n 18/211

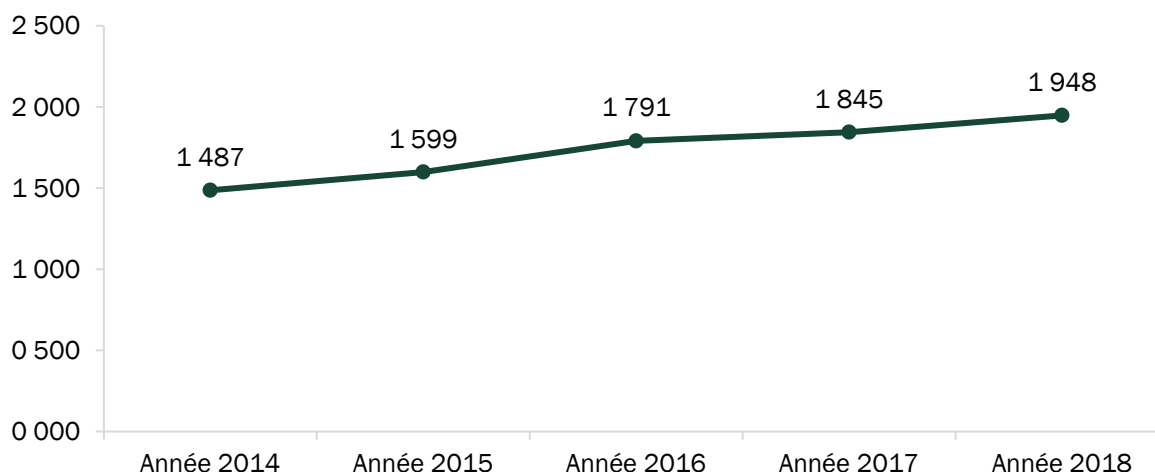
- La perspective du passage des budgets de moyens aux budgets de programmes affecterait positivement l'activité économique. L'étude OPTIMA estime que le PIB gagnerait ainsi 0,57%, en moyenne, au bout de 10 ans, soit environ 6 points d'ici 2030.
- L'amélioration de la gouvernance d'ensemble, en particulier l'efficacité des dépenses publiques par le renforcement de l'exécution budgétaire et de la capacité d'absorption. A titre d'exemple, la proportion des dépenses réelles effectuées par les ministères des Services sociaux, y compris le ministère de la Santé, est généralement inférieure à leur part du budget. À titre d'exemple, au MSAS, pour un montant global de 89 593 342 000 francs CFA prévu dans la Loi de Finances Initiale (LFI) pour la part de l'Etat, les crédits ouverts sont arrêtés à 74 556 609 182 FCFA et les crédits mobilisés à 59 768 786 589 francs CFA, soit un taux d'exécution financière de 80%. Ce montant ne prend pas en compte le personnel et le financement extérieur⁶.
- L'amélioration de l'exécution des budgets d'investissements pour renforcer l'effectivité des dépenses et éviter la déperdition ou l'inutilisation des ressources. Les crédits non consommés sont de 88,01 milliards de FCFA, soit 11,27% des crédits d'investissement sur ressources internes⁷. Les dépassements sur crédits d'investissement d'un montant de 786 576 379 FCFA concernent aussi bien les investissements exécutés par l'Etat que les transferts en capital. Ils sont imputables au ministère de la Gouvernance locale, du Développement et de l'Aménagement du Territoire, au ministère de la Santé et de l'Action sociale, et au ministère de la Formation professionnelle, de l'Apprentissage et de l'Artisanat (cour des comptes, 2017).
- Si le taux d'exécution pour le budget de fonctionnement dépasse régulièrement 90%, celui du budget d'investissement atteint rarement 70% du fait, entre autres, des contraintes liées aux procédures de décaissement et à la planification des dépenses d'investissement.

⁶ Rapport annuel de performance 2017 du Ministère de la Santé et de l'Action sociale.

⁷ Cour des comptes. Rapport sur l'exécution des lois de finances, gestion 2016. Décembre 2017.

L'amélioration des recettes fiscales par l'élargissement de l'assiette de redevables et le recouvrement des impôts et taxes et l'amélioration des recettes fiscales par l'élargissement de l'assiette de redevables et le recouvrement des impôts et taxes se traduit par une évolution positive annuelle de ces recettes fiscales ces dernières années. Le graphique 14 suivant indique la tendance qui en résulte sur la période 2014-2018.

Graphique 14 : Évolution des recettes fiscales du Sénégal de 2014 à 2018



Source : MEF/DGF, DGCPT, DGID, DGD

- La recherche de l'efficacité et de l'efficacité des dépenses publiques par la diminution des dépenses improductives ; par exemple, pour l'extension de la subvention aux correspondants régionaux, l'absence d'encadrement légal a favorisé une destination de la subvention devenue sans objet. L'ensemble des correspondants régionaux témoignent que les cyberpresses régionales (l'objet de la subvention) sont devenues inutiles. Selon les conclusions de la cour, l'utilisation de l'aide destinée aux correspondants régionaux est inadaptée et contre-productive.
- L'adoption des processus budgétaires basés sur l'analyse de l'impact des allocations budgétaires en termes de redistribution ; cette nouvelle approche de budget programme promue par l'UEMOA aux États membres, est basée sur la culture de la Gestion axée sur les résultats (GAR).
- Coût-efficacité des allocations basées sur le nouveau paradigme de Gestion axée sur les résultats alors que le budget selon la logique de moyens qui était pratiqué ne favorisait pas nécessairement la recherche de performance.
- Efficacité et bonne gouvernance des dépenses publiques. Pour ce faire, l'étude OPTIMA offre une bonne base d'analyse et de propositions.
- Le développement de mécanismes alternatifs et novateurs de financement.

La valorisation des apports et du potentiel du secteur privé dans le cadre des objectifs stratégiques et de la vision du PSE dont l'un des axes prioritaires est la promotion du secteur privé et des investissements étrangers directs et l'amélioration du climat des affaires. Cependant, sur ce dernier aspect, le Sénégal recule en perdant une place et en passant à la 141^e place selon Doing Business 2019.

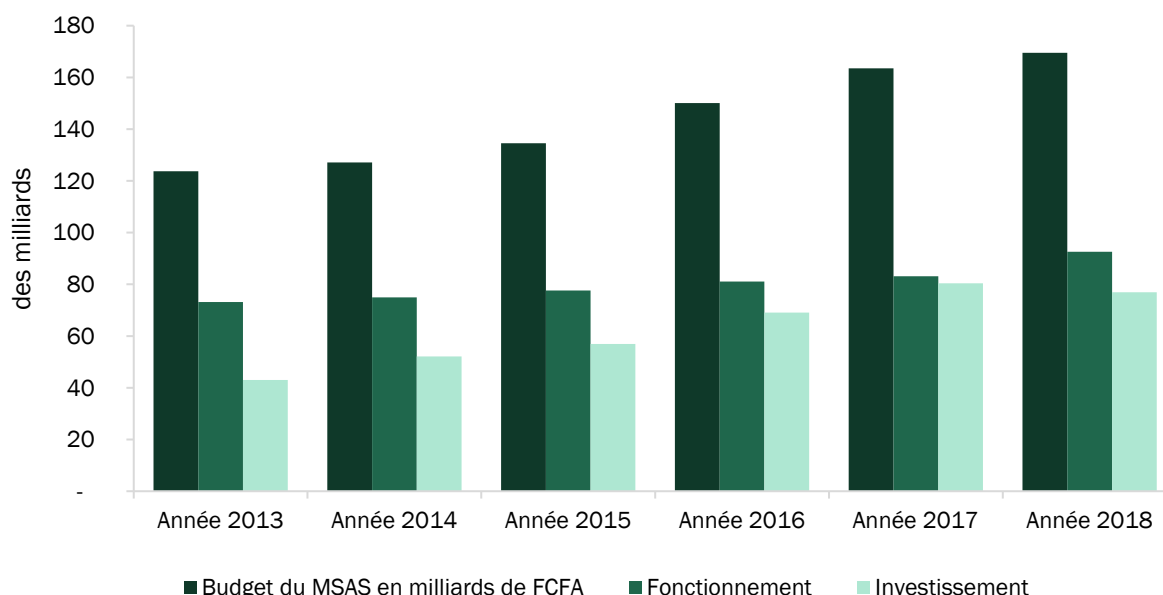
Ce classement est dû aux lenteurs notées dans la mise en place de stratégies pour amener les investisseurs à créer des entreprises dans le pays. Au niveau africain, le Sénégal occupe la 22^e place.

5.3 Vue d'ensemble du financement du système de santé

Entre 2013 et 2018, le budget global du Ministère de la Santé et de l'Action sociale est passé de 123 692 173 500 FCFA à 169 487 111 320 FCFA, soit une augmentation de 45 794 937 820 FCFA en valeur absolue. Le budget de fonctionnement est passé de 73 180 173 500 FCFA à 92 586 377 320 FCFA quand le budget d'investissement passe de 43 012 000 000 FCFA à 76 900 734 000 FCFA. Le budget de fonctionnement est passé de 73 180 173 500 FCFA à 92 586 377 320 FCFA tandis que le budget d'investissement est passé de 43 012 000 000 FCFA à 76 900 734 000 FCFA. Cette augmentation est le fait d'une croissance économique soutenue, forte et d'une vision présidentielle sur les problématiques de santé publique. Les quelques mots extraits du discours du 31 décembre 2014 de Son Excellence Monsieur Macky SALL l'indiquent bien : « Nous devons mieux faire, parce qu'une nation qui produit, c'est d'abord une nation en bonne santé... Restons mobilisés et vigilants. Gardons les bons réflexes de précaution, d'hygiène et de prévention. »⁸. Selon la SNFS, au cours des dernières décennies, le niveau de ressources destinées à financer l'accès des populations aux paquets de services a augmenté progressivement. L'analyse des séries de comptes nationaux de la santé (CNS) montre une augmentation considérable des dépenses de santé qui sont passées de 245 milliards de FCFA en 2005 à 431 milliards FCFA en 2013 (+5% du PIB), soit une augmentation de près de 76%.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution du budget du Ministère de la Santé de 2013 à 2018.

Graphique 15 : Evolution du budget du MSAS sur la période 2013-2018



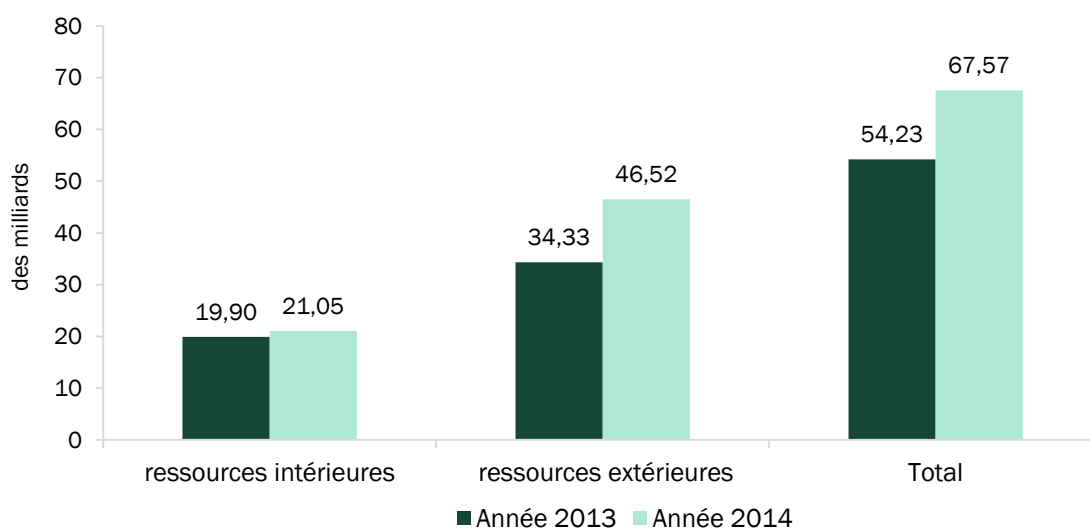
Source : Lois de finances et rectificatifs de 2013 à 2019 (www.dpee.sn/-Loi-de-Finances,128-.html)

⁸ Préface plans stratégiques santé digitale (PSSD) 2018-2022 du Sénégal.

De 35% du budget total en 2013, les investissements sont passés à 45% en 2018, soit près de 10 points de hausse sur la période. La mise en œuvre du Plan Sénégal Émergent à travers son axe 2 sur le capital humain constitue un élément phare de la confiance quant à l'évolution du budget du ministère de la santé en vue d'atteindre la recommandation de la déclaration d'Abuja.

Selon les données disponibles, les ressources extérieures dans les dépenses de santé interviennent sur le volet dépenses en capital. En 2013 et 2014, la part des ressources internes dans les dépenses en capital est passée de 19 903 000 000 FCFA à 21 045 000 000 FCFA, soit une augmentation de 5,7%. Pour les ressources externes, elles sont passées de 34 326 000 000 FCFA à 46 520 000 000 FCFA, soit une augmentation de 35,7%. Au total, les investissements en capital de 2013 à 2014 sont passés de 54 229 000 000 FCFA à 67 565 000 000 FCFA soit 24.6%. Ces chiffres correspondent aux investissements en capital dans le secteur de la santé.

Graphique 16 : Part des ressources intérieures et extérieures dans les dépenses en capital exécutées dans la santé



Source : Ministère de l'Économie, DPEE (dpee.sn/dépenses sociales)

Les données plus complètes allant de 2014 à 2018 permettront de mieux apprécier les tendances. Les données ultérieures à 2014 ne sont toutefois pas complètes. Elles ne prennent pas en compte tous les trimestres de l'année. L'obtention des données plus récentes et complètes permettra de montrer l'évolution ces dernières années.

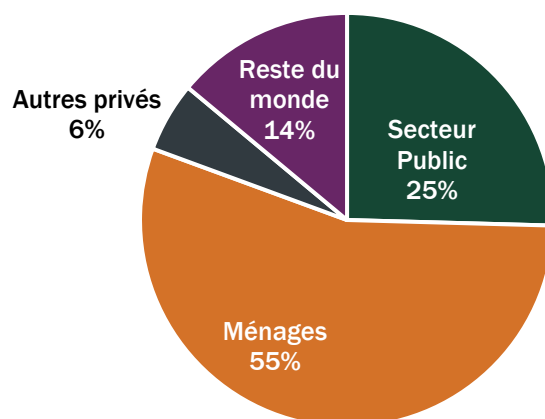
Les données issues du World Health Statistics 2014, montrent également que les dépenses de santé par tête au Sénégal augmentent. Elles sont passées de 22 dollars US en 2000 à 54 dollars US en 2011⁹. Le dernier rapport en date sur les comptes de la santé de 2013 publié en 2017 par le MSAS indique que les dépenses de santé par habitant atteignent 31 831 FCFA soit environ 58 USD.

En outre, selon le même rapport sur les comptes de la santé de 2013, les ménages constituent la plus importante source de financement de la santé. Leur contribution au financement représentant 55,17% des dépenses totales est destinée à la prise en charge de leurs soins de

⁹ World Health Organization. 2014. *World Health Statistics 2014, Part III, Global Health Indicators*. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_Part3.pdf?ua=1

santé. La part de l'administration publique est estimée à 25% et celle du reste du monde à 13,47%.

Graphique 17 : Structures des dépenses totales par source de financement



Source : MSAS/Comptes de la Santé 2013

Les données des comptes de la santé révèlent que les dépenses courantes de santé sont en grande partie orientées vers les détaillants et autres prestataires de biens médicaux, en particulier les pharmacies pour un montant de 151 396 759 070 FCFA, soit 36,94% de ces dépenses. Ils sont suivis par les hôpitaux avec 22,34% et les prestataires.

Défis en matière de financement de la santé

Les principaux défis auxquels le financement de la santé est confronté sont entre autres comme l'indique la documentation disponible :

- La poursuite des efforts de mobilisation des ressources du budget national pour atteindre l'engagement d'Abuja, traduite par la volonté politique et une augmentation année par année du financement public de la santé pour atteindre au moins 15% du budget annuel.
- L'allègement du fardeau des dépenses directes de santé supportées par les ménages.
- L'optimisation et l'efficacité dans l'allocation et l'utilisation des ressources. Chaque année, les niveaux d'exécution budgétaires sont inférieurs à 100% du fait d'une volonté de rationalisation des ressources budgétaires. Selon le dernier Rapport annuel de performance (2017) du MSAS, le taux d'exécution budgétaire est de 80%. Aussi, en fonction des programmes prioritaires du MSAS et des objectifs annuels à atteindre, un effort d'efficacité allocative est effectué par les responsables du secteur. A titre d'exemple, en 2017, le programme Coordination Pilotage Gestion du secteur a bénéficié de crédits ouverts de 20 356 007 043 francs CFA soit 27%, le programme de services santé de base un montant de crédits ouverts 10 719 577 887 FCFA, soit 14%, le programme de services santé de référence de crédits ouverts de 30 214 613 111 FCFA soit 41%, tandis que le programme Protection sociale a bénéficié de crédits ouverts de 13 266 411 141 FCFA, soit 18%.
- La capacité de mise en œuvre et d'exécution des dépenses d'investissement.

5.4 Couverture assurance santé

Depuis 2012, le pays est membre du partenariat UE-OMS visant à mettre en place la CMU. Le gouvernement sénégalais s'efforce de réduire les dépenses à la charge des usagers en mettant en place une couverture maladie universelle (CMU). Ce partenariat inclut des réunions périodiques avec des représentants du Ministère de la Santé, de l'OMS, de l'USAID, de la Banque mondiale, de l'UNICEF, de l'ONUSIDA et d'autres bailleurs pour guider les réformes de la CMU.

La couverture sanitaire universelle (CSU) est depuis devenue une priorité au niveau du Sénégal. Pour y parvenir, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a élaboré une Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) à travers un processus participatif et inclusif basé sur une approche multisectorielle. Avant la mise en place de la CMU, le Sénégal comptait trois régimes d'accès aux soins de santé : régimes obligatoires, assistance médicale et organisations mutualistes.

Les régimes obligatoires

Le régime obligatoire des fonctionnaires et agents non-fonctionnaires de l'État, ainsi que leurs ayants droits est régi par un décret. Ce système est financé par le budget de l'État (imputation budgétaire) qui permet une prise en charge partielle (80%) des soins médicaux à l'exception des médicaments qui sont à la charge du malade. Une étude de la Banque mondiale publiée en 2017 portant sur la revue des dépenses de protection sociale indique la difficulté à collecter les données financières afférentes à l'assurance médicale des fonctionnaires.

Ce régime couvre environ 300 000 bénéficiaires (66 000 agents et leurs ayant-droits). La protection des salariés permanents des entreprises privées et publiques, ainsi que leurs ayants droits est assurée dans le cadre des Institutions de prévoyance maladie (IPM), régies par la loi du 30 avril 1975 relative aux Institutions de prévoyance sociale et le décret N° 75-895 du 14 août 1975 portant sur l'organisation des IPM d'entreprises ou d'inter-entreprises.

Selon l'étude réalisée par l'ANSD en 2016 sur les IPM, les cotisations dues aux IPM sont fixées à un taux allant de 5% à 15% appliqué sur une assiette plafonnée à 250 000 FCFA. La population sociale couverte par les IPM avait atteint 302 915 bénéficiaires pour 107 568 salariés (cotisants). Selon cette même étude de l'ANSD, les IPM assurent la prise en charge des soins médicaux et des médicaments pour les bénéficiaires dans une fourchette autorisée de prise en charge de 50% à 80% du montant des prestations. Suite aux difficultés d'équilibre, les IPM ont été reformées par un décret du 7 août 2012 pour les rendre plus autonomes avec des statuts et des règlements intérieurs.

Enfin, l'Institution de prévoyance retraite au Sénégal (IPRES) qui couvre les retraités qui ont occupé des emplois salariés et leurs ayants-droits à travers une couverture médicale contributive. Dans ce régime, une cotisation maladie est régulièrement prélevée sur les pensions (cotisation de retraités pour 2% du montant de la pension)¹⁰ et en contrepartie, l'IPRES couvre partiellement les frais médicaux de ses bénéficiaires. Au total, les catégories de la population couvertes par ces systèmes obligatoires représentent moins de 20% de la population du pays. Par ailleurs, la couverture dont elles bénéficient n'est que partielle (50% à 80% des frais liés à la maladie).

¹⁰ Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal :
http://www.ipres.sn/institut/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=13

Il est à noter que dans les régimes mentionnés ci-dessus la prise en compte des services liés au VIH dans le paquet de soins n'est pas établie. Les données actuelles ne permettent pas non plus de donner les montants engagés si tel était le cas afin d'en avoir la portée.

Les régimes d'assistance médicale

Il s'agit globalement des politiques d'exemption des frais d'accès aux soins de santé pour des catégories sociales ou des exemptions pour certaines pathologies. On recense notamment l'exemption aux frais des accouchements et césariennes, l'exemption des soins aux personnes âgées (SESAME), l'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux. De plus, certaines affections à soins coûteux font l'objet de subventions pour abaisser leurs coûts de traitement (diabète, cancer, insuffisance rénale, etc.).

En plus des ARV, les services et produits suivants bénéficient de la politique d'exemption : certains médicaments contre les infections opportunistes (produits génériques), le test de dépistage du VIH, la charge virale, le diagnostic précoce chez l'enfant né de mère séropositive, le génotype, la consultation pour le traitement VIH, la prophylaxie à l'INH pour la prévention de la TB chez les PVVIH¹¹.

La contribution du gouvernement dans l'achat des ARV, réactifs et médicaments contre les infections opportunistes est d'environ 1,3 milliards de FCFA, chaque année et représente près de 50% des besoins de traitement des PVVIH.

Le Sénégal entreprend, depuis 2005, des initiatives de gratuité des accouchements et des césariennes. La généralisation de la gratuité des césariennes est effective depuis 2011 grâce à l'intégration des EPS de la banlieue de Dakar. Cette mesure vise à assurer la prise en charge gratuite des affections du nouveau-né et de l'enfant de 0 à 5 ans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, tel le diagnostic précoce chez l'enfant né de mère séropositive.

Les services VIH font partie de ces exemptions, spécifiquement pour les enfants de moins de 5 ans (diagnostic précoce du VIH, dépistage du VIH pour les plus de 18 mois, traitement antirétroviral, bilan de suivi du traitement). Ce service est dispensé par le MSAS mais n'est pas administré par la CMU.

Pour l'instant, l'ACMU ne gère pas les prestations de services liées au VIH mais, dans l'optique de la pérennité, de tels services devraient être intégrés dans le paquet de couverture maladie universelle.

Le Ministère de la Santé mobilise les ressources via le processus d'engagement budgétaire au niveau du Trésor public. Les fonds sont virés selon une fréquence semestrielle à la Pharmacie nationale d'approvisionnement pour l'achat des produits (voir tableau 10).

Selon les informations recueillies, le Fonds national de solidarité santé (FNSS) et la Caisse autonome de protection sociale universelle (CAPSU) ne jouent pas actuellement de rôle dans le financement des gratuités anti-VIH. Ces instruments ne sont pas encore opérationnels mais, dans l'optique de pérennité, ils pourront jouer un grand rôle.

Les mutuelles de santé sont constituées essentiellement des mutuelles de santé communautaires. La population cible des mutuelles de santé vient des acteurs du secteur informel et du secteur rural qui ne sont pas éligibles aux régimes obligatoires d'assurance

¹¹ Au moment de l'analyse, il n'était pas encore possible d'estimer les dépenses encourues suite à la politique d'exemption des services VIH par manque de données.

maladie et qui représentent près de 80% de la population sénégalaise. Sur la base des données fournies par la Stratégie nationale de développement économique et social (SNDES 2013-2017), le taux de couverture de la population cible par les mutuelles de santé était de 13,6% en 2012. Selon l'Agence de la couverture maladie universelle, le taux de couverture des mutuelles de santé était de 19,08% fin 2018. Les mutuelles de santé sont financées par la cotisation des membres. S'agissant de la couverture de ses adhérents, l'État participe à hauteur de 50%.

Outre les mutuelles de santé communautaires, les **mutuelles de santé complémentaires** sont en grande partie créées par les agents de l'État soucieux d'élargir la gamme des prestations de soins dont ils bénéficient grâce aux imputations budgétaires. Elles offrent à leurs adhérents une couverture complémentaire appréciable et des garanties plus conséquentes pour ce qui concerne surtout le risque modéré (ordonnances pharmaceutiques, etc.). Elles ont une base d'adhésion assez large et une capacité financière importante. Elles sont fonctionnelles, stables et parviennent à fidéliser leurs adhérents. Les mutuelles prennent en charge les médicaments de spécialités non disponibles dans les pharmacies des centres de santé et les bilans d'exploration pour certaines pathologies spécifiques.

Même si toutes les personnes adhérentes ou non aux mutuelles sont bénéficiaires des exemptions cités plus hauts, les mutuelles complémentaires ou non permettent aux adhérents de réduire le risque de maladie non inhérent au VIH.

5.5 Dépenses liées au VIH/Sida selon les sources de financement

Selon les comptes de la santé 2013, les dépenses de santé des ménages sont de 237 596 FCFA. Elles représentent 55,17% des dépenses totales de santé. En ce qui concerne les dépenses liées au VIH/Sida, les ménages représentent l'agent de financement la plus important avec 38% (voir tableau suivant).

Tableau 6 : Répartition des dépenses liées au VIH/Sida et MST selon les agents de financement

Agents de financement	Montant alloué au VIH/Sida et MST (FCFA)	Proportion par agent de financement
Administrations publiques	10 903 817 335	29%
Sociétés d'assurance	1 403 352 432	4%
Sociétés (hors sociétés d'assurance)	123 420 176	0%
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	10 697 385 144	29%
Ménages	14 205 903 853	38%
Agents de financement non spécifiés	-	0%
Total	37 333 878 940	100%

Source : Comptes nationaux de la santé 2013, MSAS

Les malades supportent les médicaments de spécialités pour le traitement de certaines infections opportunistes rares ainsi que le bilan d'extension pour certaines pathologies non spécifiquement liées au VIH. Pour les services fournis en rapport avec le VIH dans les cliniques privées, les ménages ont recours au paiement direct sauf en cas d'une couverture d'assurance privé.

Par ailleurs, le paiement direct représente 95% des dépenses totales de santé des ménages. Pour rappel, les agents de financement sont les entités chargées de réunir les fonds nécessaires au financement des programmes liées à la prestation de services. Quant aux sources de financement, elles désignent les acteurs fournissant les fonds aux agents de financement qui se chargent de les mettre en commun et de les distribuer.

Selon les CNS 2013, les bailleurs bilatéraux, multilatéraux, privés extérieurs ainsi que les ménages constituent les principales sources de financement liées au VIH/Sida¹².

Tableau 7 : Répartition des dépenses liées au VIH/Sida et MST selon les sources de financement

Sources de financement	Montants alloués au VIH et MST (FCFA)	Proportion par source de financement
Administrations publiques	6 835 587 614	18%
Entreprises	1 023 611 078	3%
Ménages	14 684 170 368	39%
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)*	386 843 704	1%
Reste du monde (bailleurs bilatéraux et multilatéraux et privés extérieurs)	14 403 436 375	39%
Unités institutionnelles non spécifiées	229 800	0%
Total	37 333 878 939	100%

*Les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLM) regroupent l'ensemble des unités privées dotées de la personnalité juridique qui produisent des biens et services non marchands au profit des ménages.

Source : Comptes Nationaux de la santé 2013, MSAS

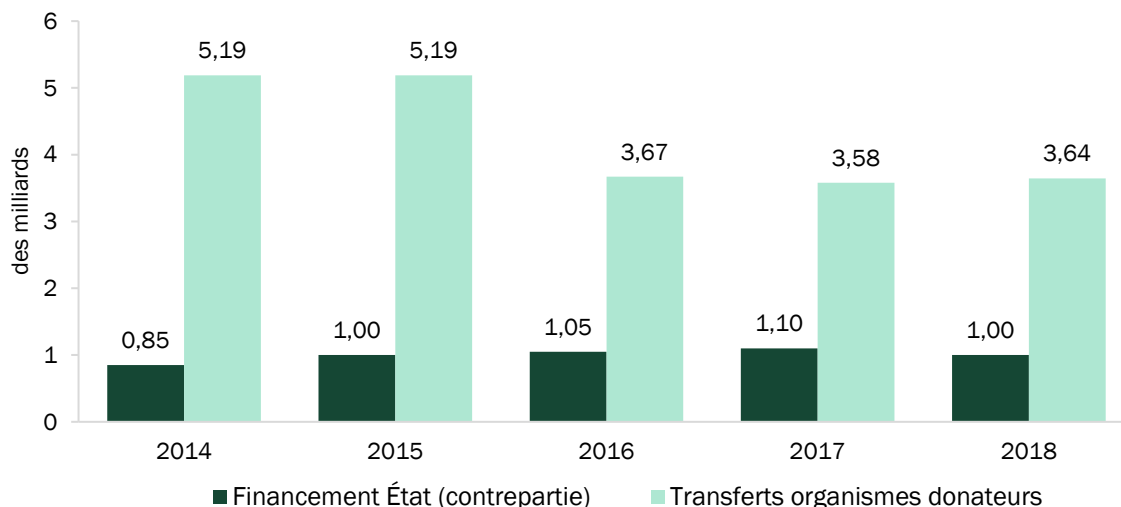
Les entreprises ne représentent que 3% des sources de financement liées au VIH. Par le passé, des organisations d'entreprises du privé avaient signé une charte pour la lutte contre le VIH notamment dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises (RSE)¹³. Parmi elles, on peut citer les grandes entreprises des BTP (EIFFAGE Sénégal), de l'industrie (SOCOCIM Industries), et des banques et assurances (AXA assurances, BICIS et BHS). Cette relation avec la coalition du privé doit être réactivée.

De 2015 à 2018, les montants des financements extérieurs et domestiques reçus par le CNLS s'élèvent à 14 milliards FCFA. Sur la période indiquée ci-dessus, près de 80% du financement reçu par le CNLS est issu des organismes donateurs. Il s'agit des fonds reçus par le CNLS de la part de l'État et des organismes donateurs. Le graphique ci-dessous présente par année le financement par source/origine de 2014 à 2018.

¹² La différence entre une source de financement et un agent de financement est que l'agent de financement contrôle l'utilisation des fonds (guide d'élaboration des CNS par l'OMS, 2005, pp169). Par exemple, en 2013, en tant que source de financement, les ménages ont contribué à hauteur de 39% des dépenses liées au VIH. Comme agents de financement, elles ont représenté 38% de l'utilisation des fonds destinées aux dépenses du VIH.

¹³ Développement Durable & Secteur Privé au Sénégal : <https://www.rsesenegal.com/portail/main.php?page=vihs>

Graphique 18 : Financements extérieurs et domestiques pour le VIH au cours des trois dernières années (2015 -2018) en FCFA



Source : Rapport annuel 2016, 2017, 2018 et –Financements extérieurs et domestiques reçus-CNLS

Les ressources allouées par les bailleurs, bien que supérieures à celles du secteur public connaissent une légère tendance à la baisse. En 2014, les apports des bailleurs étaient de plus de 5,18 milliards FCFA. En 2018, ces montants sont passés à 3,6 milliards soit une baisse de 32% sur la période. Le montant n'intègre pas celui du Ministère de la Santé. Quant à la contribution sous-nationale (collectivités territoriales), elle n'est pas documentée et n'est pas prise en compte.

En vue de maintenir les acquis, d'amorcer une progression au niveau des indicateurs et d'atteindre les objectifs ambitieux des différents cadres stratégiques, tout en répondant aux exigences de cofinancement du FM demandant aux gouvernements une augmentation progressive des dépenses en matière de santé et une absorption continue des coûts de programme clés, l'État sénégalais s'engage financièrement dans le cadre du programme de lutte contre le SIDA. Les dépenses engagées par le CNLS permettent également de voir le niveau de consommation selon les sources de financement. Le budget est issu du plan stratégique quinquennal. Chaque année, un plan de travail annuel est élaboré par le CNLS, en collaboration avec les acteurs au niveau national et régional. Ce plan de travail doit en principe être validé chaque année lors du conseil national de lutte contre le Sida présidé par le Premier Ministre. Pour le budget de fonctionnement, le CNLS participe aux réunions de conférence budgétaire au Ministère des Finances. Le cycle de planification budgétaire de l'État n'est pas approprié pour des structures comme le CNLS du fait de la dépendance à plus de 85% du financement extérieur. Dans les perspectives de pérennisation, l'appropriation du cycle national d'approbation du budget de l'État devient une nécessité. Le tableau ci-dessous présente les dépenses engagées par source de financement sur la période 2015-2018.

Tableau 8 : Dépenses engagées du CNLS par source de financement sur les quatre dernières années (2015 -2018)

Source de financement par année	Année 2015	Année 2016	Année 2017	Année 2018	Total
État en FCFA	-	1 126 279 518	1 064 851 038	1 030 095 548	3 221 226 104
Transferts directs des organismes donateurs (FCFA)	1 863 524 133	2 469 540 091	4 070 925 099	2 906 021 900	9 446 487 090
Dépenses totales (FCFA)	1 863 524 133	3 595 819 609	5 135 776 137	3 936 117 448	14 531 237 327

Source : CNLS, Financement VIH 2014-2018

En ce qui concerne l'exécution budgétaire surtout au niveau de l'État (source publique), un constat est fait. En 2016 et 2018, les dépenses ont été supérieures aux financements provenant de cette source. Cela peut s'expliquer par le fait que les dépenses engagées sur une année peuvent prendre en compte celles non engagées lors des années précédentes. Aussi, les problèmes de mobilisation des ressources de l'État (engagements des dépenses) ont été mentionnés comme raison. Pour rappel, dans le processus d'exécution du budget de l'État, la phase d'engagement des dépenses met en jeu plusieurs acteurs et événements qui ne sont pas sous contrôle du CNLS.

Les taux d'exécution des dépenses engagées par rapport au financement global reçu par le CNLS venant de l'État et des donateurs figurent dans le tableau suivant.

Tableau 9 : Taux d'exécution des dépenses

	Année 2016	Année 2017	Année 2018
Financement reçus par CNLS	4 720 351 714	4 680 051 970	4 644 005 770
Dépenses exécutées	3 595 819 609	5 135 776 137	3 936 117 448
Taux d'exécution	76,18%	109,74%	84,76%

Source : Rapports annuels CNLS de 2016 à 2018 et CNLS Financement VIH 2014-2018

Selon le CNLS, le dépassement budgétaire obtenu en 2017 est dû à une reprogrammation des activités de 2016 à 2017 principalement les activités du Fonds mondial.

Au-delà du financement reçus de l'État par le CNLS, le gouvernement sénégalais finance une partie des besoins en médicaments et réactifs. Ce financement est inscrit sur le budget du Ministère de la Santé chaque année, précisément dans les comptes de la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) qui en assure la gestion. Selon le rapport 2018 du CNLS, une convention pour l'approvisionnement des médicaments et des réactifs est signée entre le ministère de la Santé et la PNA. Cette dernière est chargée de l'exécution du budget alloué par l'État pour l'acquisition des intrants VIH, tandis que la division de lutte contre le Sida et les IST (DLSI) assure le suivi budgétaire.

Le tableau suivant présente l'exécution du budget de l'État pour les ARV de 2015 à 2018.

Tableau 10 : Exécution du budget de l'État pour les ARV et réactifs de 2014 à 2018

Années	Montants reçus	Montants exécutés	Soldes*	Cumul soldes	Taux d'exécution
Report 2014	-	-	1 258 689 420	1 258 689 420	-
2015	1 300 000 000	2 392 411 193	1 092 411 193	2 351 100 613	184%
2016	1 450 000 000	2 295 650 277	845 650 277	3 196 750 890	158%
2017	1 500 000 000	1 525 026 853	25 026 853	-3 221 777 743	102%
2018	1 300 000 000	1 511 287 608	211 287 608	3 433 065 351	116%

Source : Rapport annuel CNLS 2018

* Le solde correspond au dépassement budgétaire constaté. Il est obtenu en faisant la différence entre les montants reçus et les montants exécutés.

La situation d'exécution du budget ARV et réactifs fait état d'un dépassement budgétaire depuis l'année 2014. Les montants reçus de l'État pour les ARV sont passés de 1,3 milliards FCFA en 2015 à 1,5 milliards en 2017 avant de subir une baisse en 2018. En somme, sur la période 2015-2018, l'État a mobilisé 5 550 000 000 FCFA pour l'achat des ARV et réactifs dans son budget, soit en moyenne 1 387 500 000 FCFA par an. Cependant, comme l'indique le tableau ci-dessus, les taux d'exécution annuels sont au-delà de 100% sur toute la période. Il existe donc des dépassements budgétaires, qui cumulés sur la période sont estimés à 3 433 065 351 de Francs CFA selon la PNA. Le budget de l'État est donc insuffisant face aux besoins et enjeux du moment. Un fort plaidoyer auprès de l'État doit se faire afin d'augmenter son budget pour les ARV et intrants et pour résorber le solde auprès de la PNA.

Afin d'avoir une analyse plus fine du financement reçu, une évaluation des coûts doit être réalisée pour faire ressortir tous les coûts cachés, tels que le personnel mis à disposition par l'État, les bâtiments administratifs et autres investissements.

5.6 Besoins financiers estimés

Pour la mobilisation des ressources, les objectifs du PSN visaient à augmenter et diversifier les sources et mécanismes de financement au niveau national et local, identifier, diversifier et exploiter les sources et mécanismes de financements durables et innovants, et exploiter et élargir les sources et mécanismes de financements extérieurs. Un modèle de partenariat¹⁴ contenu dans la stratégie a été mis en place afin de mobiliser les fonds nécessaires à la lutte contre le VIH/Sida. Au niveau politique, l'implication du réseau des parlementaires a pour but de stimuler le plaidoyer pour les droits humains et la mobilisation des ressources nationales. Les responsables des collectivités territoriales sont aussi ciblés afin d'augmenter le financement au niveau territorial. La réactivation de la coalition du secteur privé pour la lutte contre le VIH et le Sida entre dans le cadre de la mobilisation des ressources domestiques. La coalition du secteur privé intègre à la fois les entreprises du secteur privé et les prestataires privés.

¹⁴ Plan stratégique national 2018-2022.

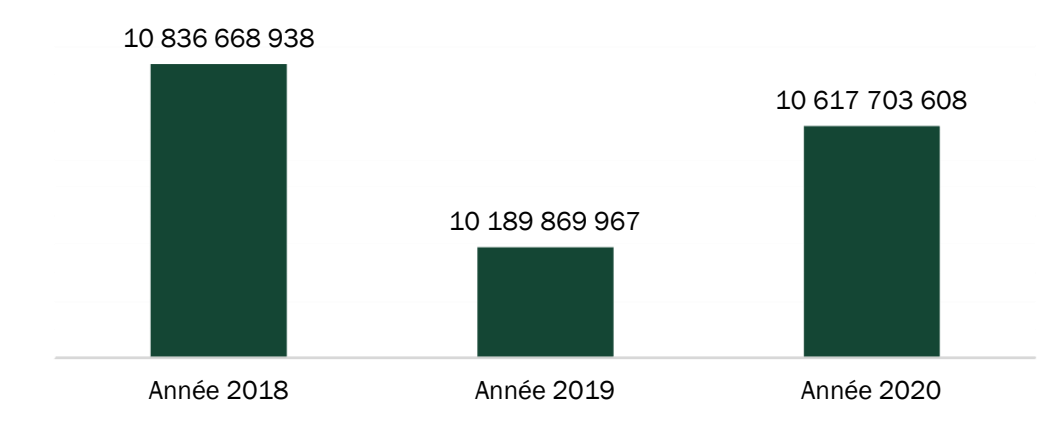
Selon les projections réalisées lors de l'étude OPTIMA, une baisse de 25% du budget entraînerait une augmentation de 55% de l'incidence du VIH et plus de 33% de mortalité liée au VIH/Sida.¹⁵

Avec le cadre d'investissement, sur la période 2018-2020, les montants à engager pour une riposte rapide et efficace s'élèvent à 31 644 242 513 FCFA. Le but du cadre d'investissement est de disposer d'un outil pour fonder et justifier l'investissement dans la lutte contre le Sida et la mobilisation de ressources pour une riposte durable.

Les principaux partenaires contributeurs en dehors du gouvernement sénégalais sont :

- Gouvernement des États-Unis/USAID
- Fonds mondial/ANCS
- UNESCO
- UNICEF
- UNFPA
- ONUSIDA
- ENDA SANTE
- Humanité et Inclusion
- Coopération Française (Expertise France/Initiative 5%/Esther, ANRS, Mairie de Paris)

Graphique 19 : Investissements prévus par année de 2018 à 2020 selon le cadre d'investissement



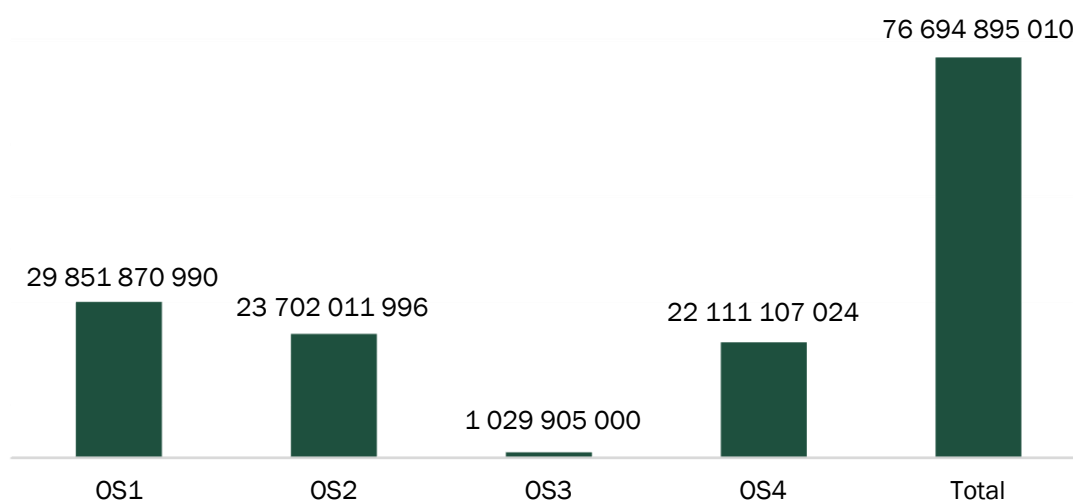
Source : Cadre d'investissement, CNLS

L'investissement prévu à partir des ressources internes et externes pour l'année 2018 est de 10 836 668 938 FCFA. Il baisse progressivement à 10 189 869 967 FCFA en 2019 et à 10 617 703 608 FCFA en 2020.

Par ailleurs, le plan stratégique couvrant la période 2018-2022 a été budgétisé à un montant total de 76 694 895 010 FCFA. Le graphique ci-dessous présente le budget par objectif stratégique.

¹⁵ Page 27, Cadre d'investissement pour une riposte durable et efficace du VIH, 2017

Graphique 20 : Estimation budgétaire prévue par objectif stratégique



Source : Plan stratégique national 2018-2022

Pour rappel, les orientations programmatiques dans le plan stratégique national sont les suivantes :

- Orientation stratégique 1 : les nouvelles infections sont réduites de 75%
- Orientation stratégique 2 : la mortalité liée au VIH est réduite de 80%
- Orientation stratégique 3 : lever les obstacles liés aux droits de l'homme et au genre
- Orientation stratégique 4 : la gouvernance de la riposte contre le Sida est renforcée.

5.7 Ecarts de financement

Les écarts de financement du cadre d'investissement sont évalués à 242 918 537 FCFA pour l'année 2018. En 2019, ils s'élèvent à 34 903 772 FCFA et passent 1 817 492 465 FCFA pour l'année 2020.

**Tableau 11 : Récapitulatif des investissements couverts et à financer
(en milliards de FCFA)**

	2018	2019	2020	TOTAL
Budget cadre d'investissement (A) FCFA	10 836 668 938	10 189 869 967	10617703609	31 428 242 514
Contribution des partenaires au cadre d'investissement 2018-2020				
Gouvernement du Sénégal	2 775 261 785	2 825 261 785	2 875 261 785	8 475 785 355
Gouvernement des USA / USAID	424 613 657	424 613 657	424 613 657	1 273 840 971
UNESCO	60 500 000	60 500 000	60 500 000	181 500 000
UNICEF	172 500 000	172 500 000	172 500 000	517 500 000
UNFPA	90 346 287	90 346 287	90 346 287	271 038 861
ONUSIDA	35 000 000	35 000 000	35 000 000	105 000 000

	2018	2019	2020	TOTAL
OIM	0	0	0	0
ENDA	390 570 848	96 075 150	74 039 175	560 685 173
Handicap International	72 745 631	44 539 480	44 539 480	161 824 591
Coopération française (Expertise France/Initiative 5%/Esther, ANRS, Mairie de Paris, imea, ADERA)	505 097 680	483 613 908	-	988 711 588
DR/Fonds mondial SNG-G-H CNLS/SNG-G-H-ANCS	4 781 553 290	4 781 553 290	4 781 553 290	14 344 659 870
Fonds Mondial/ANCS/Projet Régional (RdR)	1 073 836 876	914 820 529	-	1 988 657 405
Alliance Internationale de lutte contre le SIDA	160 197 357	174 615 119	190 330 480	525 142 956
Medicos Del Mundo	51 526 990	51 526 990	51 526 990	154 580 970
Total des contributions (B) FCFA	10 593 750 401	10 154 966 195	8 800 211 144	29 548 927 740
Besoin de financement (A-B) FCFA	242 918 537	34 903 772	1 817 492 465	2 095 314 774

Source : Rapport annuel, CNLS 2018

Sur la période 2017-2020, selon les partenaires, le besoin de financement cumulé du cadre d'investissement est estimé à 2 095 314 774 FCFA. En effet, la contribution des partenaires au cadre d'investissement sur la période 2017-2020 est de 29 548 927 740 FCFA. Ces montants tiennent compte des engagements pris par les différents bailleurs cités. Ce sont les fonds attendus par le CNLS dans le cadre d'investissement sur la période 2018-2020. Les informations indiquant le respect des engagements de chaque partenaire sur la période n'ont pu être obtenues.

Le gouvernement sénégalais, le Fonds mondial et l'USAID constituent les principales sources de financement de ce plan d'investissement de riposte. La part élevée du gouvernement montre à quel point son rôle est primordial dans l'atteinte des objectifs qu'il s'est lui-même fixé et dans l'agenda de la transition vers la pérennité.

Opportunités :

- Perspectives économiques et budgétaires positives du Sénégal (avec notamment l'augmentation du budget public avec les nouvelles découvertes pétrolières et gazières).
- Engagement du gouvernement et des partenaires pour mettre fin à l'épidémie de Sida d'ici 2030.
- Existence d'acteurs institutionnels (gouvernement, société civile) avec des capacités de gestion et d'absorption avérées.
- Existence de la coalition du secteur privé pour la lutte contre le Sida.
- Mise en place de la CMU.

Défis/Risques :

L'enjeu majeur dans la lutte contre le VIH au Sénégal est d'arriver à une inversion de la tendance des financements, en mobilisant plus de ressources domestiques pendant la transition afin d'assurer la pérennité.

Risques :

- Baisse et/ou arrêt du financement des partenaires extérieurs sans contrepartie par des ressources domestiques.
- Perte des acquis indéniables de la riposte contre le VIH pendant la transition (approche multisectorielle, contribution significative de la société civile, etc.). Le CNLS ne comptabilise pas tous les financements provenant des bailleurs par manque d'informations et d'un système de collecte exhaustif des données financières.
- Déficit d'informations et faible traçabilité du financement des collectivités locales sur le VIH.
- Projections basées sur des données (finances, programmes) parfois erronées et/ou non exhaustives.

Défis :

- Mobiliser le financement attendu du gouvernement dans le cadre d'investissement du CNLS.
- Augmentation des ressources domestiques afin de maintenir la mise à l'échelle des avancées réalisées au niveau programmatique.
- Introduire des mécanismes de financement innovants dans la riposte contre le VIH (fiscalité spéciale pour la santé, RSE, etc.).
- Accroître les apports du secteur privé (entreprises) dans le financement de la riposte VIH.

6. Conclusion

La riposte contre l'épidémie de VIH au Sénégal a été l'une des plus précoces et des plus réussies en Afrique subsaharienne. Le CNLS a pu, en l'espace de quelques décennies, mobiliser les pouvoirs publics et la société civile pour prendre à bras le corps la problématique du VIH et gagner très rapidement la confiance d'une multitude de partenaires techniques et financiers du secteur de la santé. Cet effort s'est traduit par une baisse notable de la prévalence du VIH dans la population générale.

Cependant, la période où les financements extérieurs étaient abondants n'a pas été mise à profit pour catalyser des ressources domestiques et orienter la riposte en fonction du profil épidémiologie du pays qui changeait d'année en année.

Au terme de cette évaluation, il est incontestable que le Sénégal dispose d'atouts et d'opportunités non négligeables pour enclencher et réussir la transition et la pérennité du programme VIH en apportant des réponses appropriées aux questions soulevées plus haut lors des consultations thématiques nationales qui seront organisées par le CNLS, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers.

Dans la perspective de la pérennité, et prenant en compte l'amélioration de l'environnement macro-économique au Sénégal, le programme VIH doit nécessairement affiner et cibler sa réponse programmatique en capitalisant sur les acquis et la recherche d'impact, garantir une allocation et une utilisation optimales des ressources qui seront mobilisées et adapter le cadre de gouvernance, de régulation et de suivi-évaluation.

Bibliographie

- Aceso Global. 2017. *Guidance for analysis of country readiness for global fund transition*.
- ANSD. 2019. *Rapport sur la situation économique et sociale en 2016*. Chapitre 5, Santé.
- ANSD. 2018. *Rapport sur la situation économique et sociale en 2015*. Chapitre 5, Santé.
- Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/Banque mondiale. 2016. *Investissements pour une riposte durable et efficace au VIH constats d'une étude de l'efficacité allocative de la riposte au VIH* (p. 88).
- Banque mondiale. 2017. *Rapport d'analyse – Revue des dépenses de protection sociale de 2010 à 2015 au Sénégal* (p. 102).
- Brunner, B., J. Barnes, A. Carmona, A. Kpangon, P. Riley, E. Mohebbi et L. Miles. 2016. *Évaluation du secteur privé de la santé au Sénégal à travers quelques exemples d'offres de produits et de prestations de services*. Bethesda, MD : Project Strengthening Health Outcomes through the Private Sector, Abt Associates Inc.
- Conseil National de Lutte contre le Sida. 2017. *Plan Stratégique National de Lutte Contre Le Sida 2018-2022* (p. 82).
- Conseil National de Lutte contre le Sida. 2017. *Rapport annuel 2016* (p. 52).
- Conseil National de Lutte contre le Sida. 2018. *Plan de rattrapage pour l'accélération de l'atteinte des 90-90-90 au Sénégal*.
- Conseil National de Lutte contre le Sida. 2017. *Évaluation de la chaîne d'approvisionnement des intrants VIH au Sénégal dans le cadre de la proposition de reconduction du nfm2 2018-2020 : constats et recommandations*.
- Conseil National de Lutte contre le Sida. Financement 2014-2018, Fichier Excel.
- Conseil National de Lutte contre le Sida. 2017. *Cadre d'investissements pour une riposte durable et efficace contre le VIH au Sénégal* (p. 33).
- Conseil National de Lutte contre le Sida. *Plan stratégique national de lutte contre le sida 2018-2022*.
- Cour des comptes du Sénégal. 2014. *Rapport public*.
- Cour des comptes du Sénégal. 2017. *Rapport sur l'exécution des lois de finances gestion 2016*.
- Diop, I.L., I.D. Touré, M. Koita, M. Diop, M. El-Khoury. 2018. *Cartographie du Secteur Privé de la Santé au Sénégal 2016-2017*. Dakar, Sénégal : Sustaining Health Outcomes through the Private Sector Plus Project. Abt Associates Inc.
- Enquête démographique et de santé continue (EDS-continue). 2017. Sénégal.
- Enquête nationale sur les Institutions de Prévoyance-Maladie (ENIPM). 2015. Dakar, MTDSOPRI, ANSD (2016).

Fonds mondial. *Gros plan sur la pérennité, la transition et le co-financement*.

Fonds Monétaire International. 2018. *Rapport pays 18/211 Sénégal, sixième revue de l'accord au titre de l'instrument de soutien à la politique économique* (p. 67).

Grand-duché de Luxembourg, *Carte sanitaire – mise à jour 2017* (document principal).

HIV Leadership through Accountability Programme: GNP+; RNP+ Senegal. 2012. *PLHIV Stigma Index: Senegal Country Assessment* (p. 82).

John Rusine. *Rapport d'évaluation du dispositif de diagnostic et de suivi du VIH à inscrire dans la proposition de la reconduction du NFM VIH 2018-2020*. Dakar, Sénégal.

Ministère de l'Économie et des Finances du Sénégal. 2013. *Projet de loi de finances 2014* (p. 43).

Ministère de l'Économie et des Finances du Sénégal. 2013. *Projet de loi rectificative de finances 2013* (p. 66).

Ministère de l'Économie et des Finances du Sénégal. 2018. *Projet de loi de finances 2019* (p. 111).

Ministère de l'Économie et des Finances du Sénégal. Octobre 2017. *Situation économique et financière en 2017 et perspectives en 2018*. (Rapport disponible sur le site de la DPEE : www.dpee.sn).

Ministère de la Santé et de l'Action sociale. 2015. *Document de programmation pluriannuelle des dépenses DPPD SANTE 2016-2018* (p. 41).

Ministère de la Santé et de l'Action sociale. 2017. *Rapport annuel de performance*.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 2017. *Stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle* (p. 32).

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 2017. *Compte de la santé 2013* (p. 45).

Ministère de la santé et de l'Action sociale. *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal, 2013-2017*.

Ministère de la Santé et de l'Action sociale. *Programme d'investissements sectoriels 2017-2021*.

MSAS. 2010. *Plan National de Développement des Ressources Humaines en santé (PNDRHS)*.

Tableau de bord et Indice et de Pérennité (TIP) des programmes de lutte contre le VIH/SIDA du Guide de PEPFAR.

United States Agency for International Development, FHI 360, and International Center for Not-for-Profit Law (ICNL). 2018. *2017 Civil Society Organization Sustainability Index for Sub-Saharan Africa, 9th Edition* (p. 186-194).

Annexe 1. Tableau sur l'Indice de Pérennité – Programme VIH - Sénégal

Analyse de durabilité de la lutte contre l'épidémie : SENEGAL

Type d'épidémie (choisir à partir du menu)	Concentree			
Niveau de revenu (choisir à partir du menu)	Faible revenu			
Estimation du financement 2017 du Fonds mondial:	N/D			
	An 2019	An 2021	An 2023	An 2025
Gouvernance, leadership et responsabilité				
1. Accès du public aux informations	6.00			
2. Implication de la société civile	7.19			
3. Implication du secteur privé	3.73			
4. Politiques et gouvernance	7.82			
5. Planification et coordination	8.75			
Systèmes de santé national et fourniture de services				
6. Fourniture de services	5.83			
7. Ressources humaines affectées aux services santé	4.00			
8. Sécurité des produits de base et chaîne d'approvisionnement	4.53			
9. Gestion de la qualité	3.33			
10. Laboratoire	5.26			
Investissements stratégiques, efficience et financement durable				
11. Mobilisation des ressources nationales	7.81			
12. Allocation efficiente des ressources et efficacité technique	8.11			
Informations stratégiques				
13. Données démographiques et de santé	6.24			
14. Données financières/des dépenses	7.81			
15. Données de performances	6.75			

Annexe 2. Comité de Pilotage Pérennité CNLS

1. Dr Adjariatou Ndiaye, Primature
2. Pr Doudou BA, Président CCM/CCM
3. Dr Abdoulaye Ciré Anne, Secrétaire permanent /CCM
4. Dr Safiatou THIAM, Secrétaire Exécutive/CNLS
5. Mme Magatte MBODJ, Secrétaire Exécutive ANCS
6. Aissatou Clémence HABI, ONUSIDA
7. Mr Demba Koné, ONUSIDA
8. Mme Ramatoulaye DIOUM, USAID
9. Dr NDella Diakhaté, OMS
10. Daouda Diouf, ENDA SANTE
11. Mr Jean Pierre Lamarque, Coopération Française
12. Mr Ousseynou Diop, DAGE/MSAS
13. Mme Mayé Diouf, DCEF/Ministère des Finances
14. Dr Marie Khémessse Ngom Ndiaye, DGS/MSAS
15. Dr Amadou Doucouré, DLM/MSAS
16. Pr C.T. Ndour, DLSI/MSAS
17. DR Youssoupha Ndiaye, DPRS/ MSAS
18. Dr Marie Sarr DIOUF, PNT
19. Dr Henriette Cecile Ndiaye, Division Médecine Privée/MSAS
20. Boubacar Basse, Ministère en charge du travail
21. Mr Diamyl Bangoura, RENAPOC
22. Diadji Diouf, Aides
23. Mr Ciré Lô, Président RNP+
24. Dr Annette SECK NDIAYE, PNA
25. M. Ibrahima KEITA, COSSEN
26. Dr Bocar DAFF, CMU/MSAS

Annexe 3. Documents de référence pour le financement de la santé

Le Sénégal dispose de politiques, de documents et d'outils de référence en ce qui concerne le financement du secteur de la santé, y compris le volet VIH. Les principaux plans budgétisés sont :

- **Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) :** Le PNDS est l'instrument stratégique national et l'outil d'opérationnalisation de la politique nationale de santé et de l'action sociale. Il comporte un budget détaillé qui intègre le volet VIH/ Sida.
- **La Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) :** La stratégie nationale de financement de la santé publique propose des mécanismes de financement innovants permettant de mobiliser des ressources additionnelles. Des mécanismes, tels que les taxes sur les transactions financières, les taxes sur le transport aérien ou la téléphonie mobile, les partenariats public-privé (PPP) ou la reconversion de la dette permettant de lever des fonds de manière régulière, durable et équitable. Ces ressources pourraient être utilisées pour compléter les revenus traditionnels de l'État. La stratégie prend en compte le VIH/Sida.
- **Le Document de programmation pluriannuel de dépenses (DPPD)** qui est un outil de planification et de définition des objectifs programmatiques du Ministère de la Santé et de l'Action sociale vise à améliorer la hiérarchisation des dépenses en liant les politiques sectorielles au budget à moyen terme. Au Sénégal, les DPPD donnent aussi des coûts basés sur les activités et sont liés aux indicateurs de performance énoncés dans le PSE.
- **Le Plan stratégique national de lutte contre le Sida (PSN)** 2018- 2022 avait estimé les ressources financières nécessaires pour l'atteinte des résultats à 76 694 895 010 FCFA. Le Fonds Mondial reste le principal partenaire financier du CNLS, avec 10 965 033 millions de dollars versés en 2015, soit 55% de l'ensemble des financements extérieurs et 42% de la dépense. Le Fonds mondial est suivi des différents partenaires bilatéraux, principalement du Gouvernement des États-Unis (USAID) qui a contribué à hauteur de 39% de la dépense totale et de l'État du Sénégal.
- **Le Cadre d'investissement** du CNLS sur la période 2018-2020 qui est un outil de plaidoyer pour investir dans la riposte nationale et qui est basé sur une modélisation des gains potentiels des investissements sur la situation de l'épidémie. Il est doté d'un budget global de 31 644 242 514 FCFA. Le gouvernement du Sénégal, l'USAID, la coopération française et le Fonds Mondial sont les principaux partenaires contributeurs de 2018 à 2020. La répartition des besoins par année figure dans le volet lié aux besoins estimés.

Contactez nous:

Health Policy Plus
Palladium
1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
Washington, DC 20004

Téléphone: (202) 775-9680
Télécopieur: (202) 775-9694
Adresse électronique: policyinfo@thepalladiumgroup.com
www.healthpolicyplus.com

