

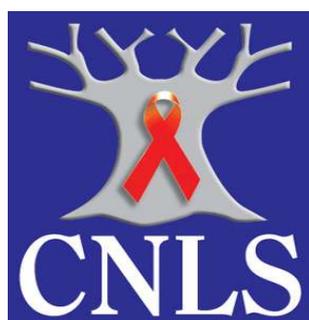
REPUBLIQUE DU SENEGAL



Primaire

Conseil National de Lutte contre le Sida

PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



Conseil National de Lutte Contre le Sida

Plan Stratégique

DE LUTTE CONTRE LE SIDA

2011 - 2015

Edition



20XX

PREFACE

RESUME

A analyse

S — de la — ituation

1

.1

CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

.2

CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

.3

ORGANISATION ADMINISTRATIVE

.4

CONTEXTE SANITAIRE

.5

LES FACTEURS DE VULNERABILITE

ET LES POPULATIONS VULNERABLES

La République du Sénégal est située dans la partie la plus occidentale du continent Africain dans la zone soudano sahélienne comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. D'une superficie de 196 722 km², il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau et, à l'Ouest, il est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes. Sa pointe Ouest est la plus Occidentale de toute L'Afrique Continentale .La Gambie qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et Kolda au Sud.

1.1. Contexte démographique :

En 2010, la population du Sénégal est estimée à 12 179 368 habitants, soit une densité moyenne de 62 habitants au km². Cette moyenne cache une répartition extrêmement inégale avec une opposition entre le sous peuplement de l'Est et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre.

La région de Dakar abrite 22,5 % de la population totale avec une densité de population de 4 643 habitants au km² en 2010 contre une moyenne nationale de 62 habitants au km² alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda y compris Kédougou et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au Km² sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 30,4 % et 14,8 % de territoire national. Il faut également souligner la particularité des villes de Guédiawaye et de Pikine dans la région de Dakar et celle de Touba dans la région de Diourbel qui sont plus peuplées que certaines régions .cette situation est caractéristique de la forte tendance à l'urbanisation du fait de l'exode rurale qui est à l'origine de la multiplication des bidonvilles.

Selon les âges et sexes, la population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse .En 2005 les moins de 20 ans représentaient 54%, les moins de 25 ans près de 64% et les plus de 65 ans 4%. Les femmes représentent 52% de la population globale

La population urbaine (résidant dans les communes) représente 41,5% de la population globale (DPS 2005), plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique Sub-Saharienne.

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

Les principaux groupes ethniques sont : les wolofs (43%), les pulhars (24%), les sérères (15%), les diolas (5%) et les mandingues (4%). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%). On y trouve 4% de chrétiens et les autres religions représentent 2%.

Selon le DSRP II, seuls 37,8% des adultes (15 ans et plus) ont la capacité de lire et écrire dans une langue quelconque. La population rurale sénégalaise reste à majorité analphabète, en effet moins d'une personne résidant en milieu rural sur quatre est alphabétisée. En outre, l'analphabétisme est beaucoup plus marqué chez les femmes (28,2% d'alphabétisées) que chez les hommes (49,1% d'alphabétisés)

Le Taux Brut de Scolarisation dans l'enseignement élémentaire 82, 6 % et de 31, 9 % dans l'enseignement Moyen Secondaire général en 2005

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55,7 ans (HDR UNDP 2005) et un PIB en valeur nominale de 3 874 milliards de FCFA en 2004 (prix constants de 1999).

1.2. Contexte socio économique

Depuis 2001, des politiques sectorielles vigoureuses, tels que la fourniture de services sociaux (éducation, santé, accès à l'eau potable, assainissement, etc.), le programme de réforme des finances publiques, la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA), la Grande Offensive Agricole pour la Nourriture et l'Abondance (GOANA), etc. sont progressivement mises en place en vue de relever significativement les performances socio-économiques et placer le pays sur un sentier de développement humain durable. Il importe de noter, à cet effet, une politique d'amélioration de la gestion des finances publiques grâce à une affectation stratégique des ressources et une transparence dans l'exécution des dépenses publiques et une effectivité des contrôles interne et externe.

C'est ainsi que d'importants résultats au plan économique et financier ont été enregistrés au cours de ces dernières années de 2000 à 2006. En effet, la croissance économique réelle s'est située en moyenne autour de 5% par an dans un contexte de maîtrise de l'inflation et des autres fondamentaux de l'économie. L'inflation moyenne annuelle sur la période 2000-2006 s'est située à 2%, inférieure à celle des partenaires de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), grâce notamment à une politique budgétaire et monétaire vertueuse et à un approvisionnement adéquat des marchés.

La gestion budgétaire a été caractérisée par un bon niveau de recouvrement des recettes fiscales et une gestion prudente des dépenses budgétaires. En effet, les recettes fiscales ont progressé de 9% en moyenne annuelle sur la période, ce qui s'est traduit par une hausse continue de la pression fiscale passant de 16,1% en 2000 à plus de 19 % en 2006, nonobstant la baisse du taux d'imposition des sociétés.

Les dépenses budgétaires ont, quant à elles, évolué en ligne avec les priorités déclinées dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, avec notamment un accent dans les secteurs sociaux de base (éducation et santé) et les secteurs productifs. En effet, les secteurs de l'éducation et de la santé absorbent depuis 2004 plus de 50% du budget de fonctionnement. Ces résultats sont le fruit d'importantes réformes destinées à améliorer l'environnement du secteur privé, la gouvernance économique et financière, les infrastructures de soutien à la croissance, etc. Cette situation a contribué à l'amélioration des conditions de vie des ménages. On constate, pour la période 2003-2005, une baisse de l'incidence de la pauvreté plus marquée en zone urbaine. En effet, la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 48,5 % en 2002 à 42,6% en 2005 (Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal, ESPS 2005-2006, août 2007).

Malgré ces résultats, l'économie reste vulnérable aux chocs exogènes. C'est ainsi que depuis 2006, l'économie a fait face tour à tour: (i) au déficit pluviométrique qui nous a valu des contre performances du sous secteur agricole en deux années successives, (ii) à la hausse des prix du pétrole et des produits alimentaires et (iii) aux effets de la crise financière internationale survenue en 2008. Avec les deux premiers chocs, le taux de croissance réelle de l'économie est retombé à moins de 4% en moyenne depuis 2006. L'inflation a également pris de l'ampleur (5% en moyenne). Quant à la situation des finances publiques, elle s'est caractérisée par un creusement du déficit public qui tourne autour de 5% du PIB. Ce qui pourrait mettre en péril les équilibres macro-économiques. Dans ce contexte, le Gouvernement a été en effet conduit à recourir à de nouvelles subventions pour faire face à une forte demande sociale, notamment pour atténuer l'impact de la hausse des prix internationaux de pétrole et d'aliments sur les prix domestiques. La crise financière internationale pourrait encore affecter négativement les prévisions optimistes de croissance économique et exercer une pression supplémentaire sur la situation budgétaire du Sénégal sur les moyens et long termes et

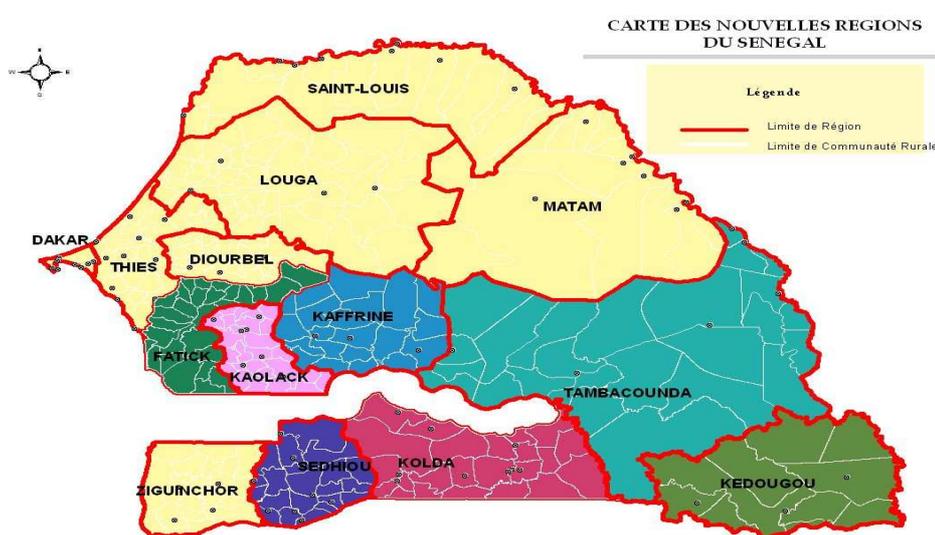
compromettre, ainsi, l'objectif de réduction de la pauvreté de moitié en 2015. Il faut rappeler que la part du budget de l'Etat alloué à la santé se situe actuellement à 10% et devrait atteindre 15% conformément aux engagements pris par les Chefs d'Etats africains à Abuja en 2000.

Toutefois, les performances enregistrées, même en l'absence de chocs exogènes, restent insuffisantes pour atteindre les OMD.

1.3. Organisation administrative, (Graphique 1),

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

Avec l'adoption de la loi 96-2006 du 22 Mars 1996 portant Code des Collectivités locales, le Sénégal compte trois ordres de collectivités locales (les régions, communes et les communautés rurales).



1.4 Contexte Sanitaire

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

- l'échelon périphérique correspond au district sanitaire ; Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de département. Chaque district ou zone opérationnelle est gérée par un médecin-chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers ; ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales). En 2010, le Sénégal compte 25 hôpitaux, 75 districts sanitaires polarisant 78 Centres de Santé dont 23 offrent des Soins Obstétricaux d'Urgence complets (SONUC), 1 195 postes de santé, 2270 cases de santé et 476 maternités rurales.
- l'échelon régional qui correspond à la région médicale comprend 14 régions médicales. C'est la structure de coordination du niveau régional ou intermédiaire et elle correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de

l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale. Au niveau de chaque région, la référence régionale est représentée par un hôpital ou établissement public de santé (EPS) de niveau 2. Le Ministère de la Santé a initié la signature de «contrats de performance» avec les médecins-chefs de région dans lesquels les indicateurs liés au VIH/sida, le paludisme et la tuberculose occupent une place prépondérante.

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

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

L'hôpital régional offre des soins tertiaires et constitue la référence pour les districts. Il dispose de services de médecine, de gynéco obstétrique et de pédiatrie pouvant prendre en charge les cas de maladie liée au sida. Au niveau régional, la prise en charge des patients se fait au niveau de l'hôpital Régional. Toutes les régions (hôpital de régions) sont opérationnelles pour la prise en charge des PVVIH par les ARV.

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

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

D'autres ministères assurent la tutelle de formations sanitaires publiques :

- le Ministère des Forces Armées : l'Hôpital Principal de Dakar, l'Hôpital Militaire de Ouakam et les infirmeries de garnison
- Les départements chargés de l'Education : les inspections médicales des écoles et les infirmeries des collèges, lycées et universités
- Le Ministère de l'Intérieur : les infirmeries de la police, des sapeurs pompiers
- Le Ministère de la Justice : les infirmeries de l'administration pénitentiaire
- Le Ministère de l'Economie et des Finances : les infirmeries des douanes
- Le Ministère en charge du Travail : les centres de l'IPRES et les services de santé des entreprises
- Le Ministère en charge de la Jeunesse : les centres pour la promotion de la santé des adolescents
- Le Ministère en charge de l'Environnement : les infirmeries de parcs nationaux

Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Ce secteur privé dispose : d'un hôpital, 32 cliniques, 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises, 843 officines de

pharmacie, 4 Grossistes répartiteurs ,3 Industries pharmaceutiques 12 laboratoires privés d'analyses médicales dont 10 à Dakar et 10 Services d'Imagerie.

L'Institut Pasteur de Dakar devenu Fondation de droit sénégalais en décembre 2008 et qui fabrique le vaccin anti-amaril. A cela s'ajoute l'offre de santé des ONG et des Associations..

RESSOURCES HUMAINES

Le développement des ressources humaines du plan national de formation du personnel de santé. Ce plan a été renforcé en 2002 par l'ouverture des Centres Régionaux de Formation, la création en 2003 de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation. Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couverture en personnel montrent qu'on est encore très loin des normes déjà proposées dans le PNDS 1998-2007.

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	NORMES OMS	NORMES PNDS 1998-2007	COUVERTURE ATTEINTE EN 2007
Médecins	1 pour 10000 habitants	Définies selon les types de structures	1 pour 11000 habitants (y compris le secteur privé)
Infirmiers	1 pour 300 habitants	1 pour 5000 habitants	1 pour 4200 habitants
Sages Femmes d'Etat	1 pour 300 FAR	1 pour 1500 à 2000 FAR	1 pour 4000 habitants

Cette situation découle essentiellement de trois facteurs : (i) l'insuffisance des effectifs admis au niveau des structures de formation notamment dans les Universités ; (ii) la non maîtrise du processus de recrutement dans la fonction publique qui est de la compétence du ministère en charge qui, en définitive, décide du calendrier et de la nature du personnel à recruter ; (iii) l'insuffisance des mesures incitatives pour fidéliser le personnel et réussir une meilleure répartition géographique.

Le déficit en personnel est surtout important au niveau des zones difficiles et éloignées de Dakar. Une des causes est l'instabilité du personnel du fait d'un manque de motivation et d'un cadre de vie adéquat. Il s'y ajoute l'absence d'un plan de relève. Des initiatives ont été prises pour améliorer la couverture en personnel dans ces zones (indemnités d'éloignement, contractualisation des postes dans les structures situées en zones difficiles). Toutefois, elles sont restées au stade expérimental et méritent, par conséquent, d'être poursuivies et renforcées.

Un effort a été fait avec l'étude sur le développement des ressources humaines de 2005 dont les recommandations tardent, toutefois, à être mises en œuvre. Le premier plan de formation qui a été élaboré dans le cadre du PNDS 1998-2007 est arrivé à terme sans que la réflexion ne soit entamée pour un nouveau plan de formation. Deux outils, en plus du plan de développement des ressources humaines, devraient être systématisés : (i) le plan de formation et (ii) la gestion informatisée du personnel.

Médicaments et produits médicochirurgicaux

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 1998-2007, des réformes du secteur pharmaceutique ont été entreprises pour assurer l'accès de tous aux médicaments essentiels de qualité et à moindre coût. L'évaluation récente du système mis en place a révélé, entre autres, une faiblesse dans la disponibilité des

médicaments avec des problèmes d'accessibilité pour les populations vulnérables ou démunies et sans couverture sociale.

Au cours du PNDS 1998-2007, des mesures ont été prises : l'érection de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) en EPS, le renforcement du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM), la formation de pharmaciens inspecteurs, l'homologation des prix des médicaments et produits médico-chirurgicaux, l'introduction de médicaments traditionnels améliorés (MTA), la lutte contre le marché illicite des médicaments et l'élaboration d'une politique nationale pharmaceutique.

1 5 SITUATION DE L'EPIDEMIE VIH/SIDA AU SENEGAL

Elle est basée sur une analyse des prévalences du VIH

L'analyse de la prévalence à travers différentes sources montre une épidémie de type concentré. Elle est basse dans la population générale et élevée chez les populations clés les plus exposées au risque du VIH comme les PS (19,8 %/ENSC 2006) et les MSM (21,8 %/ELIHoS 2007).

Les sources essentielles pour l'appréciation de cette prévalence sont :

- L'EDS pour la population générale : l'enquête démographique de santé (EDV5) est prévue pour la fin de l'année 2010 avec des résultats attendus en 2011. Ainsi, les données de l'EDS4 réalisée en 2005 seront toujours utilisées pour décrire la situation
- la surveillance sentinelle qui est passée d'une fréquence annuelle à biannuelle
- les données de routine concernant les taux de séropositivités des femmes enceintes dans la PTME de la population générale dans le CDV ,des professionnelles du sexe officielles dans les centres IST etc sont aussi des sources de validation pour l'information stratégique concernant les prévalences autant pour la population générale que pour les cibles spécifiques .
- L'ENSC : la deuxième ENSC a été réalisée en 2010 après celle de 2006. Les cibles sont les Professionnelles du sexe (**PSO et PSC**) ,les militaires et gendarmes, **les policiers, les pêcheurs, les camionneurs, les détenus, les orpailleurs**(femmes et des hommes âgés de 15 ans ou plus et qui s'activent dans les travaux d'extraction d'or autour des mines artisanales ou industrielles), **les jeunes du milieu scolaire** (élèves des lycées et collèges d'enseignement âgés de 15 à 24 ans), **les vendeuses ambulantes** (femmes vendeuses ambulantes âgées de 15 à 49 qui s'activent dans le secteur informel au niveau des gares routières, le long des routes, lors des manifestations sportives et socioculturelles)
- l'enquête spéciale comportementale et biologique chez les MSM : la deuxième spéciale ELIHoS a été réalisée en 2007

La prévalence du VIH au Sénégal varie en fonction de la cible, du sexe, de l'âge et des régions.

LA PRÉVALENCE DU VIH EST

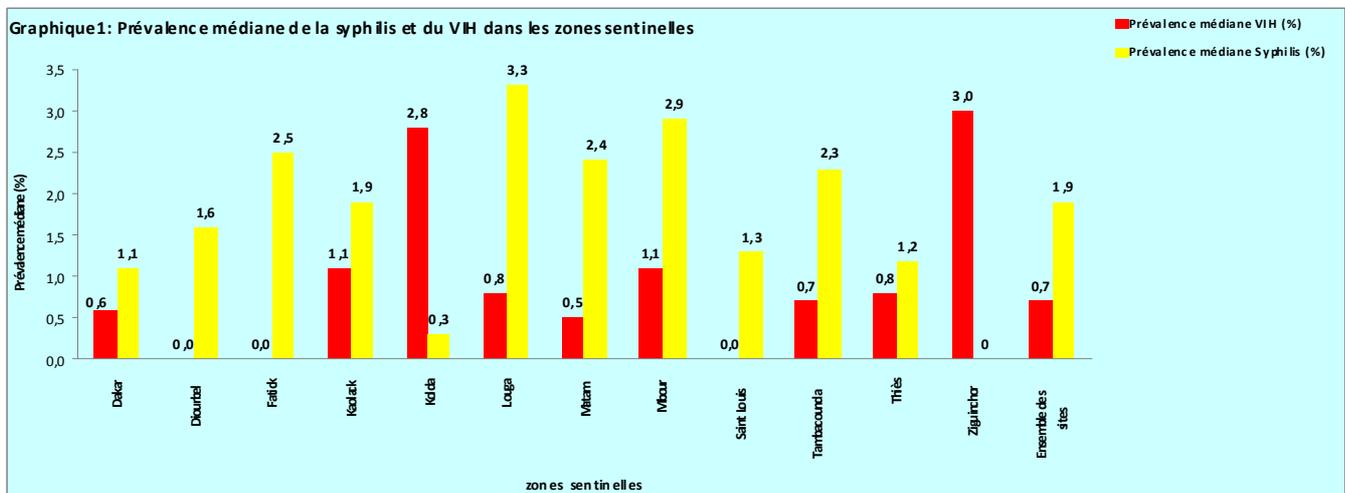


1.5.1 PREVALENCE AU NIVEAU DE LA POPULATION GENERALE

La prévalence globale de l'infection à VIH (tous sexes confondus) est de 0,7% (EDS4, 2005).

Chez les femmes enceintes, cette prévalence a évolué de 1,3% (SS/BE N°13/ 2006) à 0,7% (SS/2010). Les résultats annuels du dépistage des femmes enceintes dans la PTME ont montré des taux de séropositivité de 0,71% en 2008 et 0,73% en 2009. Ces résultats, collectés à partir des sites de consultation prénatale de presque tout le pays conforte la prévalence faible et stable dans la population générale.

POP GLE RESULTATS DE LA SURVEILLANCE SENTINELLE:



Disparités régionales : Source EDSIV

N°		FEMMES		HOMMES		TOTAL
		Filles 15 à 24 ans	TOTAL FEMME	Garçons 15 à 24 ans	TOTAL HOMME	
1	DAKAR	0,3	0,8	0	0,5	0,6

2	DIOURBEL	0	0,1	0	0	0,1
3	FATICK	1,2	0,9	0	0,9	0,9
4	KAOLACK	0,4	1	0	0,2	0,7
5	KOLDA	2,3	2,8	0	1,1	2
6	LOUGA	0,5	0,7	0	0	0,5
7	MATAM	0	0,5	0	0,8	0,6
8	ST LOUIS	0	0,7	0	0	0,4
9	TAMBA	0	0,3	1,2	0,5	0,4
10	THIES	0,4	0,4	0	0,3	0,4
11	ZIGUINCH OR	0,6	3,4	0	0,8	2,2
	TOTAL	0,4	0,9	0,1	0,4	0,70%

Variations régionales : Source EDSIV

En ce qui concerne la séroprévalence par milieu de résidence, il n'y a pas de différence significative entre le milieu urbain (0,7%) et le milieu rural (0,7%). Cependant cette faiblesse de la prévalence cache quelques disparités régionales. Ainsi, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, des prévalences plus fortes sont observées dans les régions du sud : à Ziguinchor (3,4% pour les femmes et 0,8% pour les hommes) et à Kolda (2,7% pour les femmes et 1,1% pour les hommes). A l'inverse, on observe des taux plus faibles au niveau des régions du centre : Diourbel (0,1% pour les femmes et 0,0% pour les hommes) et Thiès (0,4% pour les femmes et 0,3% pour les hommes) [EDS IV, 2005].

« Remarque : les données de la surveillance sentinelle et le taux de séropositivité des femmes enceintes dans le cadre de la PTME confirment les tendances régionales »

Prévalences selon les tranches d'âge : Source EDSIV

Tranches d'âge	Femmes	Hommes	Total	Effectifs
15-19 ans	0,2	0	0,1	1993
20-24 ans	0,8	0,2	0,5	1423
25-29 ans	1,5	0	0,9	1199
30-34 ans	0,9	1,2	1	948
35-39 ans	0,6	0,8	0,7	736
40-44 ans	1,7	1,6	1,7	662
45-49 ans	1,8	0,6	1,3	542
50-54 ans	NA	0,3	0,3	193
55-59 ans	NA	0,3	0,3	127
Ens 15-49 ans	0,9	0,4	0,7	7823

Variations selon l'âge :

Les prévalences les plus élevées sont notées entre 40-49 ans. Chez les femmes, c'est à partir de 25 ans que la prévalence atteint des taux élevés (1,5%)

Chez les jeunes et sur le plan comportemental, les résultats de l'EDS 4 de 2005 montre que 10% des jeunes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et 19% des jeunes filles ont commencé leur vie féconde entre 15 et 19 ans. Seuls 22,7% des jeunes entre 15 et 24 ans ont des connaissances correctes sur la prévention du VIH .Entre 7% (15-19 ans) et 11% (20-24 ans) pratiquent le multi partenariat sexuel et seulement 52% ont déclaré avoir utilisé le préservatif au cours du rapport sexuel à haut risque.

Féminisation de l'épidémie :

Au début de l'épidémie, on notait un ratio de 2 hommes infectés pour 1 femme et l'EDSIV/2005 a donné un ratio Femme /Homme de 2,25 [EDS IV, 2005] avec une prévalence de 0,9% chez les femmes contre 0,4% chez les hommes, ce qui témoigne d'une féminisation de l'épidémie. Celle ci est due à une vulnérabilité particulière des femmes qui est essentiellement de quatre ordres : la vulnérabilité socioculturelle liée à la sexospécificité et à l'analphabétisme, la vulnérabilité anatomique et physiologique, la vulnérabilité épidémiologique et la vulnérabilité économique.

I.5.2 SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE AU NIVEAU DES POPULATIONS PASSERELLES :

CIBLES ET INDICATEURS	RESULTATS ENSC /2006	RESULTATS ENSC /2010	OBSERVATIONS
III.2.1 ROUTIERS			
Prévalence HIV chez les Routiers	1.4 %	0,6 %	
Pourcentage de routiers qui rapportent avoir utilisé un préservatif avec un partenaire non régulier dans les 12 derniers mois	58,80%	74,8%	
III.2.2 PECHEURS			
Prévalence HIV	1%	0,8%	
Pourcentage de pêcheurs qui rapportent avoir utilisé un préservatif avec un partenaire non régulier dans les 12 derniers mois	69,60%	73%	
III.2.3 HOMMES EN UNIFORME			
Prévalence HIV	0,7% Militaires et 0,6 % Policiers	0,2%(Policiers)	
Pourcentage d'hommes en uniforme (militaires) âgés de 15 à 49 ans qui rapportent avoir utilisé un préservatif avec un partenaire non régulier dans les 12 derniers mois	57,10%		
		82,80%	En 2006, les policiers avaient le même taux d'utilisation du préservatif que les militaires (80%).
III.2.4 ORPAILLEURS/KEDOUGOU			
Prévalence HIV	ND	1,3%	

III.2.5 DETENUS			
Prévalence HIV	ND	1,5%	

I.5.3 Situation épidémiologique au niveau des populations clés les plus exposées (professionnelles du sexe, MSM, usagers drogues)

PROFESSIONNELLES DU SEXE :

N°	INDICATEURS	PREVALENCE HIV CHEZ LES PROFESSIONNELLES DU SEXE		OBJECTIFS EN 2011
		ENSC 20006	ENSC 2010	
1.	PREVALENCE HIV	19,80%	18,50%	≤ 20 %
2.	PREVALENCE DES IST			
	<i>Trichomonase</i>	6,10%	ND	<5%
	<i>Syphilis</i>	11,26%	3,40%	<10 %
3.	% de PS suivies qui déclarent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport avec client payant	Anciens clients : 96,50 % (90,5%)*	93,50%	Anciens clients : ≥ 95 %
		Nouveaux clients : 99,80 % (96,7%)*	95,70%	Nouveaux clients : ≥ 95 %
	Total	(93,5%)*	94,50%	
PERSPECTIVE : ENSC/2014				
* Données de 2006 corrigées en 2010				

Chez les travailleuses du sexe :

La prévalence du VIH chez les Professionnelles du sexe est de 18,5% (ENSC, 2010). La méthodologie de cette étude n'a pas permis une **répartition de la prévalence par région** qui d'ailleurs n'a qu'une signification mineure dans un contexte de mobilité extrême des PS.

Cette prévalence augmenterait avec l'âge, ainsi l'enquête de Surveillance de Seconde Génération (SSG) chez les Professionnelles du Sexe et leurs partenaires sexuels masculins réalisée par le Projet SIDA 3 (CCISD/sida 3, 2005) fait état d'une prévalence de 10,1% dans la tranche d'âge des moins de 30 ans contre 31,3 % entre 30 et 39 ans et 37,7 % chez les 40 ans et plus.

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

N°	INDICATEURS	RESULTATS PREVALENCE HIV		OBJECTIFS EN 2011
		<i>ETUDE HELIOS/2004</i>	<i>ETUDE HELIOS/2007</i>	
1.	PREVALENCE HIV	21,50%	21,80%	≤ 25%
2.	PREVALENCE DES IST			
	HSV2	23,30%	20,60%	
	<i>Syphilis</i>	5,00%	3,40%	
	<i>Gonocoques</i>	5,50%	2,60%	
	<i>Chlamydia</i>	4,00%	3,20%	
3.	% d'HSH déclarant ayant utilisé systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels pénétrants avec un partenaire sexuel masculin au cours du dernier mois	55,30%	75%	80%

Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes :

Après une première étude chez les MSM en 2004, une seconde enquête a été menée en 2007 pour évaluer l'impact des actions de sensibilisation sur la prise de risque par rapport au VIH et mesurer les évolutions des prévalences du VIH et des IST mais aussi des comportements.

La prévalence du VIH parmi les MSM est demeurée stable depuis 2004 : 21,5% en 2004 et 21,8% en 2007.

Cette prévalence est toujours **plus importante chez les MSM qui ont plus de 25 ans avec 34,4% que chez les moins de 25 ans avec 12,7% (ELIHoS, 2007).**

Les comportements à risque ont significativement diminué :

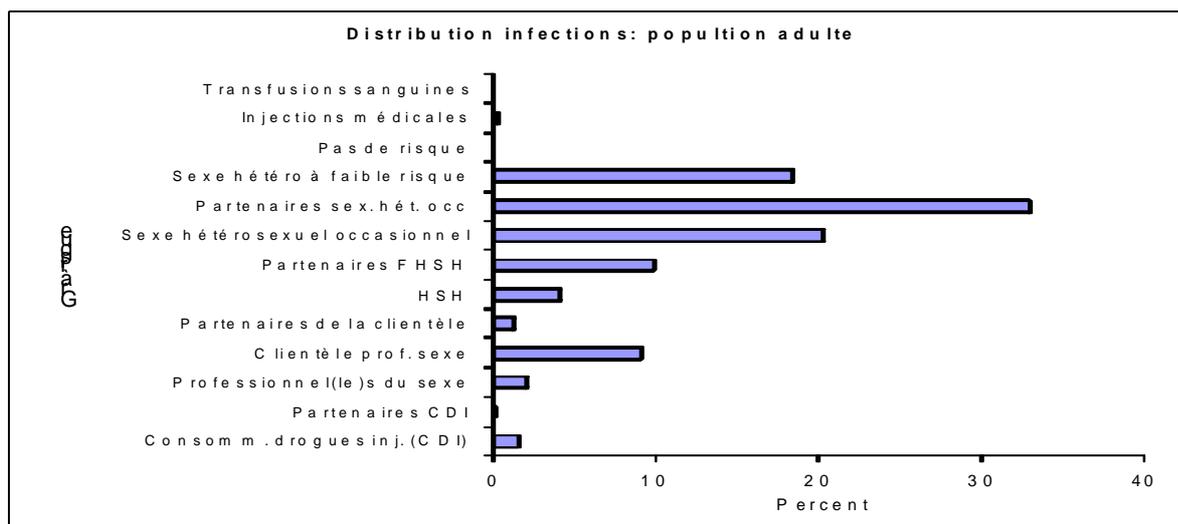
- la proportion d'hommes qui ont eu au moins un rapport insertif non protégé avec un homme au cours du mois précédant l'enquête est passée de 24% en 2004 à 9% en 2007 ($p < 0.01$),
- la proportion d'hommes qui ont eu au moins un rapport réceptif non protégé est passée de 20% en 2004 à 10% en 2007 ($p < 0.01$), et
- la proportion d'hommes qui ont eu au moins un rapport non protégé avec une femme est passée de 18% à 12% ($p < 0.01$).
- Chez les plus jeunes, le multipartenariat a fortement diminué : 19,5% des moins de 20 ans avaient déclaré en 2004 avoir eu plus de 20 partenaires sexuels au cours de leur vie, contre 4,1% dans cette classe d'âge en 2007.

Cette étude a montré que les interventions de prévention menées auprès des MSM ont permis une réduction des prises de risque dans cette population et devraient impacter sur la prévalence du VIH et des IST.

USAGERS DE DROGUES :

Une étude qualitative a révélé que le trafic d'héroïne et de cocaïne était très répandu durant les années 90 au Sénégal, Une enquête réalisée au début des années 2000 a montré que l'utilisation de l'héroïne a diminué et celle de la cocaïne a augmenté. Une étude biologique et comportementale est programmée durant l'année 2011 au sein de ce groupe dans le cadre de la surveillance épidémiologique.

1.5.4 Distribution des nouvelles infections chez les personnes adultes (source MOT /ONUSIDA /2010)



Projections sur le nombre de personnes infectées par le VIH

Estimation du nombre de personnes infectées par le VIH en 2010 : 54 505

Estimation du nombre d'OEV en 2010 : 19 465

1.5.5 Tableau sur les estimations du nombre de Nouvelles infections par le VIH/ONUSIDA entre 2000 et 2009

ANNEE	INCIDENCE (15-49 ANS) male+ Femelle	Total nouvelles infections (15-49ans) Male+Femelle
2000	0,10	4257
2001	0,10	4522
2002	0,11	4761
2003	0,10	4980
2004	0,10	4845
2005	0,10	4795
2006	0,09	4902
2007	0,09	5009
2008	0,09	5117
2009	0,08	4722

I.5 .6. les facteurs de vulnérabilité et les populations vulnérables

La vulnérabilité pourrait être définie comme un niveau de risque pour un individu ou un groupe lié à un **comportement, face à un événement et les conséquences de cette exposition. La vulnérabilité est fonction des** populations (considérées comme vulnérables), des activités économiques exercées, des espaces en situation de vulnérabilité¹.

Les facteurs de vulnérabilité

1. LA PAUVRETE

¹ Cartographie de la vulnérabilité liée au VIH/SIDA au Sénégal, CNLS, 2005

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

2. LES ZONES DE VULNERABILITE

a. les pôles industriels à grande attraction

Il s'agit des zones où sont localisés des complexes agro-industriels, des industries de la pêche, la zone de production sucrière, les chantiers de bâtiments de travaux publics. Au niveau de ces pôles industriels, les périodes de glanage, de sarclage et de semailles attirent une population féminine à la recherche d'emploi. Certaines d'entre elles peuvent se livrer à des activités de prostitution (Entretien avec Enda Santé & Sida 3 cité dans la cartographie de la vulnérabilité liée au VIH au Sénégal, 2005).

Les zones aurifères avec plusieurs sites d'orpillage de la Région de Kédougou constitue un exemple patent de cette vulnérabilité avec un brassage de populations de plusieurs nationalités en plus de la proximité et l'attrait des professionnelles du sexe.

b. les plates-formes touristiques

L'existence de ces pôles touristiques draine une population aux origines variées (main-d'œuvre, touristes, travailleurs du Sexe). Les emplois disponibles sont souvent insuffisants et les acteurs peu qualifiés. Dans les zones de forte concentration touristique, ces populations très vulnérables sont souvent exposées à des comportements à risque dans un contexte où l'usage du préservatif n'est pas généralisé. Les jeunes femmes au niveau d'instruction faible, sans revenus, ont des difficultés à négocier le port du préservatif lors des relations sexuelles à risque.

c. les carrefours de voyageurs

Les voyageurs des carrefours tels que les zones transfrontalières, les gares, certains grands marchés sont constitués pour la plupart de jeunes gens, hommes et femmes qui évoluent pour la majorité dans le secteur informel et ont un niveau d'instruction peu élevé. La promiscuité favorise les rapprochements, des relations d'intimité, des liens dans lesquels se développent des transactions de toute nature pouvant favoriser des comportements sexuels à risque.

d. les pôles religieux

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

e. les interfaces urbaines

Les facteurs aggravant sont liés à la grande différence de pouvoir d'achat qui existe en milieu urbain, au relâchement du contrôle et du lien social. En général, les prostituées recherchent les points de forte concentration démographique, comme les grandes villes où les opportunités de trouver des clients sont importantes ceci particulièrement dans les lieux où ceux-ci sont financièrement aisés. Dakar constitue un creuset de flux migratoire intense, cette situation a entraîné une prolifération de bidonvilles qui a accentué la pauvreté et la prostitution clandestine. L'exploitation sexuelle économique touche de plus en plus les jeunes.

3 Les facteurs comportementaux

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

Les résultats de l'EDS IV révèlent que la connaissance des moyens d'éviter le VIH est positivement associée au niveau d'instruction et au degré d'urbanisation, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. La connaissance du SIDA est élevée dans la population générale. Les hommes avec un niveau de connaissance de 77,5% sont légèrement plus informés que les femmes (75,5%) sur les moyens à utiliser pour prévenir l'infection.

L'âge médian au premier rapport sexuel est de 18 ans pour les femmes de 25-49 ans et correspond pratiquement à l'âge médian au premier mariage (18,3 ans) [EDS IV, 2005].

Les résultats de l'enquête de surveillance comportementale 2001 avaient montré que les élèves filles semblent pratiquer plus l'abstinence car selon les enquêtes de perception, 14% seulement à Dakar et 12% dans les autres régions sont sexuellement actives. Par contre chez les élèves garçons, 50% à Dakar et 54% dans les autres régions disent qu'ils ont déjà eu des relations sexuelles.

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

La proportion de Travailleuses du Sexe (TS) officielles (89,8%) qui utilisent systématiquement le condom avec le client est beaucoup plus importante que celle des TS clandestines (37,9%). Les TS utilisent plus rarement le condom avec leurs partenaires non payants (35,4% pour les TS officielles et 22,5% pour les TS clandestines). Par ailleurs, parmi les travailleuses de sexe qui n'ont pas utilisé systématiquement le condom avec les clients au cours de la dernière semaine de travail, 19,3% sont infectées par le VIH et 11,1% ont une infection à *Chlamydia trachomatis* et/ou à *Neisseria gonorrhoeae*.

Les populations vulnérables

a. les Travailleuses du sexe (TS)

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

b. les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)

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

c. Les usagers de drogue injectable ?

d. les jeunes

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

e. les femmes

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

Les enfants de la rue sont dans une situation de fragilité extrême. Ils sont exposés à divers risques tels que la drogue, la prostitution, la pédophilie, qui sont tous des facteurs fortement liés au VIH.

f. Les groupes mobiles

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

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

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

h. les détenus

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

i. les PVVIH

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

j. Les OEV

Les orphelins et autres enfants rendus vulnérables se retrouvent souvent sans liens sociaux denses et vivant en ville, ils sont dans des situations de très grande vulnérabilité.

A Analyse

R Réponse

_____ de la _____

2

.1

HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

.2

BILAN DE LA MISE EN OEUVRE

.3

DU PLAN STRATEGIQUE 2011 -2015

LECONS APPRISES

DE LA MISE EN OEUVRE 2011-2015

2.1 Historique de la lutte contre le VIH/SIDA

La réponse à l'épidémie du VIH est caractérisée par sa précocité, par la durabilité du succès enregistré dans la prévention « 25 ans», par la proactivité dans la thérapie antirétrovirale et par un leadership au plus haut niveau.

La Surveillance épidémiologique de l'épidémie démarrée en 1989 a permis au gouvernement de suivre les tendances évolutives de l'épidémie au niveau de la population générale et des populations les plus exposées au VIH/sida. Elle a démontré que les interventions sur la Prévention ont maintenu à un taux bas et stable la prévalence du VIH (Moins de 1%) durant les 25 premières années de lutte.

Sur le plan institutionnel

Dès le dépistage des premiers cas de SIDA en 1986, les autorités ont mis en place un comité de gestion et de coordination de la Réponse au niveau du Ministère de la Santé ; le Comité National de lutte contre le SIDA dans lequel étaient représentés les Ministères en charge des jeunes de l'éducation, des femmes et des forces Armées.

En respect de la Déclaration des Chefs d'Etats de la Session Spéciale des Nations Unies de 2001 sur le VIH/sida, la coordination de la lutte contre le SIDA jusque là sous la tutelle du Ministère de la Santé, a été élevée à la Primature avec la mise en place par décret présidentiel N°2005-550 en date du 22 Juin 2005 du Conseil National de Lutte contre le SIDA présidé par le Premier Ministre.

Cette réforme institutionnelle a permis, à partir de 2001, de renforcer le leadership politique et managérial et a rendu plus effective l'appropriation de la lutte contre le SIDA par tous les secteurs du Gouvernement dont les cibles sont vulnérables à l'infection, la Société Civile, le secteur privé et les Religieux.

Le gouvernement a renforcé son appropriation de la réponse.

Il a renforcé sa contribution financière dans la pérennisation structurelle

Sur le plan de la mise en œuvre

Les autorités ont mis en place le programme national de lutte contre le sida qui a été élaboré selon une périodicité quinquennale sous forme de 3 plans à moyen terme d'abord et de plans stratégique ensuite.

La mise en œuvre des volets programmatiques des cadres stratégiques de 1987 à 2006 a montré leur efficacité au vu des résultats remarquables enregistrés par le Sénégal dans la réponse à l'épidémie du sida et en particulier dans la prévention.

Le bilan de la mise en œuvre du PSL « 2007-2011 » ci-dessous témoigne de la pertinence et de l'efficacité des stratégies de lutte utilisées au Sénégal.

2.2 Bilan de la Mise en Œuvre du Plan Stratégique 2011-2015

La mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le SIDA 2011-2015 était articulée sur cinq(5) objectifs stratégiques : la prévention de la transmission du VIH, la prise en charge médicale et communautaire, l'environnement favorable, le suivi évaluation, la gestion et la coordination.

Les résultats de la revue du Programme national multisectoriel de lutte contre le SIDA durant la période 2007-2010 résumé ci dessous ont permis de démontrer la capitalisation des acquis dans la prévention des nouvelles infections et d'améliorer significativement la survie des PVVIH.

2.2.1 Prévention du VIH

2.2.1.1 Prévention de la transmission sexuelle

Le nombre de nouvelles infections est bas et stable (autour de 5000 nouvelles infections par année) pour les années 2007 à 2009) Comportements à risque réduits :

Promotion des comportements sexuels à moindre risque

Acquis

- La Communication pour un Changement de Comportement (CCC), l'Intervention pour un Changement de Comportement (ICC) et l'Approche Participative de Prévention (APP), ont été promus et intégrés dans les programmes de sensibilisation et de la prévention de la Transmission Sexuelle mis en œuvre par les Ministères les ONG et OCB, le milieu du travail et les religieux.

La majorité des acteurs de la société civile et du secteur public et du secteur privé sont intervenus dans le volet « promotion des comportements sexuels à moindre risque » de la composante Prévention de la Transmission Sexuelle avec essentiellement des activités de formation, de sensibilisation et d'interventions IEC de proximité. L'analyse de la couverture des différents groupes ciblés par les interventions dans cette composante laisse apparaître une concentration des interventions sur les jeunes et sur les femmes, les TS et les MSM.

PERFORMANCES DANS LA DISTRIBUTION DES PRÉSERVATIFS ENTRE 2007 ET 2009

Evaluation des Performances dans la distribution des Préservatifs /Objectifs annualisés du PSL					
	<i>DB/2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>TOTAL</i>
<i>OBJECTIFS NAT</i>	-	11500000	12000000	13000000	36500000
<i>PRESERV MASCULINS</i>	4376300	10516958	12424324	11695529	34636811
<i>PRESERV FEMININS</i>	177711	126431	194000	141795	462226
<i>TOTAL</i>	4554011	10643389	12618324	11837324	35099037
<i>Performances annuelles</i>	-	92,6%	105,2%	91,1%	96,2%

12

Contraintes

Le milieu du travail (les syndicats, le secteur privé informel et formel), et les populations mobiles sont des cibles qui n'ont pas suffisamment été couvertes par les interventions.

La participation du secteur privé reste encore modérée.

Une léthargie a été notée dans les interventions des religieux durant la période 2007-2008. Face à cette léthargie, l'Alliance des religieux a été redynamisée à partir de l'année 2009.

Le nombre insuffisant d'acteurs de qualité constaté dans les domaines de l'IEC/CCC, a considérablement pesé sur la qualité des interventions ciblées sur la population générale et sur les groupes passerelles et dans le contenu des messages diffusés.

Le niveau de connaissance faible au niveau des populations jeunes?

Ciblage insuffisant de la population générale.

Insuffisance des interventions au niveau des zones frontalières et des marchés hebdomadaires

CONTROLE SANITAIRE DES PROSTITUEES

Acquis

Au Sénégal, la prostitution est réglementée par une loi qui oblige l'inscription des travailleuses du sexe (TS) dans un fichier sanitaire et social tenu à jour par les autorités sanitaires. Les interventions de prise en charge des IST chez les TS se font au niveau des centres de référence qui existent au niveau national et régional. Le niveau national a pour vocation de prendre en charge les TS référées par le niveau régional, de former, de superviser et de coordonner les activités à tous les niveaux.

(En 2009, 7078 TS officielles et 1137 TS clandestines sont suivies)

- Les centres de référence régionaux s'occupent du suivi des TS qu'elles soient inscrites ou non au fichier permettant l'accès aux soins pour les prostituées qui n'ont pas choisi de s'inscrire au Fichier.
- Chez les Travailleuses du Sexe, le taux d'utilisation du condom avec les clients de 95%
- Un guide a été élaboré pour organiser la prise en charge des TS par les prestataires de soins qui œuvrent dans ce domaine au sein des différentes structures de santé.

Contraintes

- la prise en charge des TS cible surtout celles qui sont enregistrées alors que la majorité des TS ne le sont pas.
- stigmatisation au niveau des centres IST
- faible disponibilité des centres IST agréés
- la prise en charge du VIH même si elle est organisée à l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS), n'est pas systématique dans les autres sites.

Type d'activités	Nombre de personnes touchées		
	2007	2008	2009
ACTIVITES IEC CCC /PS			
Nombre PS touchées à travers Causeries	11872	10 550	10. 717
Cibles annuelles du Programme	5961	7153	8583
Performances	199,2%	175,4%	125%
Formation des Paires éducateurs PS	218	405	284

Sources : Rapports Annuels 2007,2008 et 2009/ Enda/Santé, Awa et Matrice Résultats PSMLS

SUIVI MEDICAL DES PROFESSIONNELLES DU SEXE

Intervenants	Nombre de PS suivies selon la catégorie 2008		Nombre de PS suivies selon la catégorie 2009	
	PS Officielles	Ps Clandestines	Ps Officielles	Ps Clandestines
Centres IST et Secondaires	3078	770	6492	-
Cliniques mobiles de Enda/Santé	0	2988	586	1137
TOTAL	3078	3758	7078	1137

PRISE EN CHARGE DES HSH :

Acquis :

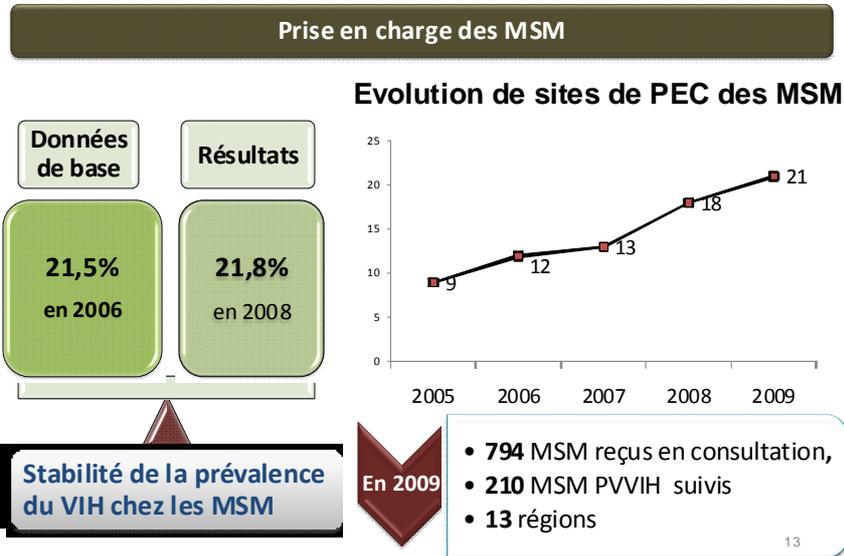
- Module et Guide de formation des groupes TS sur les IST/VIH/Sida,
- guide sur la pec des HSH et Manuels destinés aux pairs éducateurs TS et HSH élaborés
- AGR et Frais médicaux
- Renforcement organisationnel des Associations
- Formation et mise à disposition de médiateurs

Contraintes

- Peur des HSH à prendre part aux activités de prévention des IST/VIH/sida

- Mauvais traitement par la presse de l'information relative aux groupes hautement vulnérables notamment les TS et les HSH

RÉSULTATS 2007-2009: Groupes vulnérables



P

Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Acquis

La prise en charge des groupes vulnérables : la prise en charge des IST des groupes vulnérables se fait à travers les centres de référence IST. Les travailleuses du sexe sont particulièrement ciblées par cette stratégie. Les centres IST sont chargés d'assurer le suivi sanitaire et social des travailleuses du sexe enregistrées.

Actuellement, 36 sites de prise en charge IST existent et sont fonctionnels dans 13 régions. Parallèlement des services de prise en charge des IST/VIH chez les HSH sont en train d'être intégrés dans les services de santé.

- intégration de la prise en charge syndromique des IST dans 69 districts
- révision du module sur les IST
- renforcement de capacités du personnel de santé sur l'approche syndromique
- réalisation de l'enquête Ip6 Ip7
- dépistage sérologique intégrée dans la SR

Contraintes

- l'approche syndromique n'est pas intégrée dans tous les curricula de formation

- la prise en charge des HSH n'est pas présente à Matam.
- la stigmatisation des HSH par les prestataires de soins est souvent relevée.
- faiblesse dans la gestion des données IST

COMPARAISON DES PRINCIPAUX INDICATEURS POUR LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES IST AU SENEGAL (2002 ET 2009)

	2002 (n=366)	2009 (n=318)
ANAMNESE CORRECTE	8,50%	83,60%
EXAMEN CLINIQUE CORRECT	65%	77,40%
DIAGNOSTIC CORRECT	20,60%	76,70%
TRAITEMENT CORRECT	43,10%	30,30%

31

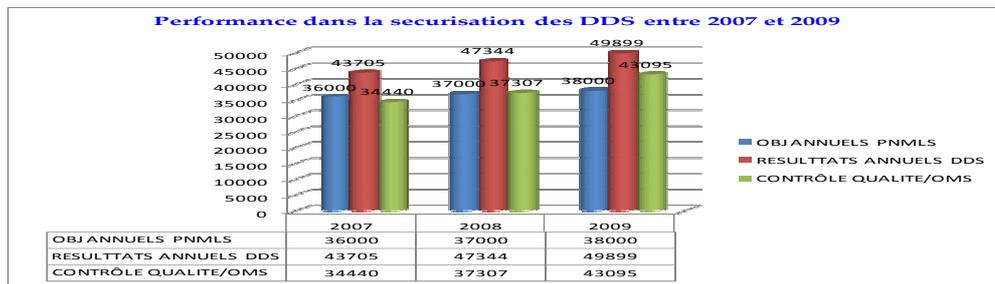
2.2.1.2 Prévention de la transmission sanguine

SECURITE TRANSFUSIONNELLE

Acquis

- Construction et équipement de 3 nouvelles banques de sang (Mbour, Kédougou et Bakel)
- Prise en compte de l'hépatite
- Le programme a atteint son objectif de dépister 100% des dons de sang pour VIH, des virus de l'hépatite B et C afin de sécuriser la transfusion sanguine durant la période 2007 à 2010
- En 2006, 35 000 poches de sang ont été systématiquement testées sur toute l'étendue des territoires, 2008, 47 344 et en 2009 49899. Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a assuré la coordination au niveau national de cette stratégie.
- la supervision, le contrôle de qualité ainsi que la gestion de l'approvisionnement en réactifs ont été assurés par le CNTS.

PERFORMANCE DU PSL / SÉCURISATION DES DDS



Contraintes

- Irrégularité des contrôles qualités des banques de sang
- Insuffisance de ressources humaines de qualité
- Insuffisance de la couverture en banques de sang

Accident d'Exposition au Sang (AES) ?

La prévention repose sur la prophylaxie post exposition par les ARV, le respect des mesures universelles mais aussi l'amélioration des conditions de travail en milieux de soins.

Le lien entre la gestion des AES et le plan de gestion des déchets biomédicaux est définie et fonctionnel

Le programme n'a pas prévu de rendre disponible le matériel de sécurité tel que les conteneurs pour les aiguilles usagées ou des gants pour la prévention des AES.

2.2.1 3 Conseil Dépistage Volontaire (CDV)

Acquis

Le programme de décentralisation des services de Conseils et Dépistage Volontaire (CDV) dans le PSLS 2007 – 2011 a permis de passer à l'échelle les centres CDV et rendre disponible et accessible au moins un centre de dépistage anonyme dans chaque district.

Des services de conseils et dépistage volontaire ont été intégrés dans les structures déjà connus et fréquentés par les populations des services à l'instar des Centres Conseil Adolescents. Le fonctionnement de ces structures a été renforcé avec un appui en réactifs, la formation des biologistes des centres de santé des districts en counseling et testing VIH. Des services de conseils et dépistage ont également été intégrés dans des secteurs autres que la santé (armée, services médicaux scolaires, centre conseils pour adolescent du Ministère de la Jeunesse).

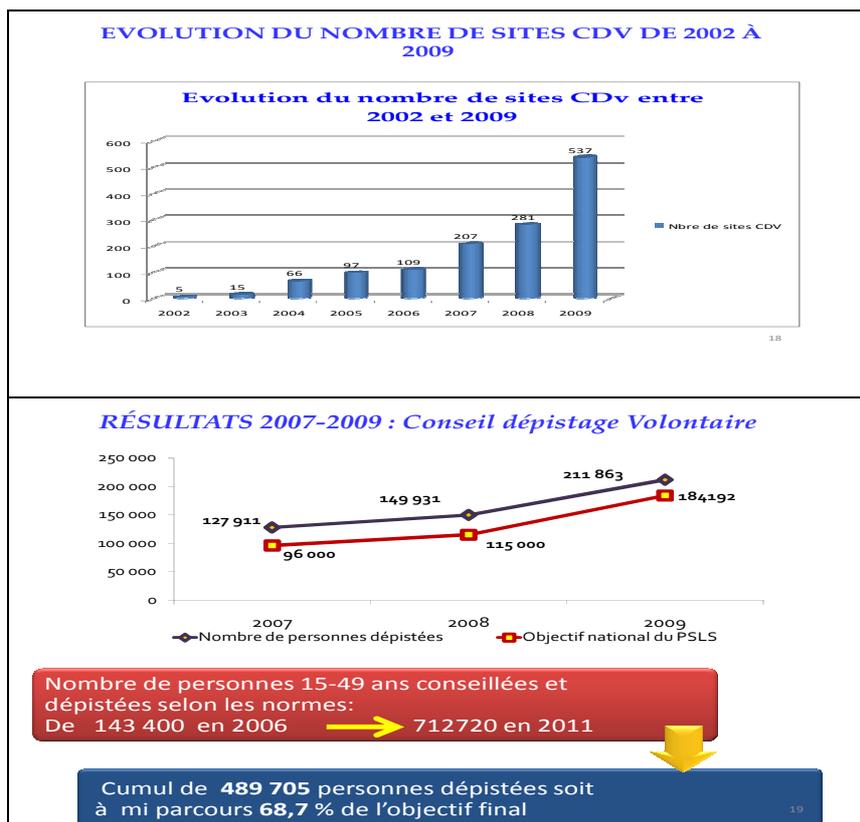
Actuellement la Couverture en centres CDV est satisfaisante de même que le passage à l'échelle.

Les stratégies innovantes qui ont permis de passer à l'échelle le CDV sont les Stratégies avancées fixes et mobiles couplées à des activités de mobilisation sociale et la Proposition du CDV à l'initiative du prestataire.

L'intégration des services de conseil et dépistage volontaire dans 519 structures sanitaires publiques, des forces armées, des jeunes est un des résultats du programme ainsi que l'ouverture de 18 centres de dépistage volontaire Anonymes dans ? régions. Les services de conseils et dépistage volontaire sont rendus gratuits grâce à l'appui de l'Etat et de ses partenaires.

Des performances ont été enregistrées dans le passage à l'échelle des services de conseils et dépistage, l'utilisation par les populations des centres CDV est satisfaisante. Les campagnes de promotion du dépistage lors des semaines de mobilisation nationale (semaine Jeunes/SIDA et semaine Femmes/SIDA) ont été l'occasion pour faire des dépistages de masse.

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



Contraintes

- les services de conseils et dépistage ne sont pas disponibles en zone d'insécurité.
- les stratégies pour le conseil et le dépistage volontaire ne sont pas suffisamment orientées en direction des groupes vulnérables.
- Insuffisance des supervisions pour la qualité des services de laboratoires VIH/ IST Insuffisance des ressources humaines de qualité

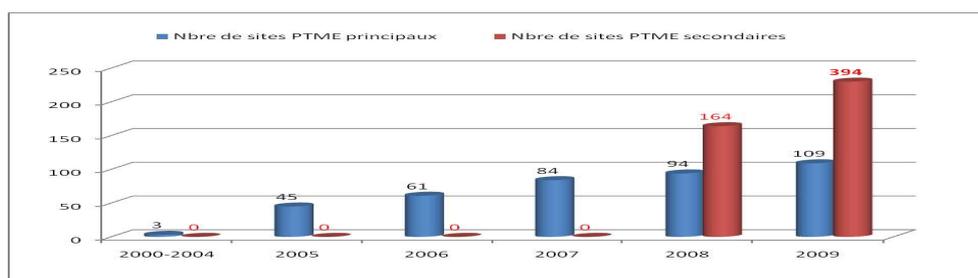
2.2.1.4 Prévention de la transmission Mère Enfant

Acquis

- la politique PTME est rentrée dans une phase de passage à l'échelle depuis 2008. Ceci a été favorisé par l'accès facile. En 2009 le Sénégal dispose de 109 sites principaux et de 394 sites secondaires.
- En 2008 et 2009 les objectifs nationaux de dépistage des femmes enceintes ont été dépassés. En 2009, le taux est passé à 156%.

L'implantation du programme PTME dans les centres de consultations prénatales est un début d'intégration du programme PTME dans les activités courantes de la SR.

EVOLUTION DU NBRE DE SITES PTME DE 2002 À 2009



22

EVOLUTION DU NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES DÉPISTÉES DE 2002 À 2009

Evolution des chiffres de femmes enceintes dépistées de 2002 à 2008

ANNEES	RESULTATS ANNUELS	Cumul	Objectif national	Performance par rapport à l'objectif national
2002	3 484			
2003	2 901	6 385		
2004	2 271	8 656		
2005	8 051	16 707		
2006	22 598	39 305		
2007	44 618	83 923	85 773	44%
2008	111 210	195 133	103 332	108%
2009	166830	361963	106629	156%

51

Acquis

- Valeur ajoutée des ICP et des sages femmes dans la PEC des femmes enceintes par des services de références
- Valeur ajoutée des tests rapides
- Intégration des services VIH et SR « Bajenu Gox » et « APDC »
- Couverture satisfaisante des sites PTMES jusqu'au niveau centre de santé
- Révision en 2010 des protocoles PTME

Contraintes

- Insuffisance de ressources humaines de qualité
- Déperdition dans la chaîne proposition / acceptation / réalisation
- Prophylaxie ARV non disponible au niveau poste de santé

2.2.2 Prise en Charge

2.2.2.1 Prise en charge médicale y compris l'accès aux ARV

Les ARV ont été rendus disponibles dans 14 régions. Ce programme a été fortement favorisé par la décision du Gouvernement de rendre gratuit le dépistage du VIH, le traitement par les ARV et les examens de suivi

immuno-virologique. Les efforts de décentralisation déjà entrepris par le Sénégal ont été renforcés dans le cadre de sa participation à l'Initiative «3 en 5» de l'OMS

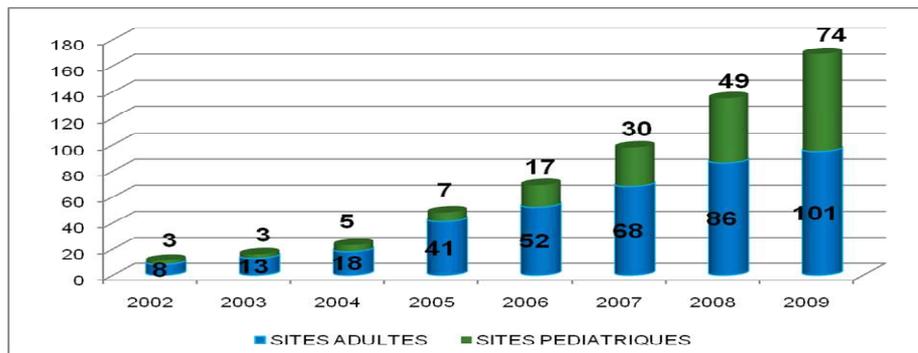
L'inscription des ARV et des réactifs de dépistage dans la liste des médicaments essentiels et la gratuité des ARV et des examens immunologiques sont également des résultats importants dans l'accès des traitements ARV et dans le processus de décentralisation. Pour des exigences de qualité, des normes et standards sont élaborés et doivent permettre une évaluation régulière de la qualité de la prise de charge.

Acquis

Le passage à l'échelle de la prise en charge a été effectif durant la période 2007 à 2009

- Décentralisation des ARV et de la prise en charge jusqu'au niveau centre de santé
- le nombre de sites de prise en charge est passé de en 2006 à 175 en 2009 (Existe actuellement 101 sites de prise en charge des adultes et 74 sites pédiatriques)
- le nombre de malades sous ARV est passé de 5500 en 2006 à 12249
- des protocoles de traitement antirétroviral ont été révisés sur la base des recommandations de 2009
- Renforcement de capacité du personnel

EVOLUTION DU NOMBRE DE SITES DE PEC DES ADULTES ET DES ENFANTS



26

EVOLUTION DU NIVEAU DE DÉCENTRALISATION DE LA PEC EN 2008 ET 2009



27

Contraintes

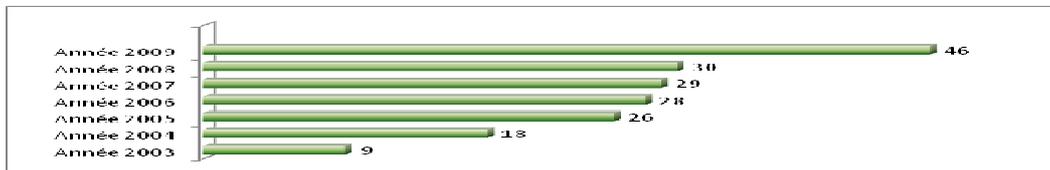
- Difficulté d'accès pour les CD4 et la charge virale au niveau district
- Survenue de résistances
- Coût élevé des traitements de 2^{ème} et 3^{ème} ligne
- Intégration insuffisante des stratégies VIH/TB
- Insuffisance en ressources humaines de qualité
- Insuffisance dans la prise en charge pédiatrique
- Rupture de tests rapides et ARV liée en particulier à la nouvelle réglementation des marchés publics

2.2.2.2 PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DES PVVIH ET DES OEV

Acquis

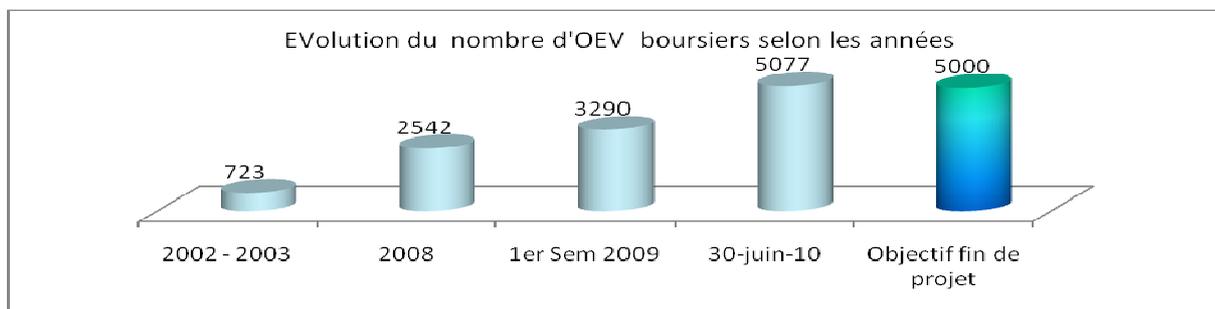
- Situation socio économique des PVVIH améliorée

Evolution du nombre d'associations de PVVIH selon les années
04 octobre 1997 création RNP+



30

PRISE EN CHARGE DES ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES (OEV)



Jusqu'en 2008, seulement 723 enfants avaient été touchés. En 2008, après la réalisation de l'étude situationnelle sur la question des OEV l'appui du MAP a été focalisé sur la scolarisation.

Durant l'année scolaire 2009 2010 ,5077 OEV ont bénéficié de bourse scolaires sous forme de carnets d'épargne

Entre 2007 et 2010, 9 090 appuis ont été apportés aux OEV dont 8 367 sous forme de bourses scolaires (92%).

Contraintes

Retard et pérennisation du programme d'appui scolaire aux OEV

2.2.3 ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Acquis

- le leadership national et local est renforcé : l'engagement plus fort de la Première Dame a boosté les campagnes nationales sur le VIH/sida et accéléré le processus de vote de la loi VIH/sida, le Premier Ministre de même a renforcé le leadership et l'appropriation de la Réponse par le gouvernement. Le nombre de Ministères concernés par la Réponse est passé de 6 en 2006 à 10.
- les parlementaires, sénateurs et Assemblée Nationale ont marqué de leur leadership le vote de la loi VIH/sida et sa vulgarisation
- le plaidoyer pour la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et autres groupes vulnérables a été boosté ; Actuellement 12 régions sur 14 disposent d'associations régionales de lutte contre le sida. L'application de la loi sur le VIH/sida est un début de solution dans la mise en place de mesures de lutte contre la stigmatisation et la discrimination
- le forum des partenaires a été mis en place.
- le comité de veille est mis en place de même que ses groupes de travail dont celui des populations les plus vulnérables (TS et HSH)

Contraintes

- emprisonnement des HSH

2.2.4 SUIVI EVALUATION

Acquis

- Prix du programme ayant le mieux démontré ses résultats
- Système de reporting des données du niveau district au niveau national nettement amélioré
- élaboration régulière de rapports annuels ,du Rapport biennaux UNGASS (2006-2007 et 2008-2009) des Rapports annuels de Progrès pour L'Accès Universel ainsi que le Rapport annuel du Programme de façon participative avec tous les acteurs la surveillance sentinelle (Femmes enceintes) a été évaluée et est passée d'une fréquence annuelle à tous les deux ans le protocole a été révisé ,l'enquête comportementale et biologique de 2007 chez les MSM après celle de 2004,l' Enquête sur la Qualité de la Prise en Charge des IST (IP6-IP7 en 2009 après celle de 2000) et le suivi des Résistances aux ARV. La deuxième ENSC a été réalisée en 2010 et l'EDS V en cours pour la fin 2010.
- l'Informatisation du système a été améliorée au niveau (Health Mapper, CRIS 3, ESOPE pour la Prise en charge ARV, logiciel de suivi des projets HI Projet utilisé par le Secrétariat Exécutif du CNLS). Avancées dans le domaine de la diffusion des informations stratégiques à travers les sites WEB améliorés (DLSI, ANCS, SE-CNLS).
- planification innovante à partir de 2008 : planification intégrée multisectorielle au niveau régional « PRIM » et plan consolidé opérationnel national.
- élaboration du cadre de dépense à moyen terme pour la période 2011 à 2014.

- élaboration de proposition soumis au Round 9 du Fonds Mondial.
- évaluation ICR du projet IDA.

Contrainte

- rétention des données
-

2.2.5 Coordination et Gestion

Acquis

- 3 Prix Banque Mondiale de la lutte contre le sida en Afrique
- Succès de la proposition R9 « 88 millions d’Euros »
- Amélioration de la fonctionnalité des organes de coordination décentralisés
- Valeur ajoutée des Unités d’appui régionales dans la gestion décentralisée des financements
- Début d’appropriation par les collectivités locales, le secteur privé
- Mise en place du Comité des partenaires
- Valeur ajoutée des Pharmacies régionales d’approvisionnement “PRA”

Contraintes

- nouvelles régions ne bénéficiant pas de structures de références pour le VIH /sida : Sédhiou, Kaffrine, Kédougou
- retard mis pour l’approbation des marchés de la Pharmacie d’approvisionnement

2.3 Leçons apprises de la mise en œuvre 2007-2011

- Bon ciblage des groupes vulnérables « Prix Banque Mondiale du meilleur ciblage des groupes vulnérables »
- Mise en place d’un comité de veille et d’alerte pour prévenir les crises de vulnérabilité des groupes des populations clés les plus exposées à l’infection VIH
- Intérêt des stratégies avancées et mobiles et d’une communication plus ciblées dans l’atteinte des indicateurs « Prévention de la transmission sexuelle, CDV et PTME.
- la décentralisation des pratiques de tests rapides au niveau des postes de santé et la proposition de CDV à l’initiative des prestataires ont amélioré l’accès au CDV pour les femmes enceintes et la population générale
- la gratuité des médicaments antirétroviraux et antituberculeux et l’inscription des IO dans la liste des médicaments essentiels ont facilité l’accès des traitements aux PVVIH
- Nécessité d’un leadership plus fort pour la coordination, l’harmonisation et l’intégration des paquets de services SR/VIH/IST/TB
- Engagement politique plus fort (parlementaires et juristes) leur rôle clé dans le vote et la diffusion de la loi

- Engagement du patronat ayant facilité le début d'appropriation de la Réponse du secteur privé
- Comité tripartite (harmonisation et coordination dans le secteur du Travail
- Importance de l'Alliance stratégique « société civile, secteur publique, secteur privé, religieux » dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions ciblées sur les groupes les plus vulnérables sur le CDV et la PTME et la pec communautaire et pour un environnement plus favorable à la réponse
- Système de suivi-évaluation performant : Prix Banque mondiale sur la meilleure démonstration des résultats
- gestion financière et comptable dédiée à une structure privée bénéficiaire d'une grande expertise, a pérennisée. Une unité de gestion administrative et financière a été créée au sein du SE/CNLS qui a pris le relai de l'Agence fiduciaire afin de capitaliser les acquis en gestion financière et comptable
- appropriation et début de pérennisation de la réponse par les secteurs Santé, l'Education, Forces Armées, Jeunesse, Famille, Travail...)
- mise en place de PRA Régionales a amélioré l'accès des traitements ARV au niveau régional. Avec l'élargissement des traitements et la décentralisation de la distribution au niveau des Pharmacies régionales d'Approvisionnement (PRA), il apparaît important, afin de garantir la qualité des produits VIH et assurer leur bonne traçabilité.

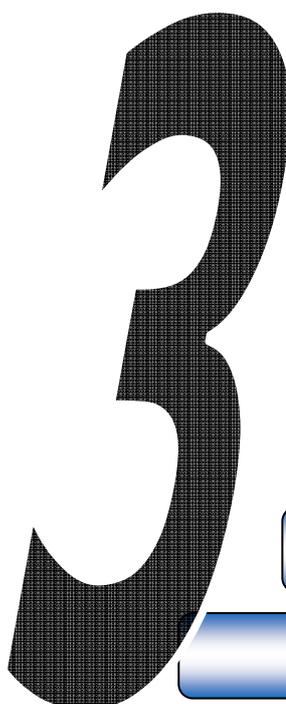
PLAN STRATEGIQUE

— de lutte contre le —

SIDA

2011-2015

*** *****

- 
- .1 **vision**
 - .2 **PRINCIPES DIRECTEURS**
 - .3 **PRIORITES**
 - .4 **CIBLES PRIORITAIRES**
 - .5 **OBJECTIFS GENERAUX**
 - .6 **OBJECTIFS STRATEGIQUES**

3.1 Vision

Le plan stratégique de lutte contre le SIDA 2011 2015 vise la réduction des nouvelles infections et de l'impact du SIDA.

- 0 nouvelle infection
- **0 décès lié au**
- **0 stigmatisation**

3.2 Principes directeurs

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

- l'approche multisectorielle
- l'engagement et le leadership au plus haut niveau
- l'application de la loi sur le VIH/sida
- l'accès universel aux services de soins et de prévention
- le respect de l'éthique
- 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 ;
- l'intégration VIH/sida/SR/TB
- la pérennisation de la Réponse
- le respect du Three Ones

3.3 Priorités

Les priorités de ce plan stratégique s'articulent autour :

- du renforcement des acquis de prévention de prise en charge et de management
- des interventions dans la perspective de l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement ;
- du renforcement des interventions dans les groupes vulnérables et exposés à un risque élevé, en tenant compte du caractère concentré de l'épidémie et des facteurs de vulnérabilité
- Passage à l'échelle des interventions « Prévention de la transmission sexuelle, CDV, PTME, Traitement ARV »
- du renforcement de la dimension genre
- de l'intégration des Actions VIH/sida/SR/ TB
- du respect des droits humains des groupes vulnérables
- du renforcement du système communautaire
- du renforcement du système de santé
- de l'amélioration du Three Ones
- du partenariat sous régional

3.4 Cibles prioritaires

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

- Les Travailleuses du Sexe,
- Les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes,

- Les utilisateurs de drogues injectables.

2 **Les populations clés exposées au risque d'infection à VIH**

Les populations mobiles (forces de sécurité, routiers, migrants, pêcheurs, orpailleurs, détenus, les populations fréquentant les sites touristiques, les marchés hebdomadaires)

- Les jeunes « 15-24 ans »
- Les femmes et les hommes “+ 25 ans”

3 Les PVVIH et les OEV

3.5 Objectifs généraux

- Maintenir la prévalence du VIH à moins de 2 %
- Assurer l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH
- Améliorer la prise en charge socio économique et juridique des PVVIH et des groupes les plus vulnérables à l'infection VIH

3.6 Objectifs stratégiques

(07) objectifs stratégiques ont été sélectionnés.

Objectif Stratégique 1 : Prévenir les nouvelles infections

Objectif Stratégique 2 : Améliorer la PEC des PVVIH et des OEV

Objectif Stratégique 3 : Promouvoir un environnement favorable à la réponse VIH prenant en compte les pays limitrophes et au respect des droits humains

Objectif Stratégique 4 : Renforcer le système communautaire

Objectif Stratégique 5 : Renforcer le système de santé

Objectif Stratégique 6 : Améliorer l'information stratégique

Objectif Stratégique 7: Améliorer la Gestion et la Coordination

Des objectifs spécifiques ont été identifiés pour chaque objectif stratégique en fonction de l'analyse de la situation et de la réponse.

3.6.1. Prévenir les nouvelles infections

Cet objectif stratégique se matérialisera par la réduction des comportements sexuels à risque, la sécurité transfusionnelle et des actes médicaux et biomédicaux, la prise en charge des IST, le dépistage volontaire et l'accélération du programme de prévention de transmission mère enfant du VIH et la mise en œuvre du plan de communication.

7 objectifs spécifiques détermineront les résultats attendus de la mise en œuvre des interventions liées à cette stratégie.

1.1 Objectif Spécifique : Réduire les comportements et les pratiques à risque de la transmission sexuelle du VIH.

Cibles P T Sexuelle	2010	2011	2012	2013	2014
TS	10 300	12 360	14 832	17 798	21 358
MSM	2 130	2 343	2 577	2 834	3 118
Jeunes 15-24ans et Hommes/Femmes de plus de 24 ans	2 083 432	2 140 916	2 198 659	2 256 421	2 314 349

Le Sénégal étant classé parmi les pays à épidémie concentrée, les populations les plus vulnérables (TS et MSM) étaient prioritairement ciblées ;

La vulnérabilité des usagers de drogues injectables, problème émergent au Sénégal, classe ce groupe de population parmi les populations clés les plus exposés à l'infection VIH

les Groupes passerelles (camionneurs, pêcheurs, routiers, forces de sécurité (militaires, gendarmes, douaniers, policiers), déplacés, populations fréquentant les sites touristiques, commerçant(e)s, miniers, détenus,) qui sont les relais de la transmission sexuelle sont ciblées également de même que les jeunes (15-24 ans), les femmes et les hommes de plus de 25 ans du fait que 60 à 70% des nouvelles infections du Sénégal surviennent chez les couples hétérosexuels avec une prévalence faible. Les aspects genre seront pris en compte dans toute la stratégie de prévention de la transmission sexuelle.

Les acquis du programme sur les stratégies de communication ciblées pour des comportements responsables seront renforcés. Les stratégies de communication s'appuyant sur les enseignants et élèves, les groupements de femmes, les associations de jeunes, les associations socioprofessionnelles, les associations de quartier ou de villages, les leaders religieux, les leaders communautaires, les tradipraticiens seront principalement favorisés.

- Seront privilégiées les stratégies de communication : i) la communication interpersonnelle, ii) la mobilisation sociale et communautaire, iii) les stratégies de promotion de comportements responsables (abstention, fidélité, utilisation de préservatifs).

La communication interpersonnelle ciblera notamment les groupes vulnérables et les populations clés exposées au risque d'infection à VIH: les TS, les HSH, les groupes passerelles, les jeunes et femmes et se fera dans un cadre adapté aux cibles en tenant compte des réalités socioculturelles.

La mobilisation sociale et communautaire boostée par les médias ciblera les populations vulnérables afin de les mobiliser et de les aider à identifier leurs problèmes relatifs au VIH, prendre des décisions et s'organiser pour apporter des solutions. Dans un processus de renforcement des capacités, les organisations travailleront en collaboration avec les communautés ciblées pour ensemble, développer un plan d'action de prévention des risques pour leur communauté.

La prévalence du VIH dépassant 2% dans les régions SUD, le développement des violences sexuelles, et la propagation des nouvelles infections dans les couples hétérosexuels stables en particulier militent pour un ciblage de la population générale. La prise en compte du genre doit également être promue

Les stratégies de promotion de l'utilisation des préservatifs seront renforcées par les réseaux d'approvisionnement et de distribution des préservatifs, le marketing social des préservatifs et des comportements sexuels à moindre risque.

1.2 Objectif spécifique : Améliorer la qualité de la prise en charge des IST

Les interventions retenues porteront sur le renforcement des structures de santé en équipements, matériels cliniques, le renforcement des capacités des prestataires, l'approvisionnement en médicaments, réactifs et consommables, le diagnostic et le traitement des IST, le développement de stratégies de prise en charge des IST chez les TS clandestines et les HSH, l'intégration de la sérologie syphilitique dans les postes et centres de santé, l'amélioration significative du système de gestion des données sur les IST

1.3 Objectif Spécifique : Assurer l'innocuité transfusionnelle en rapport avec le VIH et autres IST dans tout le pays

Cibles PTSanguine	2011	2012	2013	2014	2015
Dons de sang testés (IH, Syphilis, Hépatite)	40000	42000	44000	46000	48000

Les acquis seront renforcés en opérationnalisant le système d'assurance qualité, en renforçant les capacités techniques des services impliqués dans la mise en œuvre et le suivi des activités transfusionnelles, en approvisionnant les services de transfusion en réactifs matériels de dépistage et autres produits dérivés du sang, en formant le personnel des unités de transfusion et des services prescripteurs de sang, en renforçant et en impliquant les associations de donneurs de sang dans les campagnes d'informations sur le don du sang.

Toutes ces activités permettront la fidélisation des personnes qui donnent volontairement leur sang et feront baisser le nombre de poches de sang éliminées.

100% des dons de sang seront testés et sécurisés pour la syphilis, le VIH, les virus de l'hépatite (B et C) dans l'ensemble des établissements de transfusion sanguine.

Le contrôle de qualité sera assuré.

Des Banques de sang seront mises en place dans les nouvelles régions.

1.4 Objectif Spécifique : Assurer la sécurité des actes médicaux, biomédicaux et des expositions aux liquides biologiques

Les interventions porteront essentiellement sur l'approvisionnement des structures de soins en matériel de protection, de désinfection, de stérilisation et de traitement des déchets biomédicaux, l'organisation de la prise en charge des cas d'exposition accidentelle aux liquides biologiques et des cas d'exposition involontaire au sexe.

Ces interventions permettront d'augmenter le nombre de structures équipées en matériel de protection, de désinfection et de stérilisation, le nombre de professionnels de la santé informés sur les risques et les mesures de protection.

La prise en charge post exposition des personnels de soins et celle de personnes victimes d'exposition au sexe sera améliorée.

1.5 Objectif Spécifique : Améliorer l'accès aux services de qualité en CDV

Objectifs annualisés du CDV

Cibles CDV	2011	2012	2013	2014	2015
Nbre de pers de +15 ans à tester	265236	318283	381940	458328	504161

- Les interventions permettront d'assurer une couverture nationale en service de dépistage volontaire (réhabilitation, équipement etc.) de renforcer les capacités techniques des prestataires, d'assurer l'approvisionnement en réactifs et consommables et d'organiser des stratégies mobiles ciblées et enfin d'assurer un Renforcement institutionnel et une assistance technique.
- De plus, les stratégies innovantes qui ont permis de passer à l'échelle le CDV vont être renforcés (campagnes nationales de dépistage volontaire, stratégies avancées, la mise en œuvre d'activités de

conseils et dépistage selon les Directives nationales, Proposition à l'initiative du prestataire, décentralisation au niveau des postes de santé).

- Ainsi, avec l'accroissement du nombre de personnes sexuellement actives conseillées et dépistées, la prévention du VIH sera renforcée chez les personnes dépistées négatives et le recours aux soins se fera plus tôt pour les personnes VIH positives.

1.6 Objectif Spécifique : Assurer la couverture en paquet de services de qualité en PTME

Cibles annuelles de femmes testées

Année	2011	2012	2013	2014	2015
Test des femmes enceintes	267128	318168	324686	378520	427747

Les interventions prioritaires vont porter sur le plaidoyer et la promotion des campagnes PTME sur la proposition systématique de test de dépistage et sur la décentralisation du test au niveau de tous les postes de santé intégrant la CPN pour un accès universel des femmes enceintes aux services PTME . La mise en œuvre d'activités pratiques PTME s'articule autour de l'offre systématique de conseils et dépistage aux femmes en consultations prénatales, le traitement prophylactique des femmes et la prise en charge des femmes et des enfants infectés.

- Ces activités sont possibles grâce au renforcement du système de santé, en particulier avec l'intégration de la PTME dans les structures SR et une couverture nationale améliorée en services de dépistage volontaire , à un approvisionnement régulier en médicament, en équipements et matériel clinique PTME, à un approvisionnement régulier en réactifs de dépistage VIH et syphilis(tests rapides pour les postes de santé) au renforcement des capacités techniques (cliniques et laboratoire)PTME des prestataires , au contrôle de qualité par les services de référence nationale SR pédiatrie et laboratoire rétrovirus de HA le Dantec,
- Le groupe PTME du Ministère de la santé va être redynamisé
- La supervision formative sera améliorée par des contractualisations et une assistance technique
- Des concertations et réunions thématiques se feront dans le but d'améliorer l'environnement juridique
- Les religieux et les parlementaires et juristes interviendront spécifiquement et respectivement à partir du guide sida religion et la loi VIH/sida qui ont des composantes sur la PTME.
- Le plaidoyer PTME et la prise en compte du genre seront renforcés (Première Dame, ONG leaders communautaires Bajenu Gox, APDC etc...)

1.7 Objectif Spécifique : Mettre en œuvre le plan de communication

Une stratégie nationale de Communication pour le Changement de Comportements (CCC) face au VIH accompagnera le plan stratégique pour servir de cadre de référence et d'orientations permettant aux acteurs de développer des plans de communication qui appuieront de manière intégrée et cohérente la réponse nationale. Les études sur les déterminants de la propagation du VIH dans certains groupes vulnérables permettront de produire des outils de communication et d'éducation plus spécifiques. Des formations seront données aux acteurs de la lutte mais également aux enseignants pour l'élaboration des plans d'actions CCC. Par ailleurs la prévention du VIH et la santé de la reproduction déjà intégrés aux programmes scolaires seront renforcées. Ces activités seront suivies et évaluées afin que des ajustements leurs soient apportés pour renforcer les mécanismes de prévention. Ces interventions permettront d'accroître le nombre de structures opérationnelles pour la mise en œuvre d'activités IEC/CCC. Des contractualisations seront faites avec les télévisions et les radios pour améliorer les connaissances, en particulier des nouvelles générations.

Afin de renforcer l'information et la communication sur le SIDA au sein de la population, des contractualisations seront faites avec les télévisions et les radios. Il est essentiel d'établir une collaboration effective avec les journalistes mais aussi avec les responsables des radios nationales, régionales et communautaires pour améliorer leurs capacités à appuyer les interventions par des campagnes de communication, la publication d'articles et la diffusion d'émissions sur le SIDA. Ainsi, une large proportion de la population sera couverte par les activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportements.

Des interventions ciblées sur la population générale seront développées en permanence au niveau des régions frontalières et en particulier dans les régions sud à cause des prévalences élevées.

2 Améliorer la qualité de la prise en charge des PVVIH et des OEV

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

2.1 Objectif Spécifique : Renforcer la prise en charge médicale de qualité des PVVIH.

Cibles de la Prise en charge médicale des PVVIH

Cibles PEC MEDICALE	2011	2012	2013	2014	2015
Mise sous ARV des adultes de 15 ans et plus	14225	16444	18649	20961	23318
Mise sous ARV des enfants (moins 15ans)	2290	2541	2754	2935	3084

La prise en charge médicale des PVVIH y compris des enfants passera par le renforcement des capacités des structures de prise en charge, des services hospitaliers nationaux et régionaux publics, privés et communautaires, des districts. Les capacités des services sont renforcées en équipement, formation et personnel qualifié. Le renforcement du système d'approvisionnement et de distribution de réactifs, matériels biomédicaux et médicaments ARV et IO sera le défi à relever.

Le renforcement du plateau technique pour le diagnostic et le suivi biologique périodique des patients (dosage des CD4, charge virale plasmatique, bilan hématologique et biochimique au niveau des sites de prise en charge) sera renforcé.

Le traitement des infections opportunistes est également un élément important de cette stratégie.

Dans le souci d'améliorer la qualité de la prise en charge dans un pays où la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite est de l'ordre de 20% et également où la tuberculose et les mycobactérioses atypiques font partie des infections opportunistes les plus fréquemment retrouvées chez les PVVIH admis dans les structures de soins, des stratégies sont proposées pour une prise en charge et une prévention intégrées VIH et tuberculose mais aussi celles des autres infections telles que l'hépatite. La mise en place d'un système de prise en charge TB/VIH permettra d'améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les patients VIH, la proposition du dépistage VIH chez les tuberculeux, la prophylaxie à l'INH chez les patients co infectés VIH/TB.

La couverture en ARV est effective dans les hôpitaux régionaux et dans certains districts. Les ARV sont aussi intégrés dans le circuit des médicaments essentiels.

Le PSLS 2011-2015 s'orientera vers un élargissement en visant l'accès universel aux soins et aux traitements mais aussi en garantissant la qualité des interventions. Le PSLS 2011- 2015 devra relever le défi technique et financier des nouveaux protocoles thérapeutiques par les ARV, qui préconisent de traiter plus précocement les malades et d'utiliser des traitements de 2ème et 3ème lignes plus onéreux.

Ces nouveaux protocoles vont entrainer un nombre de malades plus important à traiter, et un surcoût financier.

Les stratégies de recherche des perdus de vue seront évaluées dans un souci de les rendre plus efficaces.

La décentralisation des ARV au niveau de tous les districts devra se poursuivre et s'étendre au niveau communautaire et dans le secteur privé.

Les stratégies d'implication des différents secteurs y compris les communautés, le continuum des soins et la recherche opérationnelle seront promues.

Les défis d'un système de gestion des données performant et de la qualité de la prise en charge médicale devront être relevés.

2.2 Objectif Spécifique : Renforcer la prise en charge psychosociale, nutritionnelle, économique et communautaire des PVVIH

Les interventions prioritaires qui seront développées aideront à assurer les soins et l'appui pour les malades chroniques, à promouvoir des projets générateurs de revenus, à renforcer les capacités techniques des médiateurs, à renforcer la prise en charge nutritionnelle et à assurer le renforcement institutionnel et l'assistance technique.

2.3 Objectif Spécifique : Appuyer la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables

Cibles Prise en Charge des OEV

Cibles PEC des OEV	2011	2012	2013	2014	2015
Nbre d'OEV bénéficiant d'une aide extérieure gratuite	12428	13642	14855	16069	17283

La prise en charge des OEV à partir des bourses scolaires dont l'impact a été prouvé doit être pérennisée

Un appui médical et nutritionnel leur sera fourni

3 Promouvoir un environnement éthique, socio économique et politique favorable aux respects des Droits Humains.

Cette stratégie vise à promouvoir un environnement favorable à l'utilisation de services de prévention et soins et réduit ainsi la vulnérabilité des populations au VIH. 4 objectifs spécifiques ont été définis pour favoriser l'atteinte des résultats retenus ; il s'agit de renforcer le leadership national et local, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, de renforcer le partenariat national et international, et de renforcer les capacités de réponse des principaux secteurs de développement.

3.1 Objectif Spécifique : Renforcer le leadership national et local dans la lutte contre le SIDA.

Les interventions prioritaires porteront sur le renforcement de l'implication des leaders religieux, communautaires, politiques et locaux dans la réponse au VIH/sida, l'organisation d'activités de plaidoyer

ciblées sur les décideurs à tous les niveaux, le renforcement des capacités techniques des leaders nationaux et locaux.

3.2 Objectif Spécifique : Lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des PVVIH et des groupes vulnérables.

Les principaux défis à relever sont de rendre fonctionnel le comité de veille et ses groupes techniques, de diffuser et d'appliquer la loi VIH/sida, de promouvoir les politiques de lutte contre la stigmatisation et la discrimination au niveau national, sectoriel et en milieu de travail et de renforcer les activités spécifiques de communication

3.3 Objectif Spécifique : Renforcer le partenariat national et international dans le soutien aux interventions

Les interventions prioritaires sont de rendre fonctionnel le forum des partenaires, d'appuyer les réseaux nationaux pour le développement de partenariat, d'appuyer la mise en œuvre des PRIM et des plans d'action de la société civile et du secteur privé, et des religieux, de rendre fonctionnel le comité des partenaires et d'assurer le plaidoyer de la pérennisation des financements et des interventions. Des fora et actions de partenariat seront organisés au niveau national, régional et international. Le nombre d'alliances stratégiques au niveau national, régional et international obtenu par ces interventions sera un indicateur du succès de ces stratégies.

3.4 Objectif Spécifique : Renforcer les capacités de réponse des principaux secteurs de développement pour améliorer la qualité des services de prévention, de soins et de soutien aux PVVIH.

Les stratégies de lutte contre le SIDA doivent avoir une place importante dans les documents de politique de l'Etat tel que le DSRP, la politique sanitaire. Les services de santé devront obtenir les ressources (humaines, matérielles, financières et les médicaments) nécessaires à la prise en charge correcte des PVVIH. Le nombre de structures renforcées chaque année et pérennisant la réponse et le nombre de groupes vulnérables bénéficiant d'appui seront les indicateurs de cette stratégie.

4 Objectif Stratégique : Renforcer le Système Communautaire

Objectif spécifique 4.1 : Renforcer les capacités institutionnelles de la société civile

Il s'agira d'assurer un appui institutionnel aux associations et réseaux de PVVIH, aux associations de population clé les plus exposées, aux OCB, ONG et réseaux impliqués dans la lutte contre le Sida.

Objectif spécifique 4.2: Renforcer l'appui institutionnel aux secteurs publics et la réponse des collectivités locales

5 Objectif Stratégique : Renforcer le Système de Santé

Objectif spécifique 5.1 : Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de soins

Des structures de référence sur le VIH/SIDA bénéficieront d'une réhabilitation et d'équipements prioritaires.

Objectif spécifique 5.2 : Renforcer le système sanitaire en ressources humaines qualifiées

Un personnel sera recruté pour combler le gap au niveau de la qualité de service VIH/SR/TB

Objectif spécifique 5.3 : Renforcer les capacités managériales

Objectif spécifique 5.4 : Renforcer l'intégration des services VIH, TB, SMNI, Palu

Cet objectif consistera à assurer la mise en œuvre d'un paquet de services et d'une supervision intégrés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

6 Objectif Stratégique: Améliorer le suivi évaluation et l'information stratégique

Objectif spécifique 6.1 : Renforcement des capacités organisationnelles et ressources humaines en suivi évaluation

Objectif spécifique 6.2 : Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation

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

Le niveau d'intégration de la Gestion et particulièrement de la planification se mesurera au triple plan des actions, des ressources et des procédures.

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

Objectif spécifique 6.3 : Assurer la surveillance biologique et comportementale vis-à-vis du VIH et des IST

Le système de surveillance épidémiologique et comportementale du VIH et des IST sera renforcé. Les données de la surveillance épidémiologique contribuent à améliorer la qualité et la couverture de la réponse nationale. Les interventions prioritaires concernent le renforcement des capacités organisationnelles des services impliqués dans la surveillance du VIH et des IST. Il s'agit des structures de surveillance épidémiologique par leur renforcement en personnel permanent et temporaire, en équipement, matériel, logistique et l'appui pour leur fonctionnement au niveau national et décentralisé.

Le renforcement du système informatisé d'analyse de données sur la réponse nationale au SIDA et le renforcement des capacités techniques du personnel des services chargés du suivi de la mise en œuvre des plans d'action pour la notification des cas (IST, SIDA, TB+VIH, Décès...), les acquis en matière de séro-surveillance sentinelle du VIH et des IST(*) sont capitalisés et l'opérationnalité des sites sentinelles assurée par l'appui en équipement, réactifs et consommables, outils de gestion. Les activités de surveillance comportementale, combinée du VIH (ESC, EDS, ENSC, PISR, SSG et autres) seront régulièrement réalisées pour suivre les indicateurs du programme. Les résultats de ces études épidémiologiques seront produits et diffusés périodiquement sous forme de rapports d'études publiés, bulletins d'information, lors de journées de présentation des données du système d'information pays et dans un Site Web régulièrement mis à jour.

Objectif Spécifique 6.4 : Soutenir la recherche opérationnelle

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

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

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

7. Améliorer la gestion et la coordination du programme

Objectif Spécifique 7.1 : Renforcer la gestion et la coordination au niveau central

La coordination de la réponse nationale à l'épidémie de VIH doit être opérationnelle à tous les niveaux pour garantir des résultats dans la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions. Les interventions prioritaires visent la pérennisation de la coordination en renforçant le leadership de l'Etat à prendre en charge cette coordination. Un personnel qualifié sera affecté et des locaux adaptés et fonctionnels seront mis en place pour abriter le siège de l'organe de coordination de la réponse nationale à l'épidémie de VIH par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires. Le fonctionnement du CNLS et de son Secrétariat Exécutif, ainsi que celui des comités décentralisés et des Comités sectoriels de lutte contre le SIDA sera soutenu pour garantir leur opérationnalité et une réponse efficace et coordonnée.

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

Objectif Spécifique 7.2 : Renforcer la gestion et la coordination au niveau régional

Objectif Spécifique 7.3 : Améliorer le système logistique pharmaceutique VIH/IST

Des nombreux acquis ont été enregistrés dans la logistique des médicaments et autres produits VIH grâce à la collaboration entre la PNA, la Division SIDA, le CHU de Fann et le CNLS. Cette collaboration devra se poursuivre et se renforcer autour du comité de gestion des médicaments et réactifs. Ce partenariat assurera une meilleure planification des appels d'offres en concertation avec tous les acteurs. Les capacités de la PNA et des PRA seront renforcées pour améliorer les conditions de stockage des ARV et des réactifs. Une informatisation du système permettra d'assurer la traçabilité des médicaments ARV, IO, des réactifs et d'avoir une vision régulière sur les tableaux des comparateurs des médicaments et réactifs VIH/SIDA. Le système de décentralisation des produits VIH au niveau des PRA va se poursuivre et sera consolidé par le renforcement des capacités en gestion de stocks des différents acteurs de la chaîne d'approvisionnement.

La pharmacovigilance des médicaments ARV et IO devra être assurée par le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Le contrôle systématique de la qualité et de la constance de qualité des médicaments et autres produits sera assuré.

7.4 OBJECTIFS STRATEGIQUES, SPECIFIQUES ET PRINCIPALES INTERVENTIONS

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	PRINCIPALES INTERVENTIONS	COUTS EN CFA
1. PREVENIR LES NOUVELLES INFECTIONS	1.1 Réduire les comportements et les pratiques à risque de transmission sexuelle	1.1.1 Renforcer les interventions ciblées sur les populations Clés les plus exposés (PS, MSM, UDI)	
		1.1.2 Renforcer les interventions ciblées chez les Groupes passerelles (pêcheurs, routiers, population des sites touristiques, forces de sécurité, déplacés migrant (es), détenu (es), orpailleurs, populations fréquentant les marchés hebdomadaires etc.) en prenant en compte la sexe spécificité	
		1.1.3 Renforcer les interventions ciblées chez les jeunes de 15 à 24 ans (jeunes non scolarisés, jeunes du secteur informel, filles et garçons du milieu scolaire)	
		1.1.4 Renforcer les interventions ciblées chez les adultes Femmes âgées de plus de 25 ans et la prise en compte des aspects genre	
		1.1.5 Renforcer les interventions des religieux (stratégie ABC), des Handicapés	
		1.1.6 Assurer la promotion, l'approvisionnement, la distribution et l'utilisation des Préservatifs masculins et féminins (y compris le Marketing social)	
		1.1.7 Assurer le renforcement des capacités institutionnelles et de l'assistance technique	
	SOUS TOTAL 1.1		
	1.2 Améliorer la prise en charge des IST	1.2.1 Améliorer la couverture en services IST /SR de qualité (Réhabilitation, équipements, personnel)	
		1.2.2 Renforcer les capacités techniques pour la Prise en charge des IST	
		1.2.3 Assurer l'approvisionnement en médicaments réactifs et consommables IST pour les structures de PEC des IST	

	1.2.4 Rendre accessible et gratuit le dépistage de la syphilis (centres de référence, Centres de santé et postes de santé)	
	1.2.5 Développer des stratégies de prise en charge des IST chez les PS clandestins et les MSM	
	1.2.6 Assurer le suivi évaluation de la prise en charge des IST renforcement des capacités institutionnelles des structures IST/SR et l'assistance technique pour les services de PEC des IST	
	1.2.7 Assurer le renforcement des capacités institutionnelles des structures IST/SMI et l'assistance technique pour la prise en charge des IST	
	SOUS TOTAL 1.2	
1.3 Garantir l'innocuité transfusionnelle (VIH, Syphilis, VHB et VHC)	1.3.1 Contribuer à la couverture régionale en banques de sang (nouvelles régions : réhabilitations et équipements)	
	1.3.2 Renforcer les capacités techniques des prestataires des Banques de sang	
	1.3.3 Approvisionner les centres de transfusion sanguine et banques de sang en réactifs (VIH/syphilis/HBS/HBC), poches de sang et consommables	
	1.3.4 Renforcer le CNTS et les associations de donneurs de sang dans l'organisation de campagnes de sensibilisation et d'information sur le don de sang (organisation de la journée mondiale du don de sang, réalisation et diffusion de spots télévisés, confection d'outils de sensibilisation)	
	1.3.5 Assurer chaque année la supervision et le contrôle de qualité dans toutes les banques de sang	
	1.3.6 Organiser une revue annuelle avec tous les responsables de BDS pour le bilan annuel et le partage des informations stratégiques	
	1.3.7 Assurer le renforcement des capacités institutionnelles, l'assistance technique des services de transfusion sanguine	

	7. Contribuer au renforcement des conditions de préparation et de conservation des produits sanguins (chaîne de froid)	RSS
SOUS TOTAL 1.3		
1.4 Assurer la prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES) et aux liquides biologiques	1.4.1 Contribuer à l'approvisionnement des services hospitaliers et autres structures de soins en matériels de protection, de désinfection, de stérilisation et de traitement des déchets biomédicaux	
	1.4.2 Contribuer au renforcement des capacités techniques des prestataires des structures de soins dans la lutte contre les infections nosocomiales et la gestion des déchets biomédicaux	
	1.4.3 Prendre en charge des cas d'exposition involontaire ou accidentelle au sang et aux liquides biologiques infectants	
	1.4.4 Prendre en charge les cas de violence sexuelle et des victimes d'exposition involontaire au sexe (impliquer les services AEMO et associations chargées de la PEC des victimes de violences sexuelles)	
SOUS TOTAL 1.4		
1.5 Améliorer l'accès aux services de qualité en CDV	1.5.1 Assurer une couverture nationale en service de dépistage volontaire (réhabilitation, équipement, etc.)	
	1.5.2 Renforcer les capacités techniques pour les services de CDV (Formation en counselling et en technique de dépistage)	
	1.5.3 Approvisionner en réactifs et consommables pour les services de CDV	
	1.5.4 Organiser les Campagnes Nationales de Dépistage et les stratégies avancées et mobiles ciblées	
	1.5.5 Mettre en place des dispositifs de recherche de Perdus de vue au niveau décentralisé pour le CDV entre les Laborantins et les prestataires (responsables des équipes mobiles, SFE, ICP etc)	

	1.5.6 Renforcer les capacités institutionnelles et l'assistance technique pour les services de CDV	
SOUS TOTAL 1.5		
1.6 Assurer la couverture en paquet de services de Qualité en PTME	1.6.1 Assurer une couverture nationale du paquet complet PTME (réhabilitation, équipement etc.)	
	1.6.2 Renforcer les capacités techniques des prestataires des services PTME	
	1.6.3 Assurer l'approvisionnement en réactifs et consommables pour le dépistage des Femmes enceintes	
	1.6.4 Assurer l'approvisionnement en réactifs et consommables pour le Diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives et la mise en place d'un circuit d'acheminement des tests et des résultats	
	1.6.5 Assurer la disponibilité des ARV pour les Femmes enceintes séropositives et pour la prophylaxie chez les enfants nés de mères séropositives	
	1.6.6 Assurer l'intégration de la PTME dans les services SR	
	1.6.7 Renforcer l'intégration de la PTME dans les structures privées	
	1.6.8 Renforcer la prise en compte du Genre dans la PTME	
	1.6.9 Renforcer la PTME Communautaire	
	1.6.10 Mettre en place des dispositifs de recherche de Perdue de vue des FE testées séropositives entre les Laborantins et les prestataires (SFE, ICP etc)	
	1.6.11 Assurer le renforcement institutionnel et l'assistance technique pour les services de PTME	
SOUS TOTAL 1.6		

		1.7.1 Produire et diffuser des programmes sur le VIH/Sida avec les médias publics, privés et communautaires	
	1.7 Mettre en œuvre des programmes de communication institutionnelle et sur les aspects préventifs et de prise en charge	1.7.2 Produire et diffuser les supports éducatifs et de communication (et de plaidoyer des programmes de prévention et de prise en charge (Tous supports tous secteurs + matériel de démonstration du port du préservatif masculin/féminin)	
		1.7.3 Assurer le marketing social des préservatifs et comportements sexuels à moindre risque	
		1.7.4 Mettre en place des moyens de communication (logistique audio-visuelle)	
		1.7.5 Renforcer les capacités institutionnelles et l'assistance technique et contractualisation pour les programmes de communication	
	SOUS TOTAL 1.7		
	SOUS TOTAL I		
2. AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH ET DES OEV	2.1 Renforcer la prise en charge médicale de qualité des PVVIH	2.1.1 Assurer une couverture nationale en services de Prise en charge médicale des PVVIH (réhabilitation, équipement etc.)	
		2.1.2 Renforcer les capacités techniques pour la PEC médicale des PVVIH (prestataires des structures publiques, privées et parapubliques)	
		2.1.3 Assurer le Traitement antirétroviral des Adultes et des enfants	
		2.1.4 Assurer le Suivi hémato biochimique, immunologique et virologique des PVVIH Adultes et Enfants	
		2.1.5 Assurer la prophylaxie et le traitement des Infections opportunistes (IO)	
		2.1.6 Renforcer les modèles PTA, UTA D61	
		2.1.7 Renforcer la gestion intégrée de la co-infection TB-VIH	

	2.1.8 Renforcer la gestion intégrée de la co-infection VIH-Hépatites	
	2.1.9 Mettre en place des dispositifs de recherche de Perdus de vue entre les services de prise en charge médicale, les assistants sociaux (pour les non associatifs) et les Associations de PVVIH (PVVIH)	
	2.1.10 Assurer le renforcement institutionnel et l'Assistance technique pour les services de prise en charge médicale	
SOUS TOTAL 2.1		
2.2 Renforcer la prise en charge psychosociale, nutritionnelle, économique et communautaire des PVVIH	2.2.1 Renforcer les capacités techniques pour la PEC psychosociale, nutritionnelle, économique et communautaire des PVVIH	
	2.2.2 Assurer les soins et l'appui pour la prise en charge psychosociale, économique des PVVIH	
	2.2.3 Renforcer la Prise en charge nutritionnelle des PVVIH	
	2.2.4 Renforcer les capacités économiques (Projets générateurs de Revenus et insertion socioprofessionnelle) pour les PVVIH	
	2.2.5 Assurer le renforcement institutionnel, la participation des PVVIH (GIPA) et l'Assistance Technique pour la prise en charge communautaire des PVVIH	
SOUS TOTAL 2.2		
2.3 Appuyer la prise en charge des OEV	2.3.1 Révision et diffusion du Guide de Prise en charge psychosociale des OEV	
	2.3.2 Soutien scolaire aux Orphelins et Enfants vulnérables (OEV)	
	2.3.3 Soutien psychosocial, médical aux Orphelins et Enfants vulnérables (OEV)	
	2.3.4 Renforcer les capacités institutionnelles et l'assistance technique pour la prise en charge des OEV	

	SOUS TOTAL 2.3		
	SOUS TOTAL II.		
3. PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA REPONSE VIH (PRENANT EN COMPTE LES PAYS LIMITOPHES) ET AU RESPECT DES DROITS HUMAINS	3.1 Renforcer le leadership national et local dans la lutte contre le VIH	3.1.1 Renforcer l'implication des leaders religieux, communautaires, politiques et locaux dans la Réponse au VIH	
		3.1.2 Renforcer les capacités techniques des leaders nationaux et locaux	
	3.2 Lutter contre la stigmatisation et la discrimination a l'encontre des PVVIH et autres groupes vulnérables	3.2.1 Rendre fonctionnel le comité de veille et les groupes de réflexion (Genre /MSM/ TS et groupes passerelles/ PPL et UDI/ PVVIH et OEV)	
		3.2.2 Renforcer le partenariat avec les organisations de lutte contre les violences basées sur le genre	
		3.2.3 Diffuser la loi sur le VIH/Sida et renforcer le plaidoyer pour son application	
		3.2.4 Promouvoir la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en milieu de travail	
		3.2.5 Renforcer les activités de communication sociale sur le VIH/Sida	
	3.3 Renforcer le partenariat national et international dans le soutien aux interventions	3.3.1 Rendre fonctionnel le forum des partenaires	
		3.3.2 Appuyer les réseaux nationaux pour le développement de partenariat	
		3.3.3 Assurer le plaidoyer de la pérennisation des financements et des interventions	
		3.3.4 Renforcer la gestion transfrontalière de la lutte contre le VIH/sida	
	3.4. Renforcer l'implication du secteur privé et l'application des dispositions de l'OIT	3.4.1 Renforcer l'engagement du secteur privé avec un principe de cofinancement	

	sur le VIH en milieu de Travail	3.4.2 Assurer l'application des dispositions de l'OIT sur le VIH en milieu de Travail	
	3.5 Renforcer les capacités de réponse des principaux secteurs de développement	3.5.1 Assurer l'intégration du VIH dans les politiques et programmes de développement	
	SOUS TOTAL III.		
4. RENFORCER LE SYSTEME COMMUNAUTAIRE	4.1 Renforcer les capacités institutionnelles de la société civile	4.1.1 Assurer un appui institutionnel aux Associations et réseaux de PVVIH et autres associations de groupes clés les plus exposés	
		4.1.2 Assurer un appui institutionnel aux ONG, OCB et réseaux impliqués dans la lutte contre le sida et les IST	
	4.2 Renforcer l'appui institutionnel aux secteurs publics et la réponse des collectivités locales	4.2.1 Assurer un appui institutionnel aux secteurs publics	
		4.2.2 Renforcer l'implication des collectivités locales au financement et à la mise en œuvre des	
	SOUS TOTAL IV.		
5. RENFORCER LE SYSTEME DE SANTE	5.1 Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de soins	5.1.1 Appuyer la Réhabilitation des structures sanitaires (référence, intermédiaire et périphérique)	
		5.1.2 Renforcer la maintenance de l'équipement des structures sanitaires	
		5.1.3 Renforcer l'assurance Qualité des produits médicaux, Vaccins et Technologie (CNTS, PNA, DPL , L N)	
		5.1.4 Financement de la demande	

	5.2. Renforcer le système sanitaire en ressources humaines qualifiées	5.2.1. Recruter du personnel qualifié (médecins pharmaciens, biologistes, infirmiers, sages-femmes Assistants sociaux, comptables etc	
		5.2.2. Renforcer les capacités des ressources humaines et la promotion de la politique de fixation du personnel en zones difficiles	
		5.2.3. Elaborer et mettre en œuvre une politique de délégation de tâches pour toutes les composantes stratégiques du programme	
	5.3. Renforcer les capacités managériales du personnel	5.3.1. Renforcement du système suivi évaluation et la réalisation régulière du monitoring et des enquêtes (EDS, revues, évaluation etc.)	??
		5.3.2. Appuyer la coordination des activités	
		5.3.3 Appuyer le renforcement des capacités managériales et de leadership des équipes de coordination et de gestion à tous les niveaux	
		5.3.4. Appuyer la mise en œuvre de la politique de financement Basé sur les résultats	??
	5.4. Renforcer l'intégration des services VIH, TB, SMNI, Palu	5.4.1. Appuyer la mise en œuvre du paquet intégré à tous les niveaux	
		5.4.2. Assurer la mise en œuvre de la supervision intégrée à tous les niveaux	
		SOUS TOTAL V.	
6. AMELIORER LE SUIVI – EVALUATION, L'INFORMATION STRATEGIQUE ET LA RECHERCHE	6.1 Renforcer les capacités organisationnelles et les ressources humaines en suivi évaluation	6.1.1 Mettre en place des unités de suivi-évaluation viables Recruter des acteurs en suivi évaluation ?	?
		6.1.2 Assurer la formation des acteurs en suivi évaluation	

		6.1.3 Institutionnaliser les cadres et mécanismes de suivi évaluation jusqu'au niveau des Postes de santé à travers des actes administratifs	
6.2 Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation	6.2.1 Renforcer le système de planification stratégique et opérationnelle basée sur les résultats à tous les niveaux		
	6.2.2 Renforcer le système d'information globale pour la collecte des données VIH et des IST de qualité à tous les niveaux du système national de suivi-évaluation		
	6.2.3 Assurer la supervision, le contrôle qualité, l'audit et la validation des données à tous les échelons (niveau central et au niveau régional)		
	6.2.4 Appuyer la mise en œuvre des évaluations programmatiques (CDV, PTME, PEC ARV, Enquête IP6-IP7 etc.) et Financières (REDES ou NASA etc.)		?
	6.2.5 Appuyer la mise en œuvre de l'enquête sur les compétences de vie en milieu scolaire et chez les jeunes		?
6.3 Assurer la surveillance biologique et comportementale vis-à-vis du VIH et des IST	6.3.1 Appuyer la mise en œuvre de la Surveillance Biologique et comportementale (Surveillance Sentinelle, ENSC, ESC, EDSVIH+, Enquête spéciale biologique et comportementale chez les MSM etc.)		
	6.3.2 Appuyer la surveillance des Résistances des IST aux Antibiotiques, des résistances aux ARV, Autres surveillances		
6.4 Soutenir la recherche opérationnelle	6.4.1 Elaborer un agenda de recherches		
	6.4.2 Appuyer la mise en œuvre de recherches opérationnelles pertinentes		
6.5 Appui à la documentation et à la diffusion de l'information stratégique	6.5.1 Mettre en place et à la fonctionnalité de Bases de données et des sites WEB		?
	6.5.2 Assurer la documentation des bonnes pratiques et la multiplication des rapports et documents stratégiques		
	SOUS TOTAL VI.		

7. AMELIORER LA GESTION ET LA COORDINATION DU PROGRAMME	7.1 Renforcer la gestion et la coordination au niveau central	7.1.1 Assurer la coordination et le fonctionnement technique et administratif su Secrétariat Exécutif du CNLS	
		7.1.2 Organiser les réunions du CNLS et les réunions de coordination	
		7.1.3 Renforcer les capacités de gestion technique et financière du niveau central	
		7.1.4 Réaliser les audits techniques et Financiers du Programme et des projets	?
		7.1.5 Renforcer l'assistance technique, la consultance et la contractualisation	
	7.2 Renforcer la gestion et la coordination au niveau régional	7.2.1 Assurer la coordination et le fonctionnement des CRLS, des CDLS, des Pools sida	
		7.2.2 Assurer le fonctionnement des 14 Unités d'Appui Régionales	
		7.2.3 Renforcer les capacités de gestion technique et financière du niveau régional et local	
	7.3 Améliorer le système de gestion logistique et pharmaceutique vih/IST	7.3.1 Contribuer à l'équipement de la PNA et des PRA et des régions et districts (camions, glacières etc.)	
		7.3.2 Renforcer la capacité de gestion du système logistique	
		7.3.3 Renforcer le système d'approvisionnement des médicaments, réactifs, condoms et autres produits VIH	
		7.3.4 Mettre en place un système de suivi évaluation de la logistique pharmaceutique	
		SOUS TOTAL VII.	

Indicateurs d'impact

Libellé de l'indicateur	Cible	Données de base		2015
		Valeur	Source	
Pourcentage de la population infecté par le VIH dans la population générale	Population de 15-49 ans	0,7%	EDS	≤ 2%
	Hommes de 15-49 ans	0,4%	EDS	≤ 1%
	Femmes de 15-49 ans	0,9%	EDS	≤ 1%
	Jeunes garçons de 15-24 ans	0,1%	EDS	≤ 2%
	Jeunes filles de 15-24 ans	0,4%	EDS	≤ 2%
	Jeunes garçons de 15-19 ans	0,1%	EDS	≤ 2%
	Jeunes garçons de 19-24 ans	0,5%	EDS	≤ 2%
	Jeunes filles de 15-19 ans	0,2%	EDS	≤ 2%
	Jeunes filles de 19-24 ans	0,8%	EDS	< 2%
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	Femmes enceintes de 15-49 ans	0,8%	BE	< 2%
	Femmes enceintes de 15-24 ans	0,0%	BE	< 2%
	Femmes enceintes de 25-49 ans	0,9%	BE	< 2%
Prévalence du VIH chez les populations clé les plus exposées	Professionnelles du sexe	18,5%	ENSC	NA
	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	21,8%	Etude sur le HSH	NA

	Utilisateurs de drogues par voie intraveineuse	ND	Etude sur les UDI	< 2%
Prévalence du VIH chez les groupes passerelles	Routiers	0,6%	ENSC	< 2%
	Policiers	0,2%	ENSC	< 2%
	Militaires	0,7%	ENSC	< 2%
	Pêcheurs	0,8%	ENSC	< 2%
	Orpailleurs	1,3%	ENSC	< 2%
	Détenus	1,5%	ENSC	< 2%
Nourrissons de mères infectées par le VIH		8%	Rapport évaluation PTME	NA
Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci	Ensemble PVVIH	85%	Rapport DLSI	≥ 90%
Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans		121‰	EDV	100‰

Indicateurs de résultats et de processus

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015
			Valeur	Source	
1.2. Améliorer la prise en charge des IST	Pourcentage de la population générale présentant une IST au cours des 12 derniers mois	Jeunes garçons de 15-24 ans	3,8%	EDSIV	< 5%
		Jeunes filles de 15-24 ans	11,9%	EDSIV	< 10%
		Jeunes garçons de 15-19 ans	4,5%	EDSIV	< 5%
		Jeunes garçons de 19-24 ans	3,4%	EDSIV	< 5%
		Jeunes filles de 15-19 ans	8,3%	EDSIV	< 10%
		Jeunes filles de 19-24 ans	13,7%	EDSIV	< 10%
		Hommes de 15-49 ans	3,8%	EDSIV	< 5%
		Femmes de 15-49 ans	11,9%	EDSIV	< 10%
	Pourcentage de la population les plus exposés présentant une IST au cours des 12 derniers mois	Professionnelles du sexe			
		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			
		Utilisateurs de drogues par voie intraveineuse			
	Pourcentage de la population passerelles présentant une	Routiers			

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015
			Valeur	Source	
	IST au cours des 12 derniers mois	Policiers			
		Pêcheurs			
		Orpailleurs			
		Détenus			
	Pourcentage de personnes atteintes d'une MST se présentant auprès des établissements sanitaires examinées et traitées de manière appropriée (selon les normes nationales)		22,9%	Rapport IP6/IP7	>50%
	Pourcentage de personnes cherchant à se faire soigner pour une MST dans des établissements sanitaires				
	Pourcentage de femmes enceintes qui présentent une sérologie syphilitique positive	Femmes enceintes âgées de 15-24 ans	0,0%	SS/BE N°14	< 5%
		Femmes enceintes âgées de 25-49 ans	1,9%	SS/BE N°14	< 5%
	Pourcentage de patients atteint d'IST reçu dans les centres de soins, qui ont reçu des conseils appropriés sur les préservatifs et sur la notification au partenaire		14%	Rapport IP6/IP7	> 50%
	Pourcentage d'épisodes signalés d'urétrite chez les hommes âgés de 15 à 49 ans au cours des 12 derniers mois		1,9%	EDSIV	<5%

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015
			Valeur	Source	
	Nombre de prestataires de santé formés dans l'approche de prise en charge syndromique des IST		NR	Rapport annuel PNMLS	
	Pourcentage de personnes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec une partenaire occasionnelle lors des 12 derniers mois	Population de 15-49 ans	52,20%	EDS IV	
		Jeunes garçons de 15-24 ans	52,4%	EDS IV	80%
		Jeunes filles de 15-24 ans	35,6%	EDS IV	70%
		Hommes de 25-49 ans	72,0%	EDS IV	80%
		Femmes de 25-49 ans	40,0%	EDS IV	70%
		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	75,00%	ELIHoS	>90%
		Utilisateurs de drogues par voie intraveineuse			80%
		Routiers		ENSC	>80%
		Policiers	70%	ENSC	>80%
		Pêcheurs		ENSC	>80%
		Orpailleurs		ENSC	>80%
	Détenus		ENSC	>80%	

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015	
			Valeur	Source		
	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Jeunes filles et garçons de 15-24 ans	10,0%	EDS	<10%	
		Jeunes garçons de 15-24 ans	12,4%	EDS	<10%	
		Jeunes filles de 15-24 ans	9,9%	EDS	<10%	
	% de personnes possédant à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission	Jeunes filles et garçons de 15-24 ans	22,7%	EDS	>60%	
		Jeunes garçons de 15-24 ans	23,7%	EDS	>60%	
		Jeunes filles de 15-24 ans	19,5%	EDS	>60%	
		Professionnelles du sexe	41%	ENSC	NA	
		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			>50%	
	Nombre et Pourcentage d'écoles dans lesquelles au moins un enseignant a été formé à un enseignement relatif au VIH/sida basé sur des compétences de vie et qui l'ont dispensé au cours de la dernière année scolaire			ND		>80%
	Pourcentage, parmi les PS que les programmes de prévention parviennent à atteindre			NP	ENSC	80%
	% de PS suivies qui déclarent utiliser le préservatif lors du dernier rapport avec client payant Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant	Tout client	94,5%	ENSC	>95%	
Anciens clients		93,7%	ENSC	>95%		

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015
			Valeur	Source	
	avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Nouveaux clients	95,7%	ENSC	>95%
	Nombre de PS atteintes par les activités IEC-CCC de proximité			Rapport Annuel PSLs	23 494
	Fréquence des IST parmi les MSM				NA
	HSV2		23,3%	ENSC/MSM	
	Syphilis		5,5%	ENSC/MSM	NA
	Gonococcie		5,5%	ENSC/MSM	NA
	Chlamydiae		4,0%	ENSC/MSM	NA
	Pourcentage, parmi les MSM que les programmes de prévention parviennent à atteindre		NR	ENSC/MSM	NA

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015
			Valeur	Source	
	Nombre de MSM atteints par les activités IEC-CCC de proximité		1 863	Données Routine PSLs	3 430
	Nombre d'Adultes parmi les groupes passerelles atteints par les activités IEC-CCC de proximité				292 816
	Nombre de Jeunes de 15 à 24 ans atteintes par les activités IEC-CCC de proximité				1 908 791
	Nombre de femmes âgées de plus de 24 ans atteintes par les activités IEC-CCC de proximité				589 301
	Nombre de preservatifs masculins et femins distribués gratuitement et vendus à prix abordable	Total	11 695 529	Rapport UNGASS 2010	18 000 000
Préservatifs Masculins		11 578 734	Rapport UNGASS 2010	17 000 000	
Préservatifs féminins		116 795	Rapport UNGASS 2010	500 000	
	Nbre de structures/org MEDIAS ayant bénéficié au moins d'une convention pour la mise en oeuvre d'activités de lutte contre le sida au cours de l'année (Conventions, projets)		1 000	Rapport CNLS	2 500
1.3 Garantir l'innocuité transfusionnelle	Nombre d'unités de sang transfusées et testées pour vérifier l'absence de VIH conformément aux directives nationales		35 000	Rapport annuel CNTS	48 000

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015
			Valeur	Source	
	% d'unités de sang transfusées qui ont été testées pour vérifier l'absence de VIH conformément aux directives nationales		100%	Rapport annuel CNTS	NR
	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH		86,40%	Rapport UNGASS 2010	100%
	Nombre de DDS testés dans BDS ayant bénéficié d'un contrôle de qualité externe				
1.4 Assurer la prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES) et aux liquides biologiques	% de formations sanitaires dotées de matériels pour la protection contre les expositions aux liquides biologiques		ND	Rapport DLSI	
	Nombre de prestataires de santé formés dans la prise en charge syndromique des AES		NR		
	% de victimes d'accidents avec exposition au sang et ou aux liquides biologiques qui ont bénéficié d'une PEC selon les normes nationales		39%	Rapport DLSI	
1.5 Améliorer l'accès aux services de qualité en CDV	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat		1,50%	EDS	
	Pourcentage de structures de santé (CS, Hôpitaux, PS et ----) où le dépistage du VIH et les services de conseils sont disponibles				

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015	
			Valeur	Source		
	Nombre de femmes et d'hommes de 15 ans et plus (y compris MSM et PS) ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats	Jeunes filles et garçons de 15-24 ans	143 400	Rapport annuel PNMLS	504 161	
		Jeunes garçons de 15-24 ans				
		Jeunes filles de 15-24 ans				
		Jeunes filles et garçons de 15-24 ans				
		Jeunes garçons de 15-24 ans				
		Jeunes filles de 15-24 ans				
		Pourcentage, parmi les Professionnelles du sexe ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat		NR	ENSC	NA
		Pourcentage, parmi les MSM ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat		NR	ENSC/MSM	NA
		Pourcentage, parmi les UDI ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat		ND	ENSC/UDI	
	1.6 Assurer la couverture en paquet de services de Qualité en	Nombre et % de femmes enceintes sensibilisées, conseillées et dépistées dans les services de PTME		52 846	Rapport DLSI	427 747

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015
			Valeur	Source	
PTME	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de PTME (Prophylaxie ou trithérapie)		46%	Rapport DLSI	80%
	Nbre de FE séropositives au VIH qui ont reçu une (Prophylaxie ou trithérapie)			Rapport annuel DLSI	3 241
	Nbre d'enfants nés de mère séropositive ayant bénéficié du diagnostic précoce			Rapport annuel DLSI	2 593
2.1 Renforcer la prise en charge médicale de qualité des PVVIH	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé qui reçoivent une association antirétrovirale	Adultes et enfants	58,6%	Rapport UNGASS 2010	80%
	Nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé qui reçoivent une association antirétrovirale	Adultes et enfants			26 402
		Adultes 15 ans et +			23 318
		Enfants <15 ans			3 084
	% couverture test VIH chez cas TB				
Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administré un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH					

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015
			Valeur	Source	
	Nombre de PVVIH bénéficiant d'un diagnostic et d'un traitement contre les IO				
2.2 Renforcer la prise en charge psycho sociale, nutritionnelle, économique et communautaire des PVVIH	Nombre d'APVVIH ayant bénéficié de projets pour la mise en œuvre d'activités de prévention, de prise en charge et ou de soutien des PVVIH				
	Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une prise en charge communautaire (paquet minimum à définir)				24 384
	Nbre et % d'org de la société civile qui réalisent des activités de soutien psychologique et communautaire des PVVIH	N=19 % =ND	Rapport CNLS		
2.3 Appuyer la prise en charge des OEV	Nombre d'enfants orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 à 17 ans) ayant bénéficié d'une aide pour leur scolarisation	2161	Rapport CNLS		17 283
	Pourcentage d'enfants orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 à 17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	43%	Rapport OEV		80%
	Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins, âgés de 10 à 14 ans				
	Nombre et % d'organisations communautaires ayant reçu un soutien pour aider les OEV	ND	Rapport CNLS		
	Nombre et % d'OEV dont le foyer a reçu un soutien externe de base gratuit pour prendre en charge les soins de l'enfant	N=2678	Rapport CNLS		
3.1 Renforcer le leadership	Indice Composite des politiques				NA

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015
			Valeur	Source	
national et local dans la lutte contre le VIH					
	Nombre de leaders nationaux et locaux sensibilisés dans le soutien aux interventions de lutte contre le SIDA				
3.2 Lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des PVVIH et autres groupes vulnérables	Nombre de grandes Entreprises privées appliquant les Directives internationales sur la séropositivité et l'emploi				
	Dispositif judiciaire et réglementaire en matière de lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH et des OEV en vigueur				
3.3 Renforcer le partenariat national et international dans le soutien aux interventions	Nombre de réunions du forum des Partenaires régulièrement tenue				
4.1 Renforcer les capacités institutionnelles de la société civile	Structures des secteurs public, privé et de la société civile y compris les PVVIH ont leur capacité de réponse renforcée				
4.2 Renforcer l'appui institutionnel aux secteurs publics et la réponse des collectivités locales					

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015
			Valeur	Source	
6.1 Renforcement des capacités organisationnelles et ressources humaines en suivi évaluation					
6.2 Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation	Existence d'un plan national opérationnel et des plans intégrés régionaux				
	Disponibilité d'un manuel et d'un plan de suivi évaluation				
	Nombre de rapports annuels et d'audit technique du programme produit				
	Existence de rapports de revue annuelle conjointe, à mi-parcours et final				
6.3 Assurer la surveillance biologique et comportementale vis-à-vis du VIH et des IST					
6.4 Soutenir la recherche opérationnelle	Existence d'un agenda de recherche opérationnelle				
6.5 Appui a la documentation et a la diffusion de l'information stratégique	Nombre de rapports de surveillance épidémiologique périodique disponible et publiés				
	Existence d'un document de politique de surveillance épidémiologique				

Numéro Objectif Indicateur	Libellé de l'indicateur	Cibles	Références		2015
			Valeur	Source	
	Disponibilité d'un document de stratégie nationale de communication				
7.1 Renforcer la gestion et la coordination au niveau central	Nombre de structures de coordination de la réponse nationale sont opérationnels				
7.2 Renforcer la gestion et la coordination au niveau régional	% Plans régionaux financés et gérés selon un mécanisme décentralisé de gestion				
	Nombre d'audits financiers annuels du programme réalisé				
7.3 Améliorer le système logistique pharmaceutique VIH/IST					

CADRE DE MISE OEUVRE

— du Plan Stratégique de lutte contre le —

SIDA 2011-2015

- .1 CONCEPTION ET MISE EN OEUVRE
des plans d'action**
- .2 STRUCTURES DE MISE EN OEUVRE
des plans opérationnels**

Le cadre de mise en œuvre de la réponse à l'épidémie du sida est le plan stratégique de lutte contre le sida. Il est opérationnalisé à partir de plans d'actions annuels.

4.1 Conception et mise en œuvre des plans d'action

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

▪ Plans d'action régionaux annuels

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

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

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

▪ Plans sectoriels des ministères

Il s'agit des ministères ciblant les populations les plus vulnérables au VIH impliqués dans la mise en œuvre de plans sectoriels. Prenant en compte les priorités et les activités des services sectoriels dans les plans régionaux, les Ministères et projet nationaux, les services de référence spécialisés devront élaborer des **plans sectoriels intégrés et multidisciplinaires** en partant des Plans Intégrés Régionaux et des priorités de la réponse à l'infection VIH des Ministères dans le Plan Stratégique.

Ce plan budgétisé est finalisé avec l'appui du CTR et validé par le CRLS avant sa soumission au SE/CNLS pour financement.

La mise en œuvre du plan sectoriel sera coordonnée par les comités internes de lutte contre le SIDA dont le Secrétariat est assuré par les points focaux nommés par les ministères de tutelle.

• Plan consolidé multisectoriel national annuel de lutte contre le sida

Ce plan consolidé multisectoriel est la synthèse des actions prioritaires des niveaux départemental, régional et national. Il prend en compte les priorités et activités de toutes les structures et acteurs impliqués dans la conception et la mise en œuvre de la réponse au VIH/sida (Ministères impliqués dans la réponse au VIH/sida, société civile, secteur privé, femmes, jeunes, populations les plus exposées au risque, personnes vivant avec le VIH, parlementaires, juristes, spécialistes des droits humains, religieux, partenaires techniques et financiers et collectivités locales).

Ce plan consolidé multisectoriel national annuel est adopté par consensus par les acteurs potentiels du niveau régional et du niveau régional.

La mise en œuvre de ce plan consolidé multisectoriel national annuel de lutte contre le sida, est coordonnée par le Secrétariat exécutif du Conseil National de lutte contre le sida au niveau national et les Comités régionaux de lutte contre le sida au niveau régional.

4.2 Structures et acteurs de mise en œuvre des plans opérationnels

A. Régions à travers les plans régionaux

Les principales structures de mise en œuvre sont :

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

La mise en œuvre du plan régional se fera dans les départements, les arrondissements et les collectivités rurales à travers des plans d'action annuels et sera coordonnée par les comités régionaux et départementaux de lutte contre le sida.

B. Secteur Santé (public et privé)

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

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

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

Les principaux groupes spécialisés de travail sont :

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

C. Secteurs en charge de l'éducation, de la jeunesse, des forces armées, des femmes, du travail et des transports

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

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

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

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

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

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

D. Centres, Services spécialisés et Organisations de référence

Le Centre de référence est une structure de mise en œuvre qui de par son plateau technique, la compétence de son personnel et la vocation d'encadrement d'autres structures nationales et ou régionales, offre une expertise dans la qualité et la régularité des activités réalisées.

Peut être désigné centre ou structure de référence ou d'encadrement, les Services, les institutions, les organisations ou organismes publics, privés, confessionnelles ou communautaires dont l'implication dans la lutte contre le SIDA est effective.

Pour des raisons d'efficacité il est recommandé de n'accréditer qu'un seul centre de référence par domaine. Lorsque plusieurs structures œuvrant dans le même domaine d'action postulent pour être centre de référence, le ministère concerné désigne une commission ad hoc qui sera chargée de donner un avis motivé pour décision du ministre. Comme attribution, un centre ou organisme de référence doit :

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

Chaque centre ou structure de référence devra être doté de l'infrastructure, de l'équipement, de la logistique, des ressources humaines et financières nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Pour ce qui est du fonctionnement, les centres ou structures de référence sont sous la tutelle d'un ministère et sous la supervision de la direction concernée. Le centre ou la structure de référence élabore et met en œuvre un **plan opérationnel** de lutte contre le SIDA, en conformité avec son mandat et dans les conditions prévues dans le Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA et dans les Plans sectoriels.

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

E. Organisations de la Société civile

Certains collectifs d'ONG et Associations ont été créés au niveau national pour coordonner la multitude d'ONG et d'Associations opérant sur la même thématique ou sur des Groupes Vulnérables identiques.

Il existe aussi des Réseaux regroupant des associations de Groupes Vulnérables variés telles que le réseau des Associations de PVVIH.

Les ONG à caractère professionnel opérant surtout dans les secteurs devront prendre une place plus importante dans la lutte contre le SIDA. Cela permettrait de renforcer les actions et d'améliorer la qualité de l'implication des secteurs (ordre des médecins, associations de sages femmes, association de juristes, d'enseignants....)

Il y a également les Associations et groupements intervenant au sein des communautés et qui ont des plans d'action intégrant l'infection à VIH et les autres problèmes de développement.

Dans le respect de l'approche intégrée et multisectorielle, les interventions des organisations de la société civile doivent s'inscrire dans l'atteinte des résultats des plans des régions et ou des secteurs. Elles pourront, de ce fait, élaborer et mettre en œuvre leurs plans d'action en prenant en compte des priorités par niveau (national et régional) et autres acteurs en collaboration avec les acteurs impliqués à leur côté dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans.

Les mécanismes d'approbation des projets de plans et de financements des ONG suivront les mêmes procédures applicables aux plans des secteurs et des régions où les ONG et Associations opèrent quelque soit le mode de financement.

Le suivi et le renforcement des capacités des ONG et Associations suivront une logique similaire.

S SYSTEME

— DE —

S SUIVI-EVALUATION NATIONAL 2011-2015

5

- .1 OBJECTIFS DU SYSTEME
DE SUIVI-EVALUATION NATIONAL
- .2 CADRE DE SUIVI-EVALUATION
ET
SYSTEME D'INFORMATION

L'unité de suivi évaluation du CNLS assure la coordination du système de suivi-évaluation dans le respect du « Three Ones »

5.1. Objectif du Système de Suivi-Evaluation National

5.1.1. Objectif général

L'Objectif général est de suivre et d'évaluer les progrès accomplis dans la réponse à l'épidémie de VIH.

5.1.2. Objectifs spécifiques

Il s'agira de :

- renforcer le système National de suivi-évaluation dans le respect des 12 composantes
- suivre l'évolution de l'épidémie du VIH
- faire le suivi de la mise en œuvre de la réponse nationale
- renforcer la recherche opérationnelle et fondamentale
- développer l'information stratégique

5.2. Le cadre de suivi-évaluation et système d'information

Il s'agit du cadre organisationnel du système de suivi-évaluation, du système d'information et de l'utilisation des données pour la prise de décision

5.2.1. L'organisation du système de suivi-évaluation

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

Le premier niveau est celui des structures d'exécution (par ex. services déconcentrés, entreprises, associations, OCB). Ce niveau se caractérise par son rôle principal de développer, réaliser et documenter les différentes activités menées par les acteurs du terrain au profit des bénéficiaires. Le recueil s'effectue sous forme de fiches primaires d'activités ou de registres qui seront synthétisées sur des fiches ou des rapports mensuels et/ou trimestriels transmis par le responsable technique de la structure d'exécution pour validation au niveau du Pool sida de district qui dispose d'un Gestionnaire de données et d'un responsable EPS. Le Pool Sida du District Sanitaire regroupant l'ensemble des acteurs de mise en œuvre au niveau le plus opérationnel du système. Il s'agit d'un « pôles de synergie pour la planification, le suivi de la mise en œuvre et la collecte des données au niveau du district »

Le deuxième niveau correspond aux comités départementaux de lutte contre le sida (CDLS) qui sont les structures de coordination au niveau départemental. Les copies des fiches de synthèse trimestrielles y sont déposées, traitées par les gestionnaires de données et utilisées à des fins de gestion. Ces structures sont chargées d'assurer le feedback aux acteurs de premier niveau.

Le troisième niveau correspond aux Comités Techniques Restreints Régionaux des Unités d'Appui Régional (UAR) des CRLS. Ce sont les structures régionales de coordination et de suivi-évaluation des Plans opérationnels où les fiches de synthèse et les rapports trimestriels techniques et financiers des structures d'exécution sont validés.

L'analyse des données, l'élaboration des rapports trimestriels et annuels des plans intégrés régionaux Multisectoriels (PRIM) seront effectués par le Comité Technique Restreint (Coordonnateur CTR Régional, Gestionnaire de données régional, comptable régional) qui assure la rétro information vers les CDLS et les structures d'exécution et l'utilisation des informations régionales pour une prise de décision en vue d'améliorer la performance du plan régional intégré ?

Le quatrième niveau l'Unité de Suivi-Evaluation du SE/CNLS, structure de validation et de coordination pour le système de Suivi Evaluation national. L'Unité est le dépôt central de toute information en matière d'IST/VIH/sida au niveau national. L'Unité s'occupe de la gestion et du développement du système de SE national, en collaboration avec les structures décentralisées de coordination et les autres acteurs clés. Elle travaille avec l'ensemble des responsables du Secrétariat Exécutif pour le suivi des projets. Cette unité anime aussi les activités du groupe de technique de référence en SE.

Ce système assure la planification stratégique et opérationnelle du programme de manière participative, développe des partenariats avec les différents acteurs et programmes, développe un plan de renforcement de capacité et assure un plaidoyer pour une meilleure appropriation du système.

5.2.2. Le système d'information globale

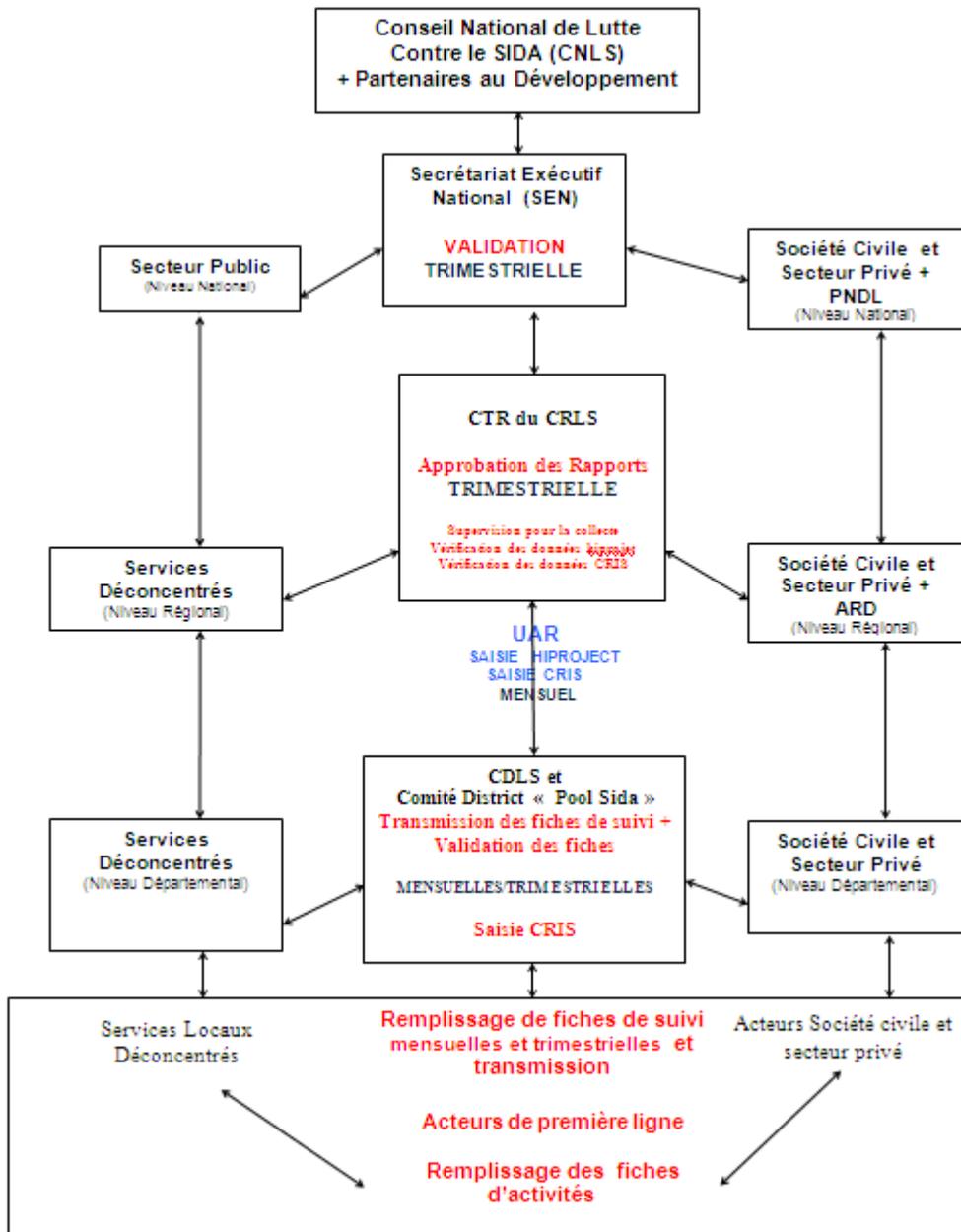
Il s'agit :

- du suivi de routine du programme
- des enquêtes, études, évaluation et audits
- de la gestion des bases de données nationale et décentralisée
- des supervisions,
- de l'assurance de qualité,
- de la validation
- et de l'audit des données

Le suivi de routine

Le suivi de routine implique la disponibilité d'outils standardisés qui sont utilisés par tous les acteurs à tous les niveaux. Les données du système sont collectées, analysées et acheminées un selon le schéma suivi.

↔ **Suivi, Supervision, Feedback, Acheminement des Données et Rapport**



5.2.2.1. Enquêtes, études, évaluations et audits

L'objectif est d'élaborer un document national de politique de surveillance épidémiologique ainsi qu'un plan national d'évaluation des performances du programme et de recherche opérationnelle.

Ces documents comporteront un inventaire d'études d'évaluation et de recherche avec les objectifs, les méthodologies, les cibles concernées, les résultats attendus ainsi qu'un répertoire de structures de mise en œuvre.

TYPES D'EVALUATIONS	FREQUENCE DE COLLECTE	STRUCTURES DE MISE EN ŒUVRE
ENQUETES et ETUDES		
Enquête pour les données de base	Première année	Cabinet ou Structure Spécialisée
Enquête sur les indicateurs du sida	Tous les 5 ans	Cabinet ou Structure Spécialisée
Enquête Démographique Sanitaire + VIH	Tous les 5 ans	Cabinet ou Structure Spécialisée
Enquête sur la qualité de la prise en charge des IST	Tous les 3 ans	Cabinet ou Structure Spécialisée
Enquête CAP des Groupes Vulnérables (MSM et Travailleuses de sexe)	En début de projet et Fin de projet	Cabinet ou Structure Spécialisée
Enquête d'Evaluation de la Satisfaction des Récipiendaires	Avant la revue à mi parcours du Programme et à la fin du programme	Cabinet ou Structure Spécialisée
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE		
Surveillance Sentinelle	Tous les 2 ans	Laboratoire de Référence Bactériologique et Virologique de Dantec
Enquête comportementale BSS <ul style="list-style-type: none"> ➤ Jeunes 15-24 ➤ Femmes ➤ Vendeuses 	Tous les 2 ans	Cabinet ou Structure Spécialisée
Rapport Surveillance combinée <ul style="list-style-type: none"> ➤ Professionnelles du sexe ➤ Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ➤ Hommes en tenue ➤ Routiers ➤ Pêcheurs ➤ Orpailleurs ➤ Détenus 	Tous les 3 ans	Cabinet ou Structure Spécialisée
Rapport sur l'information stratégique	Tous les 2 ans	Structure Spécialisée
AUDITS ET EVALUATIONS		
Audits (Techniques et Financiers) du Programme National	Annuels	Cabinet d'audit ou Structure Spécialisée
Evaluations Externes des Stratégies du Programme (IEC/GCC, CDV, PTME, PEC)	Tous les 2 ans	Structures Spécialisées
Evaluations Internes du Programme	Annuelle	Unité de Suivi Evaluation et Recherche du SE/CNLS

5.2.2.2. Gestion des bases de données nationale et décentralisées

L'objectif est de rendre disponible une banque de données fiables au niveau national et au niveau décentralisé. Le Sénégal est entrain de mettre en place un système informatisé de gestion des données en online à partir du CRIS en collaboration avec l'ONUSIDA. Les données sont collectées, vérifiées, nettoyées et validées avant leur introduction dans la base.

5.2.2.3. Supervision, assurance qualité et audits de qualité des données

La supervision et l'assurance qualité ont pour objectif de surveiller périodiquement le respect des procédures établies pour la mise en œuvre des interventions. Elles sont effectuées par des équipes expérimentées du niveau national, du niveau régional ainsi que du niveau départemental.

L'audit de la qualité des données vise à s'assurer que les données collectées, synthétisées et transmises reflètent la réalité des données produites lors de la mise en œuvre des interventions.

Un manuel de supervision et un plan de contrôle périodique de la qualité des données seront élaborés.

5.2.3. L'utilisation des données pour une prise de décision

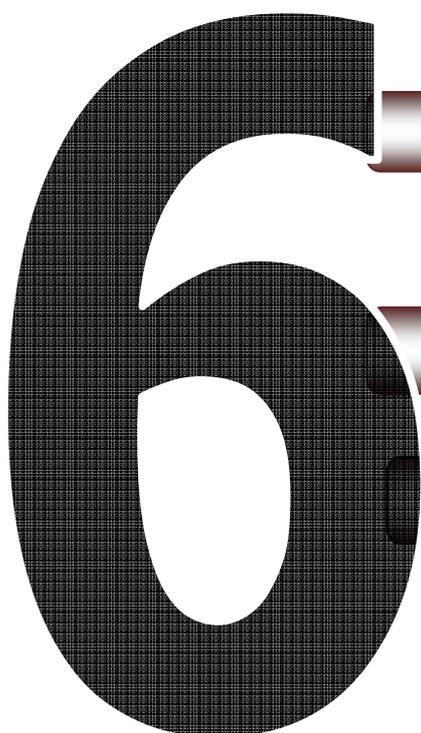
L'objectif est de transformer les données du système en information stratégique afin d'orienter la planification, les prises de décision et l'amélioration de l'atteinte des objectifs du programme. Les données sont utilisées à tous les niveaux du système. D'abord là où elles sont produites au niveau opérationnel pour action puis au niveau supérieur à des fins de planification, d'orientations des politiques, etc.

Ces informations seront diffusées selon des formats appropriés aux différents utilisateurs à différents niveau selon un plan de diffusion préétabli.

CADRE ORGANISATIONNEL

— ET — INSTITUTIONNEL

*** *****

- 
- .1 LES ORGANES D'ORIENTATION ET DE DECISIONS**
 - .2 LES ORGANES DE COORDINATION ET DE SUIVI**
 - .3 CADRE INSTITUTIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

La mise en œuvre du Plan Stratégique de lutte contre le sida se fait dans un cadre organisationnel et institutionnel comportant des organes et des structures selon les trois fonctions suivantes

1. L'orientation et la décision
2. La coordination et le suivi
3. La mise en œuvre

6.1 L'ORGANE d'orientation et de décision

LE CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Missions

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

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

Composition

1. Président : le Premier Ministre
2. Vice-président : Le Ministre en charge de la Santé
3. Secrétaire : Le Secrétaire Exécutif du CNLS
4. Membres :
 - Ministres en charge des cibles prioritaires (Santé, Education, Jeunesse, Femme, Forces Armées, Travail, Transports, Tourisme, Justice et Forces de police)
 - Le Représentant du Sénat
 - Le Représentant de l'Assemblée Nationale
 - Le Représentant du Conseil Economique et Social
 - Les Gouverneurs de régions, présidents des CRLS
 - Les représentants des Collectivités locales
 - Le Conseiller santé de la Présidence de la République
 - Le Président du Mécanisme National de Coordination du Fonds Mondial
 - Les représentants des Collectifs des ONG et Associations (Jeunes, Femmes)
 - Les représentants des réseaux des PVVIH
 - Les représentants du Patronat
 - Les représentants des Confessions religieuses
 - Le représentant des Centrales Syndicales

Membres Associés

1. Le coordonnateur résident du Système des Nations Unies
2. Le président du Groupe thématique VIH/sida du système des nations unies
3. Les Représentants des Agences de Coopération Multi et Bilatérale

Les personnalités dont l'expertise et les compétences en matière de lutte contre le SIDA sont reconnues peuvent être invitées aux sessions du CNLS et de son bureau permanent.

Fonctionnement

Le CNLS se réunit une fois par année et exceptionnellement sur convocation du Président. Chaque réunion du CNLS est précédée d'une réunion pour préparer la réunion du Conseil et finaliser les documents et rapports. Le Secrétariat des sessions du Conseil National de Lutte contre le SIDA est assuré par le Secrétaire Exécutif du Conseil National de Lutte contre le SIDA.

Entre les sessions du CNLS, sera organisé un **Forum des Partenaires** présidé par le Vice Président du CNLS, le Ministre de la santé, dont le Secrétariat est assuré par le Secrétariat Exécutif (SE/CNLS) et regroupant l'ensemble des acteurs de la Réponse au VIH/sida

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

Le SE/CNLS dresse le compte rendu des réunions du bureau du CNLS, et en assure la diffusion aux destinataires après approbation du président du CNLS.

Le CNLS s'appuie sur le **Comité des Partenaires** pour le plaidoyer financier du plan stratégique de lutte contre le sida et des plans opérationnels annuels de lutte contre le sida. Le Comité des partenaires est présidé par le coordonnateur résident du système des nations Unies, la vice présidence est assurée par un partenaire financier clé bilatéral de la réponse VIH/sida et son secrétariat par le Secrétaire Exécutif du CNLS. Tous les partenaires financiers et techniques et les décideurs et responsables des financements étatiques du secteur privé et de la société civile sont membres du comité des partenaires.

Le CNLS a des liens fonctionnels avec le **CCM (Commission Nationale de Coordination du Fonds Mondial pour le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme)** qui constitue une instance de suivi des projets du Fonds Mondial. Des instances similaires peuvent être créées pour des projets englobant plusieurs thématiques et plusieurs secteurs.

6.2 Les Organes de coordination et de suivi

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

- Niveau national par le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le SIDA (SE/CNLS)
- Niveau sectoriel (Ministère) par le Comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (Comité interne)
- Niveau régional par le Comité Régional de Lutte contre le SIDA (CTR-CRLS)

6.2.1 Le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS)

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

Missions :

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

- Assurer le secrétariat du CNLS
- Assurer la coordination du PNMLS et des plans d'action sectoriels et régionaux
- Développer les mécanismes de leur mise en œuvre
- Assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre des activités au niveau national (revue, suivi, rapports périodiques, évaluations)
- Veiller à la capitalisation et au renforcement des acquis du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
- Apporter l'appui technique nécessaire aux différents acteurs

- Assurer la coordination de l'appui des partenaires bilatéraux et des multilatéraux
- Préparer les différentes réunions de concertation et le forum des partenaires au niveau national.
- Documenter les progrès accomplis dans la réponse nationale au VIH/SIDA et orienter le CNLS sur les besoins et les priorités.
- Développer la vision et le partenariat stratégique
- Promouvoir le plaidoyer technique et financier
- Evaluer les besoins du programme national et faciliter toutes les démarches visant à harmoniser les rythmes d'exécution des différentes interventions

Le SE/CNLS comprend trois unités techniques :

1. l'unité de Gestion Programmatique
2. l'unité du Suivi Evaluation et de la Communication
3. l'unité de gestion administrative financière et d'appui logistique

SCHEMA ORGANISATIONNEL DU SE/CNLS

<u>DIRECTION DU SE/CNLS</u>			
Unités	Unité de gestion programmatique	Unité de suivi évaluation et communication	Unité de gestion administrative, financière
Missions	<ul style="list-style-type: none"> ➤ coordination de la mise en œuvre des composantes programmatiques multisectorielles du plan stratégique ➤ Coordination de la mise en œuvre des plans opérationnels intégrés et des projets multisectoriels gérés par le SE/CNLS ➤ Elaboration, révision et suivi des procédures techniques ➤ Suivi de la mise en œuvre des plans d'action intégrés régi ➤ gestion du plan GAS et des produits pharmaceutiques 	<ul style="list-style-type: none"> • coordination de l'information stratégique sur le VIH/SIDA • Revues et Planification • Planification stratégique • Elaboration des plans d'action opérationnels multisectoriels régionaux et national • Coordination de la mise en œuvre du plan de Suivi évaluation « 3 Ones » • Suivi des rapports périodiques et du niveau d'atteinte des indicateurs • Organisation des revues planification • Documentation de la mise en œuvre du programme • Mise en place d'un système d'information et de rétro information sur la réponse nationale • Elaboration et coordination de la mise en 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination des aspects fiduciaires du Se/CNLS • Elaboration et respect de l'application du manuel de procédures administratives, financières et comptables • Elaboration du tableau de bord des financements • Gestion de la logistique et du parc automobile • gestion des ressources humaines

		œuvre de la stratégie de communication sur le VIH/sida	
Structures en interaction avec les unités du SE/CNLS			
Mécanismes de coordination, d'appui et de concertation	<ul style="list-style-type: none"> • Comités internes sectoriels • CRLS & CDLS • Collectifs et Réseaux des organisations de la société civile, du secteur privé et des PVVIH • Forum des partenaires • Groupe thématique 	<ul style="list-style-type: none"> • Comité consultatif suivi évaluation 	

Fonctionnement

▪ *La Coordination*

Le SE/CNLS établit un plan d'action opérationnel annuel découlant du plan stratégique de lutte contre le SIDA et prenant en compte les orientations et recommandations des sessions du CNLS.

Le SE/CNLS se dote en outre d'un manuel de procédures qui donne les règles de collaboration au sein des unités et entre les unités.

Le SE/CNLS produit des rapports trimestriels examinés lors des réunions du groupe de suivi du Forum des partenaires et d'un rapport annuel examiné au cours des Forums des Partenaires et des sessions du CNLS.

▪ *Liens fonctionnels avec les autres structures de coordination*

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

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

▪ *Le Suivi de la mise en œuvre des interventions*

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

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

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

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

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

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

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

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

▪ *Le Suivi de la gestion financière*

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

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

Elle établira la situation de l'exécution financière tous les 6 mois et chaque année, et ceci concernera tous les bailleurs de fonds du Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA.

SUIVI DE LA GESTION FINANCIERE PAR NIVEAU		
NIVEAUX	TYPES D'ORGANE	RESPONSABILITES
National	Secrétariat Exécutif du CNLS	<ul style="list-style-type: none"> - Amendement et approbation du budget des plans sectoriels et régionaux. - Approbation des audits et autres rapports nationaux
	Unité de gestion administrative et financière du SE/CNLS	<ul style="list-style-type: none"> - Application et suivi des recommandations du CNLS et des réunions de suivi avec les partenaires au développement - Suivi des rapports financiers et des audits
Sectoriel (Ministères)	Unité de gestion des ministères	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration des plans des ministères - Définition des plans de financements à partir des ressources sectorielles propres. - Amendement et approbation du budget des plans sectoriels - Approbation des rapports financiers

Régional (*)	Unité de gestion des CRLS	<ul style="list-style-type: none"> - Définition des plans de financements à partir des ressources régionales et locales - Amendement et approbation du budget des plans régionaux - Approbation des rapports financiers
	Responsable de l'administration et de la gestion des CRLS	<ul style="list-style-type: none"> - Application et suivi des recommandations du CRLS et des réunions de suivi avec les partenaires au développement - Suivi des rapports financiers et des audits

(*) Selon les besoins prévoir une structure similaire au niveau des départements, des Arrondissements et des Collectivités locales.

6.2.2 LE FORUM DES PARTENAIRES

Le forum des partenaires est organisé annuellement pour échanger sur les rapports de suivi des interventions sur l'information stratégique et l'état d'avancement des plans d'action, des projets et des contraintes et perspectives. Les participants au Forum des Partenaires sont:

- Les représentants des parlementaires
- Les représentants des partenaires techniques et financiers
- Les représentants du SE/CNLS
- Les représentants des Comités sectoriels de lutte contre le sida
- Les représentants des comités régionaux de lutte contre le sida
- Les représentants des collectifs et réseaux des ONG nationales y compris ceux des Associations de PVVIH
- Les représentants des religieux
- Les représentants des collectivités locales
- Les représentants du patronat
- Les représentants des syndicats de travailleurs
- Les représentants des cadres de concertations et des groupes spécialisés sur le VIH /sida
- Les représentants des Personnalités dont l'expertise et les compétences en matière de lutte contre le SIDA sont reconnus ou jouant un rôle clé dans la lutte contre le SIDA.

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

6.2.3 Le Comité Régional De Lutte Contre Le Sida

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

Le Comité Régional de Lutte contre le SIDA (CRLS)

- Le Comité Départemental de Lutte contre le SIDA (CDLS)
- Le Comité Local de Lutte contre le SIDA (CLLS)

Missions :

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

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

Composition :

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

Membres

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

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

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

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

Le CTR du CRLS est composé :

1. du représentant du Conseil Régional
2. du médecin-chef du MSR ou du MC des Grandes Endémies
3. du représentant du comité médical technique
4. des représentants de la jeunesse, de l'Education, des Femmes, des Forces Armées, du Travail et des Transports
5. du représentant des services régionaux
6. du représentant de la société civile
7. du représentant du secteur privé
8. du représentant de l'association régionale des PVVIH
9. du responsable régional de la SR/Santé Maternelle et infantile

10. du responsable régional du PNT
11. du responsable de la base de données régionale sur l'infection à VIH.
12. du Point focal RSS (Sida, Tuberculose et paludisme)
13. de représentants de projets régionaux sur le VIH/sida/SR/TB

Fonctionnement

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

Liens fonctionnels avec le SE/CNLS

Le SE/CNLS appuie techniquement et sur le plan fiduciaire les CRLS

6.2.4 Les Comites Sectoriels De Lutte Contre Le Sida

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

Mission

Impulser et coordonner l'élaboration et la mise en œuvre du Plan Sectoriel intégré et multidisciplinaire de lutte contre le SIDA.

Les plans opérationnels des services découlent du plan sectoriel et représentent le volet SIDA intégré aux plans d'action des services et institutions du secteur à tous les niveaux selon leurs mandats.

Attributions

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

Composition

Présidence : Le Ministre

Rapporteur : le point focal du Ministère

Membres :

Les représentants des différents démembrements du ministère ou travaillant dans le secteur, notamment :

- Directions techniques/Projets et programmes/Organismes sous tutelle
- Services spécialisés et Centres de référence
- Projets nationaux
- Réseaux d'ONG/Associations
- Privé
- Syndicats et Associations professionnelles

Le comité sectoriel peut décider de la mise en place de **groupes spécialisés de travail** comprenant des experts non membres du comité pour étudier des projets et divers dossiers, apporter un appui à l'élaboration

de plans d'action, mener des études, des revues. Le comité sectoriel est représenté au niveau périphérique par les services déconcentrés. Les représentants de ces services sont également membres des comités régionaux de lutte contre le SIDA.

Liens fonctionnels avec le SE/CNLS

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

Fonctionnement

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