

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL



PRIMATURE



PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL SUR LE SIDA 2011 - 2015



Table des matières

SIGLES ET ABBREVIATIONS	5
RESUME EXECUTIF.....	9
1. ANALYSE DE LA SITUATION.....	11
1.2. CONTEXTE SOCIO ÉCONOMIQUE	13
1.3. ORGANISATION ADMINISTRATIVE.....	14
1.4. CONTEXTE SANITAIRE.....	14
1.5. SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE VIH/SIDA AU SÉNÉGAL	19
1.5.1. Prévalence du VIH dans la population générale	19
1.5.2. Situation épidémiologique au sein des populations passerelles	22
1.5.3. Situation épidémiologique au niveau des populations clés les plus exposées	24
1.5.4. Distribution des nouvelles infections chez les personnes adultes	25
1.5.5. Tableau sur les estimations du nombre de Nouvelles infections VIH entre 2004 et 2015	26
1.5.6. Les facteurs de vulnérabilité et les populations vulnérables	27
2. ANALYSE DE LA REPONSE.....	32
2.1. HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.....	33
2.2 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE 2007 - 2011	33
2.2.1. PREVENTION DU VIH	34
2.2.2. Prise en charge.....	40
2.2.3. Environnement favorable.....	44
2.2.4. Renforcement du système de santé.....	44
2.2.5 Renforcement du système communautaire.....	47
2.2.6. Suivi Evaluation	48
2.2.7. Coordination et Gestion.....	48
2.3. LEÇONS APPRIS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2007 2011 ..	51
3. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL SUR LE SIDA 2011-2015	52
3.1. Vision	53
3.2. But	53

3.3. Principes directeurs	53
3.4. Priorisation	55
3.5. Cibles prioritaires.....	56
3.6. CHAINE DE RESULTATS	58
3.6.1. Résultat impact 1 : les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2015	59
3.6.2. Résultat impact 2 : Au moins 80% des PVVIH diagnostiquées ont bénéficié d'un accès universel aux traitements et aux soins	65
3.6.3. Résultat impact 3 : La bonne gouvernance de la riposte nationale est assurée	69
3.7. Cadre de résultat	78
3.8. Composantes stratégiques	88
4. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	92
4.1. Conception et mise en œuvre des plans d'action	104
4.2. Structures et acteurs de mise en œuvre des plans opérationnels.....	93
4.2.1 Régions à travers les plans régionaux	93
4.2.2 Secteur Santé (public et privé)	93
4.2.3 Secteurs en charge de l'éducation, de la jeunesse, des forces armées, des femmes, du travail et des transports, du tourisme, de l'intérieur, de la justice	93
4.2.4 Centres, Services spécialisés et Organisations de référence.....	94
4.2.5 Organisations de la Société civile	95
5. SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION	105
5.1 Cadre de résultats du PSN sur la sida2012- 2015.....	106
5.2 Mise en œuvre du système de suivi et évaluation.....	110
5.2.1. Cadre de mise en œuvre du système de suivi et évaluation	110
5.2.2 : Gestion des données	111
5.2.3 Sources des Données et Produits d'Informations.....	113
5.3 Renforcement du système de suivi et évaluation	114
5.3.1 Production d'informations stratégiques.....	114
5.3.2 Supervision du Système de SE	115
5.3.3 Assurance Qualité des Interventions	115

5.3.4 Institutionnalisation du processus de Revue Annuelle du Programme de mise en œuvre du PSN SUR LA SIDA	115
5.4 Evaluation du système de suivi et évaluation	115
6. CADRE ORGANISATIONNEL ET INSTITUTIONNEL	116
6.1. L'ORGANE D'ORIENTATION ET DE DÉCISION.....	117
6.2. LES ORGANES COORDINATION ET DE SUIVI	118
6.2.1. Le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS).....	119
6.2.2 Le Forum des Partenaires	122
6.2.3 Le Comité Régional de Lutte contre Le Sida	123
6.3 Cadre Institutionnel de la lutte contre le Sida	126

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABC	Abstinence Bonne fidélité Condom
AES	Accident avec Exposition au Sang ou au sexe
AGR	Activités Génératrices de Revenu
ANCS	Alliance Nationale de lutte contre le Sida
APDC	Agent Porteur de Développement Communautaire
ARV	Antirétroviraux
BAD	Banque Africaine de Développement
BE	Bulletin Epidémiologique
BSS	Behavior Sexual Survey
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CCM	Country Coordination Mechanism
CD4	Lymphocyte CD4
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le Sida
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectoriels à Moyen Terme
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Médicale Universelle
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNT	Comité National Tripartie
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation PréNatale
CRLS	Comité Régional de lutte contre le Sida
CTR	Comité Technique Restreint
DLSI	Division de Lutte contre le Sida
DOTS	Stratégie d'Observation Directe du Traitement
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

EDS	Enquête Démographique et de Santé
ELIHOS	Etude d'évaluation des Interventions chez les Homosexuels au Sénégal
ENDA	Environnement Développement et Action
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
EPS	Etablissements Publics de Santé
FAR	Femmes en Age de Procréation
FM	Fonds Mondial
FHI	Family Health International
GIPA	Great Involvement of People living with HIV Aids
GOANA	Grande Offensive Agricole pour la Nourriture et l'Abondance
HDR UNDP	Human Development Reports (HDR)
ICC	Intervention pour un Changement de Comportement
ICP	Infirmier Chef de Poste
ICR	Implementation Closing Report
IDA	International Development Agency
IEC	Information - Education – Communication
IHS	Institut d'Hygiène Sociale
IO	Infection Opportuniste
IP	Inhibiteur de la Protéase
IP6/IP7	Indicateurs de Prévention N°6 et 7
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LBV	Laboratoire de Bactériologie et Virologie
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
MIF	Microscope à ImmunoFluorescence
HSB	Men having Sex with Men
OCB	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelin et Enfant Vulnérable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PCR	Polymerase Chain Reaction
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PEC	Prise En Charge
PIB	Produit Intérieur Brut
PISR	Projet de prévention des IST/Sida en milieu rural au Sénégal
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRIM	Plan Régional Intégré Multisectoriel
PS	Professionnelles du Sexe
PSC	Professionnelles du Sexe Clandestines
PSN	Plan Stratégique National
PSO	Professionnelles du Sexe Officielles
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
REDES	Revue des Dépenses sur le Sida
RSS	Renforcement Système de Santé
SCA	Stratégie de Croissance Accélérée
SE	Suivi-Evaluation
SECNLS	Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida
SESAME	Prise en Charge Médicale des personnes âgées de plus de 60 ans
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SR	Sous Récipiendaire
SR	Santé de la reproduction
SS	Surveillance Sentinelle
SSG	Surveillance de Seconde Génération
TB	Tuberculose
TDO	Traitement Directement observé
TME	Transmission Mère Enfant
CDI	Consommateurs de Drogues Injectables
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNGASS	Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida
USAID	United States Agency for International Development
UTA	Unité de Traitement Ambulatoire
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME EXECUTIF

Trois décennies après sa découverte, le sida occupe la première place des maladies les plus mortelles en Afrique avec un taux de décès annuel de 1.300.000 adultes et enfants, et reste la maladie la plus handicapante pour le développement des pays pauvres. Malgré la diminution des nouvelles infections publiée en 2010 par l'ONUSIDA, force est de constater que le rythme de propagation du sida dépasse les capacités des réponses nationales.

Le Sénégal qui vient de capitaliser plus de 25 ans de succès dans la prévention est l'un des rares pays du monde à avoir relevé ce défi de 1986, année de la déclaration des premiers cas de sida à Décembre 2010. Le Sénégal est également le premier pays en Afrique subsaharienne qui s'est approprié sa politique de traitement antirétroviral en mettant en place en 1998 la première initiative gouvernementale d'accès aux traitements antirétroviraux qu'il a entièrement financé

Le présent plan stratégique multisectoriel de riposte au sida 2011-2015, le troisième de ce millénaire, s'inscrit dans une perspective de renforcement des acquis de prévention et de prise en charge. De plus, il a pour ambition de relever le défi de l'accès universel aux services de prévention et de prise en charge, de capitaliser l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD 6) sur le sida, de contribuer à l'atteinte de l'OMD 6 sur la tuberculose, de l'OMD 4 sur la réduction de la mortalité infantile, de l'OMD 5 sur la réduction de la mortalité maternelle, de l'OMD 3 sur le genre, de l'OMD 8 sur le partenariat et de l'OMD 1 sur la pauvreté.

Son élaboration a pris en compte la Déclaration de Paris et l'IHP+ sur les principes de l'Appropriation nationale ; la transparence dans la gestion des ressources financières, dans l'obligation de rendre compte et dans la gestion axée sur les résultats, la collaboration avec la Société Civile et le secteur privé, les déclarations d'engagement des chefs d'Etats et de gouvernements de 2001 sur la coordination de la riposte au sida au plus haut niveau des Etats et la réponse multisectorielle, de 2006 sur l'accès universel aux services de prévention, de traitements et de soutien et la déclaration politique sur le VIH de 2011. Elle a pris également en compte le type d'épidémie concentrée qui caractérise le pays avec des disparités dans les régions Sud frontalières avec la Gambie, la Guinée et la Guinée Bissau et les régions Est frontalières avec le Mali où l'épidémie est de type généralisé et sur les acquis, contraintes et opportunités de la Réponse des 5 dernières années.

La situation épidémiologique actuelle, les résultats de l'Analyse situationnelle et de la Réponse développés dans la première partie du document ont permis de définir la vision du plan stratégique «Zéro nouvelle infection, Zéro décès lié au sida et Zéro discrimination d'ici 2015». Le gouvernement du Sénégal s'est fixé pour l'année 2015 les défis d'élimination de la transmission Mère Enfant du VIH, de maintien à moins de 1% de la prévalence du VIH dans la population générale et de mise sous traitement de plus de 80% des personnes vivant avec le VIH qui en ont besoin.

Les données récentes sur la dynamique de l'épidémie «70% des nouvelles infections survenant dans les couples hétérosexuels stables» la prévalence élevée du VIH chez les populations clés les plus exposées Professionnelles du sexe (18,5%) Hommes qui ont des rapports sexuels avec les Hommes (HSH) et les consommateurs de drogues injectables (9,4%) ont entraîné des améliorations dans la définition des cibles et stratégies prioritaires.

La sélection des indicateurs d'impact, d'effet, des stratégies et interventions prioritaires et la budgétisation ont été faites dans le respect des principes de « gestion axée sur les résultats, d'efficacité, d'optimisation des ressources, de bonne gouvernance et de pérennisation de la réponse ».

Les composantes stratégiques clés qui ont fait leurs preuves dans le renforcement des acquis de prévention et de prise en charge ont été capitalisées. Il s'agit de la prévention des nouvelles

infections, de l'amélioration de la prise en charge des personnes infectées et affectées, de l'environnement favorable du suivi évaluation recherche et de la gestion coordination. A celles-là s'ajoutent le renforcement du système sanitaire et communautaire pour combler les gaps des capacités de mise en œuvre. De plus, le respect des droits humains, le genre et la pérennisation ont été pris en compte pour renforcer la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des populations clés plus exposées aux risques et garantir l'équité dans la couverture universelle aux services de prévention et de prise en charge.

Enfin sont mentionnés dans la dernière partie du document les cadres de mise en œuvre, de suivi évaluation ainsi que le cadre institutionnel de management pour permettre aux décideurs, aux acteurs des secteurs publics, privés, à la société civile et aux partenaires techniques et financiers de jouer leur partition dans cette réponse multisectorielle au VIH et de contribuer à l'atteinte des résultats du présent plan stratégique national sur le sida 2011-2015.

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1. ANALYSE DE LA SITUATION

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, elle est limitée 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 république de 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 SOCIO-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, de Kédougou et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au Km². Elles 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 rural qui est à l'origine de la multiplication des bidonvilles.

Selon les âges et sexes, la population du Sénégal en 2010 reste caractérisée par son extrême Jeunesse. La moitié de la population a moins 17 ans et l'âge moyen se situe à 22 ans. La population Ayant moins de 15 ans représente 43,3% de la population totale tandis que celle de moins de 25 ans représente 64,0%. Il faut signaler que la proportion des personnes âgées (65 ans et plus) n'est pas négligeable. En effet, elle est de 3,9%. Selon le sexe, les femmes sont numériquement plus importantes surtout aux âges féconds. A 15-49 ans, elles représentent 47,2% contre 44,8% pour les hommes. La proportion est de 51% de la population totale contre 49% chez les hommes.

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) globalement estimé à 5,3 enfants par femme est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme). L'EDS5 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 47 décès pour mille naissances vivantes et une mortalité juvénile de 64 décès pour mille enfants âgés de moins 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 (EDS4, 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).

Les principaux groupes ethniques sont : les wolofs (43%), les pulhars (24%), les sérères (15%), les diolas (5%) et les mandingues (4%).

La religion : La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%). On y trouve 4% de chrétiens et les autres religions représentent 2%.

Le Taux Brut de Scolarisation dans l'enseignement élémentaire en 2010-2011 est de 93,9%, dans l'enseignement Moyen 53,2% et dans l'enseignement secondaire 21,7%.

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)

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 de 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 contreperformances 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

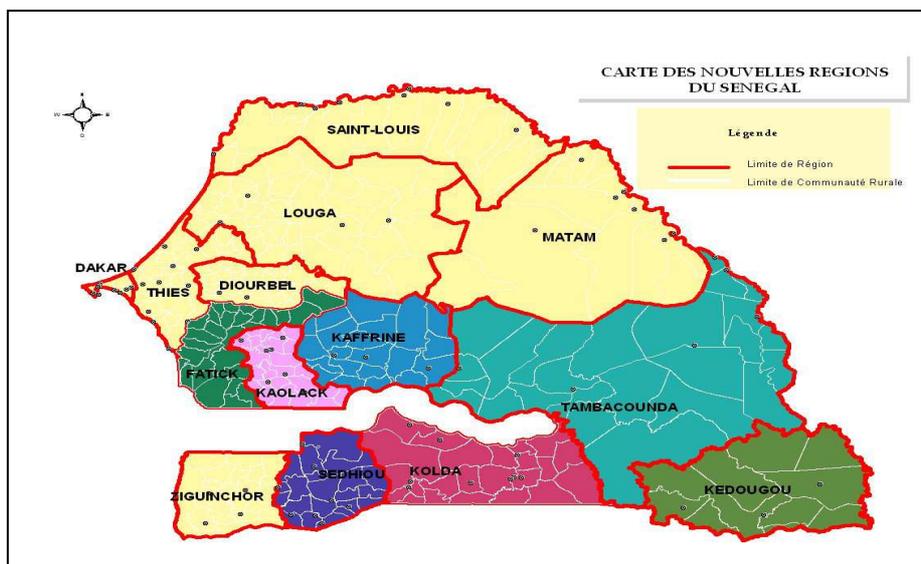
nouvelles subventions pour faire face à une forte demande sociale, notamment pour atténuer l'impact de la hausse des prix internationaux de pétrole et d'aliments sur les prix domestiques. La crise financière internationale pourrait encore affecter négativement les prévisions optimistes de croissance 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 10,5% et devrait atteindre 15% en 2015 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).



Graphique 1 : carte du Sénégal

1.4. CONTEXTE SANITAIRE

L'Etat a défini une Politique Nationale de Santé qui est mise en œuvre depuis l'indépendance à travers des plans quinquennaux. A la fin des années 1990, il a élaboré en collaboration avec les partenaires au développement, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS I) 2004 - 2008. A la suite de ce premier Plan un deuxième Plan PNDS II couvrant la période 2009 – 2018 est actuellement en cours d'exécution.

La part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est en hausse régulière ces dernières années. La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante

du budget du Ministère de la Santé qui est passé de 29 milliards en 2000 à 108,4 milliards CFA, en 2010¹. Ce budget représente aujourd'hui 10,5% du budget de fonctionnement de l'Etat.

En 2010, selon le « Rapport de performances du CDSMT 2010 », le système de santé sénégalais est composé des structures publiques suivantes :

- quatorze (14) régions médicales ;
- vingt-cinq (25) hôpitaux, dont vingt-trois (23) fonctionnels ;
- soixante-seize (76) districts sanitaires;
- quatre-vingt-neuf (89) centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé et 11 érigés en EPS1.
- mille deux cent quarante (1.240) postes de santé dont 1214 fonctionnels;
- cent vingt-neuf (129) maternités ;
- deux mille quatre-vingt-dix-huit (2.098) cases de santé
- six (06) établissements publics de santé non hospitaliers.

Outre ces structures publiques, le système de santé sénégalais comprend 555 cabinets médicaux privés, 37 cliniques privées, 570 cabinets para médicaux privés, 23 structures d'entreprise et 77 postes de santé privés. Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes² préconisées par l'OMS (Tableau 1).

Tableau 1 : répartition des districts, hôpitaux, centres de santé et postes de sante par région

N°	REGIONS	DISTRICPS	HOPITAUX	CS	PS Publics	PS PRIVES	TOTAL PS
1	DAKAR	10	8	19	109	12	121
2	DIOURBEL	4	2	4	72	4	76
3	FATICK	7	0	6	76	11	87
4	KAFFRINE	4	0	3	40	0	40
5	KAOLACK	4	1	4	64	6	70
6	KEDOUGOU	3	0	2	18	2	20
7	KOLDA	3	1	2	42	3	45
8	LOUGA	9	1	5	68	1	70
9	MATAM	3	1	3	66	0	66
10	SAINT LOUIS	5	2	5	95	2	97
11	SEDHIOU	3	0	2	40	2	41
12	TAMBACOUNDA	7	1	7	60	4	64
13	THIES	9	2	9	126	18	143
14	ZIGUINCHOR	5	1	5	95	12	109
TOTAL		76	20	76	971	77	1 049

Source : Carte Sanitaire du Sénégal 2010

Ces deux dernières décennies sont marquées par une amélioration de la situation sanitaire comme en atteste la tendance de la plupart des indicateurs suivis par les programmes de santé. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile bien qu'encore élevés, ont connu une baisse

¹ Selon la loi de finances de 2010

² Normes OMS : 1 poste de santé pour 10 000 habitants ; 1 centre de santé pour 50 000 habitants et 1 hôpital pour 150 000 habitants

significative. En effet, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 121‰ en 2005 à 72‰ en 2010 et celui de la mortalité infantile est passée de 61‰ en 2005 à 47‰ en 2010. Enfin, la mortalité maternelle de 401 pour 100.000 naissances vivantes en 2005 est tombée à 392 pour 100.000 naissances vivantes en 2010.

Le PNDS-II accorde une place importante à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, aux IST/sida et au contrôle des maladies endémiques, notamment le paludisme. Cette dernière endémie qui est une des premières causes de morbidité, est en train de perdre du terrain, résultat à mettre notamment à l'actif du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Le niveau de prévalence du VIH, relativement faible au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans (0,7%, EDS5) reste stable. Cependant, les résultats des enquêtes sur les groupes à risque montrent des prévalences beaucoup plus élevées.

Pour les consultations prénatales, plus de 9 bénéficiaires sur 10 (93%) ont été consultées par un personnel médical formé pendant la grossesse en 2010. Pour les naissances survenues au cours des 5 dernières années, 65% des mères (en EDS5) ont bénéficié de l'assistance d'un personnel médical formé à l'accouchement.

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 (Poste de Santé et Centre de Santé) 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. 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, Centres Médicaux de Garnison et postes médicaux militaires
- 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 fabrique le vaccin anti-amaril.

Le système communautaire ainsi que l'offre de santé des ONG et des Associations sont promues et renforcés.

Faiblesses du système de santé :

1. Faiblesse de la disponibilité et de l'accessibilité des services de soins :

Le Sénégal dispose d'un réseau de structures de santé qui n'est malheureusement pas mis à profit pour le passage à l'échelle des interventions prioritaires du VIH/Sida, de la Tuberculose et du Paludisme. Cette situation résulte d'un manque d'infrastructures appropriées, de l'absence d'un plateau technique adéquat particulièrement au niveau des laboratoires et de l'absence d'une bonne politique de maintenance des infrastructures et des équipements.

Par exemple, sur les 971 postes de santé fonctionnels, moins de 200 font le dépistage du VIH et environ 320 seulement appliquent le TDO pour la Tuberculose, et 63% des centres de santé ne disposent pas d'automates d'hématologie.

Une initiative avec le VIH de mise en place de paillasse dans la région de Tambacounda a contribué à une bonne amélioration du dépistage et du suivi des patients au niveau des postes de santé. Malheureusement, cette initiative n'a touché qu'un nombre limité des postes de santé.

Par ailleurs, **(i)** le stockage inadéquat des médicaments au niveau de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement et ses structures régionales, **(ii)** les ruptures de stocks des médicaments essentiels dues à une mauvaise planification et quantification et **(iii)** le système national de pharmacovigilance qui n'intègre pas les produits du VIH/Sida et de la tuberculose, sont d'autres grands problèmes qui compromettent la qualité et la sécurisation des prestations du système de santé.

L'accessibilité financière constitue une contrainte majeure accentuée par une absence de couverture maladie généralisée à l'ensemble de la population malgré la part importante des ménages dans la prise en charge des dépenses de santé. Le taux de couverture risque maladie se situe autour de 20%.

2. Ressources humaines en quantité et en qualité insuffisantes

Malgré les efforts réalisés dans le domaine, le déficit en ressources humaines reste toujours important et concerne toutes les catégories professionnelles.

Selon les dernières données de la carte sanitaire, le pays dispose de 624 médecins, 677 sages-femmes, 2.777 infirmiers. Le déficit en médecins, infirmiers et sages-femmes est respectivement de 171, 987 et 487. Ainsi, les ratios personnel/population sont : un médecin pour 18.615 habitants pour le secteur (norme OMS : 1 pour 10.000 habitants). Pour les sages-femmes le ratio est de 3946 femmes en âge de reproduction (FAR) dans le secteur public (norme OMS: 1 pour 300 FAR), alors que pour les infirmiers il est d'un infirmier pour 4.183 habitants (Norme OMS: 1 pour 300 habitants). Il n'est pas rare de voir un certain nombre de postes de santé fermés pendant deux ans ou plus du simple fait de l'absence de personnel de santé.

Le personnel de santé se caractérise aussi par sa mobilité et l'inégalité dans sa répartition au détriment des zones rurales, éloignées et difficiles d'accès mettant en exergue la question de l'équité. A titre d'exemple, 88,1% des accouchements en milieu urbain se font en présence d'une sage-femme alors qu'il est de 46,6% en milieu rural, il est respectivement de 26% et 27% dans les régions de Kolda et Tambacounda.

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.

Ceci entrave grandement la décentralisation des interventions des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et SMNI dans ces zones pourtant fortement touchées par ces maladies.

L'évaluation du Programme de développement Intégré de la Santé (PDIS) a également montré que les besoins en formation sont loin d'être couverts du fait que la formation de base délivrée ne correspond toujours pas aux besoins réels, surtout ceux des différents programmes de lutte contre les maladies. Les curricula des écoles de formation des personnels de santé n'intègrent pas les priorités des différents programmes comme la lutte contre le VIH, le paludisme, la tuberculose et la SMNI.

3. Insuffisances des capacités managériales

Ces insuffisances sont liées à :

a. Une compétence limitée des équipes cadre de région et district en planification :

- une faible capacité des régions à appuyer les districts dans la mise en œuvre des activités à cause de leurs ressources limitées ;
- une non systématisation de la planification basée sur les résultats au niveau des régions et des districts ;

b. Une insuffisance du système d'information sanitaire caractérisée par :

- une irrégularité du monitoring qui entraîne un mauvais suivi des indicateurs de performance des programmes de santé ;
- une non prise en compte des indicateurs requis pour le suivi de la performance des programmes ;
- une non complétude et une faible utilisation des données au niveau opérationnel.

c. Une Insuffisance de la supervision formative à tous les niveaux du système de santé.

d. Un mécanisme de coordination des différents programmes de santé verticaux et parallèles.

Ces contraintes suscitées affectent la qualité des services et le passage à l'échelle de la plupart des interventions contre la TB, le VIH le paludisme et de la SMNI (stratégie DOTS, prévention de la transmission de la Mère à l'Enfant du VIH et la confirmation biologique des cas de paludisme etc.).

4. Médicaments et produits médicochirurgicaux

Dans le cadre de la mise en œuvre du PND 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 : 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'ÉPIDÉMIE VIH/SIDA AU SÉNÉGAL

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 (0,7%/EDS5 2011) et élevée chez les populations clés les plus exposées aux risques du VIH comme les PS (18,5%/ENSC 2006) et les HSH (21,8% / ELIHoS 2007). Les sources essentielles pour l'appréciation de cette prévalence sont :

- **L'EDS** pour la population générale
- **La surveillance sentinelle** qui est passée d'une fréquence annuelle à biennale
- **Les données de routine** concernant les taux de séropositivité 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 officielles et clandestines (PSO et PSC), les policiers, les pêcheurs, les camionneurs, les détenus, les orpailleurs (femmes et 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 et étudiants âgés de 15 à 24 ans), les vendeuses ambulantes (femmes vendeuses ambulantes âgées de 15 à 49 ans 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 HSH** : la deuxième enquête spéciale ELIHoS (Etude d'Evaluation des Interventions chez les Homosexuels au Sénégal) a été réalisée en 2007 après celle de 2004.

1.5.1. Prévalence du VIH dans la population générale

Le Sénégal est un pays à épidémie concentrée avec une prévalence de 0,7% (EDS 5, 2010-2011) dans la population générale. En effet, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui depuis plus d'une dizaine d'années est restée au-dessus de 1% (1,4% en 2006) est actuellement de 0,7% (BE N°14) en 2009. Les résultats annuels du dépistage des femmes enceintes dans le cadre de la PTME ont confirmé des taux de séropositivité de 0,71% en 2008 et 0,73% en 2009. Ces résultats, collectés à partir des sites de consultation prénatale à l'échelle nationale, confirment la prévalence faible et stable dans la population générale.

S'agissant des populations plus exposées aux risques, la prévalence est de 18,5% chez les professionnelles du sexe (PS), de 21,8% chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), de 9,4% chez les injecteurs de drogues intraveineuses et de 5,2% chez les consommateurs de drogues injectables (CDI) (UDSEN, 2011).

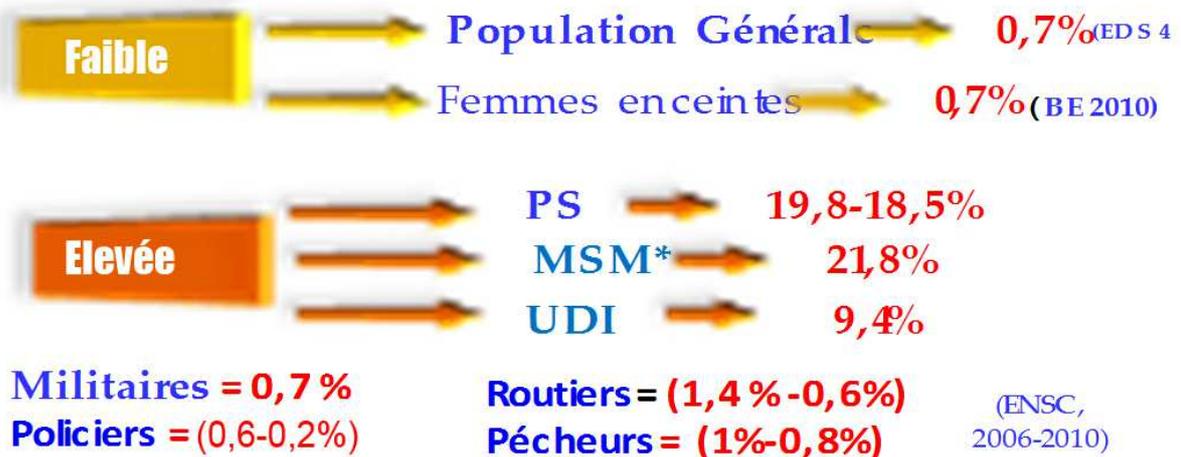
En ce qui concerne la séroprévalence par milieu de résidence, il n'y a pas de différence significative entre le milieu urbain (0,7%) et le milieu rural (0,7%).

Les régions de Kolda de Sédhiou et de Ziguinchor avec les prévalences les plus élevées (entre 2 et 3%) sont les plus touchées par l'épidémie. Les régions de Louga de Fatick et de Saint Louis, Diourbel sont celles où on observe les prévalences les plus faibles.

Selon le sexe, les femmes sont plus infectées que les hommes avec une tendance à la baisse du sexratio passant de 2,25 à 1,6.

L'analyse des différentes données épidémiologiques, permet d'apprécier le caractère hétérogène de l'épidémie tant du point de vue sociodémographique que du point de vue géographique.

LA PRÉVALENCE DU VIH



RESULTATS DE LA SURVEILLANCE SENTINELLE

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 (Tableau 2).

Tableau 2 : Prévalence du VIH dans les sites sentinelles

Zones sentinelles	Prévalence médiane VIH (%)
Dakar	0,6
Diourbel	0,0
Fatick	0,0
Kaolack	1,1
Kolda	2,8
Louga	0,8
Matam	0,5
Mbour	1,1
Saint Louis	0,0
Tambacounda	0,7
Thiès	0,8
Ziguinchor	3,0
Ensemble	0,7

Variations selon l'âge :

Dans l'ensemble, la prévalence augmente avec l'âge passant de 0,1% chez les personnes âgées de 15-19 ans à 1,9% chez celles âgées de 45-49 ans. Ces variations de la prévalence selon l'âge diffèrent selon le sexe. Contrairement à la tendance internationale, l'enquête a révélé que les jeunes de 15-24 ans restent peu touchés par le VIH : 0,25% soit (0,3% chez les jeunes filles et 0,1% chez les garçons)

Sur le plan comportemental, les résultats de l'EDS5 montrent que 9,3% des jeunes contre 10% en 2005, ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Très peu de jeunes ont pratiqué le multi partenariat sexuel : seuls 0,3% des femmes de 15-24 ans et 2,4% des hommes ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire.

Tableau 3 : Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont effectué le test du VIH, selon l'âge

Age	Femme		Homme		Ensemble	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
15-19	0,2	1 204	0,0	1 107	0,1	2 311
20-24	0,5	1 070	0,1	836	0,4	1 905
25-29	0,6	900	0,5	641	0,6	1 541
30-34	0,9	731	0,5	503	0,7	1 233
35-39	1,5	579	0,8	406	1,2	985
40-44	1,5	496	1,5	348	1,5	844
45-49	2,4	347	1,2	263	1,9	610
50-59	NA	NA	1,0	487	1,0	487
Ensemble 15-49	0,8	5 326	0,5	4 104	0,7	9430
Ensemble 15-59	NA	NA	0,5	4 591	0,5	4591

NA =non applicable. Source : EDS5

Féminisation de l'épidémie :

La prévalence chez les femmes de 15-49 ans est supérieure à celui des hommes de la même tranche d'âges : 0,8% contre 0,5%. Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,6 ; autrement dit, il y a 160 femmes infectées pour 100 hommes. D'où une tendance à la baisse du ratio d'infection femme/homme, qui est passé de 2,25 en 2005 (EDS4) à 1,6 en 2010 (EDS5). Ces résultats confirment la grande vulnérabilité des femmes par rapport aux hommes. Cette vulnérabilité particulière des femmes est essentiellement de quatre ordres, la vulnérabilité socioculturelle liée à la sexo-spécificité et à l'analphabétisme, la vulnérabilité physiologique, la vulnérabilité épidémiologique et la vulnérabilité économique.

1.5.2. Situation épidémiologique au sein des populations passerelles

Chez les camionneurs

En 2010³, la prévalence du VIH chez les camionneurs a connu une baisse ; elle est passée de 1,4% en 2006⁴ à 0,6% en 2010.

La prévalence est faible (presque nulle) chez les jeunes camionneurs (moins de 35 ans). Par contre, elle dépasse 1% chez les 35 ans et plus (1,9% pour les 35-39 ans, 1,2% chez les 40-49 ans et 1,8% chez les 50 ans et plus). Les résultats de l'ENSC de 2010 ont également montré que les camionneurs non instruits (1,6%), les mariés polygames (2,4%) et les consommateurs d'alcool (1,1%) sont les plus affectés par le VIH si on considère respectivement le niveau d'instruction, la situation matrimoniale et l'alcoolisme.

Chez les pêcheurs

Les résultats de l'ENSC de 2010 ont révélé une baisse de 0,2 point de prévalence par rapport à 2006. La prévalence du VIH est passée de 1% en 2006 à 0,8% en 2010. Elle dépasse légèrement la prévalence moyenne du VIH chez les hommes qui est de 0,5% selon l'EDS5. Selon l'âge, les enquêtés âgés de 25 à 29 ans sont les plus infectés (1,5%).

Chez les hommes en uniforme

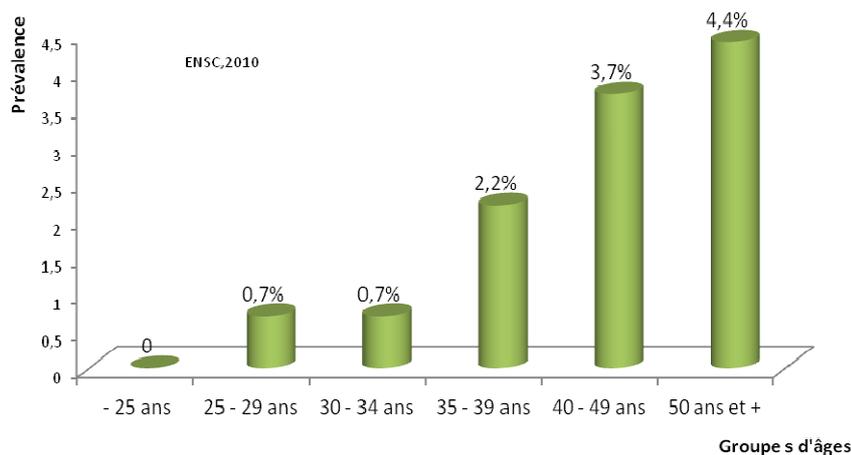
Ce groupe passerelle se caractérise par sa faible prévalence qui a connu une baisse de 0,4 points de 2006 et 2010 (0,6% contre 0,2%). Ce niveau de prévalence chez les policiers est de loin inférieur à la moyenne nationale (0,7%, EDS5).

Chez les détenus

La prévalence de l'infection au VIH est de 1,5% (ENSC, 2010). Par ailleurs, elle correspond au double de la moyenne nationale (0,7%), ce qui fait apparaître les détenus comme un groupe vulnérable au VIH. La prévalence du VIH/Sida chez les prisonnières (4,5%) est cinq fois supérieure à celles des femmes au niveau national (0,8%, EDS5) et à celle des détenus hommes (0,9%). Ces derniers ont une prévalence deux fois plus élevée que celle des hommes (0,5%, EDS5) au niveau national. La prévalence augmente avec l'âge. L'infection affecte plus les détenus âgés de 50 ans et plus (4,4%), 40-49 ans (3,7%) et 35-39 ans (2,2%) (Voir graphique 2). Toutes ces classes d'âge dépassent de loin le niveau de prévalence nationale. Les détenus âgés de moins de 35 ans ont une prévalence inférieure ou égale au niveau national (0,7%).

³ ENSC, 2010

⁴ ENSC, 2006



Graphique 2 : Prévalence du VIH chez les détenus selon l'âge

Chez les orpailleurs

Dans cette population qui fait partie des groupes passerelles depuis 2010, la prévalence de l'infection à VIH est de 1,3% (ENSC, 2010) (soit 0,8% chez les hommes et 2,5% chez les femmes). Elle est aussi plus élevée que la moyenne nationale (0,7%, EDS5). Si l'on se réfère à l'âge, le groupe 40-49 ans est plus touché par le VIH que les autres groupes (3,4% contre 1,9% les plus jeunes et 1,5% pour les 50 ans et plus).

Tableau 4 : Evolution des indicateurs chez les groupes passerelles

CIBLES ET INDICATEURS	RESSULTATS ENSC /2006	RESSULTATS ENSC /2010
ROUTIERS		
Prévalence du VIH 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	58,8%	74,8%
PECHEURS		
Prévalence du VIH chez les pêcheurs	1%	0,8%
Pourcentage de pêcheurs qui rapportent avoir utilisé un préservatif avec un partenaire non régulier dans les 12 derniers mois	69,6%	73%
HOMMES EN UNIFORME		
Prévalence VIH chez les hommes en uniforme	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%
ORPAILLEURS/KEDOUGOU		
Prévalence du VIH chez les orpailleurs	ND	1,3%
DETENUS		
Prévalence du VIH chez les détenus	ND	1,5%

1.5.3. Situation épidémiologique au niveau des populations clés

Chez les professionnelles du sexe (PS)

Plusieurs études ont été réalisées sur les PS au Sénégal. En effet, depuis le début de l'épidémie, les PS ont constitué une cible particulière qui a été suivie régulièrement. Le tableau 6 présente les résultats de l'ENSC sur la prévalence des PS, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. La prévalence du VIH chez les Professionnelles du sexe reste encore élevée. Elle est de 18,5% (ENSC, 2010) contre 19,8% en 2006 (ENSC, 2006).

La prévalence suivant l'âge présente des disparités. Ainsi, les résultats de l'ENSC de 2010 montrent une augmentation de la prévalence du VIH avec l'âge : de 10,7% chez les moins de 20 ans, elle passe à 13,9% chez les 20-29 ans, 22,4% chez les 30-39 ans, 19,2% chez les 40-49 ans et 22,9% chez les 50 ans et plus.

L'enquête a également révélé que les PS les plus touchées par l'épidémie sont les non scolarisées (20,2%), les divorcées/séparées (21,0%) ainsi que les veuves (27,3%).

Tableau 5 : Prévalence du VIH par caractéristiques sociodémographiques des PS

Caractéristiques Sociodémographiques	Prévalence	Caractéristiques Sociodémographiques	Prévalence
Classes d'âge		Situation matrimoniale	
Moins de 20 ans	10,7	Célibataire	12,4
20-29 ans	13,9	Mariée monogame	7,7
30-39 ans	22,4	Mariée polygame	15,4
40-49 ans	19,2	Divorcée/séparée	21
50 ans et plus	22,9	Veuve	27,3
Niveau d'instruction		Statut professionnel	
Primaire	20,2	Enregistrée	23,8
Moyen	12,1	Non enregistrée	12,1
Secondaire et plus	0		
Non scolarisée	20,2		
Ensemble	18,5		

Source : ENSC, 2010

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

Depuis 2007, aucune enquête officielle n'a été menée sur cette population. Cependant, ces données sont utilisées pour décrire la situation épidémiologique actuelle de cette cible. La prévalence du VIH parmi les HSH est de 21,8%. Elle est plus importante chez les HSH âgés de 25 ans et plus que chez les moins de 25 ans (34,4% contre 12,7%).

Les comportements à risque ont significativement diminué. En effet, 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, la proportion d'hommes qui ont eu au moins un rapport réceptif non protégé est passée de 20% en 2004 à 10% en 2007 et la proportion d'hommes qui ont eu au moins un rapport non protégé avec une femme est passée de 18% à 12%.

Chez les plus jeunes (moins de 20 ans), le multipartenariat a également fortement diminué (19,5% avaient déclaré avoir eu plus de 20 partenaires sexuels au cours de leur vie en 2004, contre 4,1% en 2007).

Ces tendances montrent une réduction des prises de risque dans cette population avec comme résultat une baisse de la prévalence du VIH et des IST.

Chez les consommateurs de drogues

Fin 2010, le Plan Stratégique National sur le SIDA 2011-2015 du Sénégal intégrait les Consommateurs de Drogue(s) Injectables (CDI) parmi les populations les plus exposées au VIH. Ainsi, une enquête biologique et comportementale au sein de ce groupe a été menée en 2011 dans la région de Dakar par le CNLS et le CRCF en collaboration avec l'ANRS France.

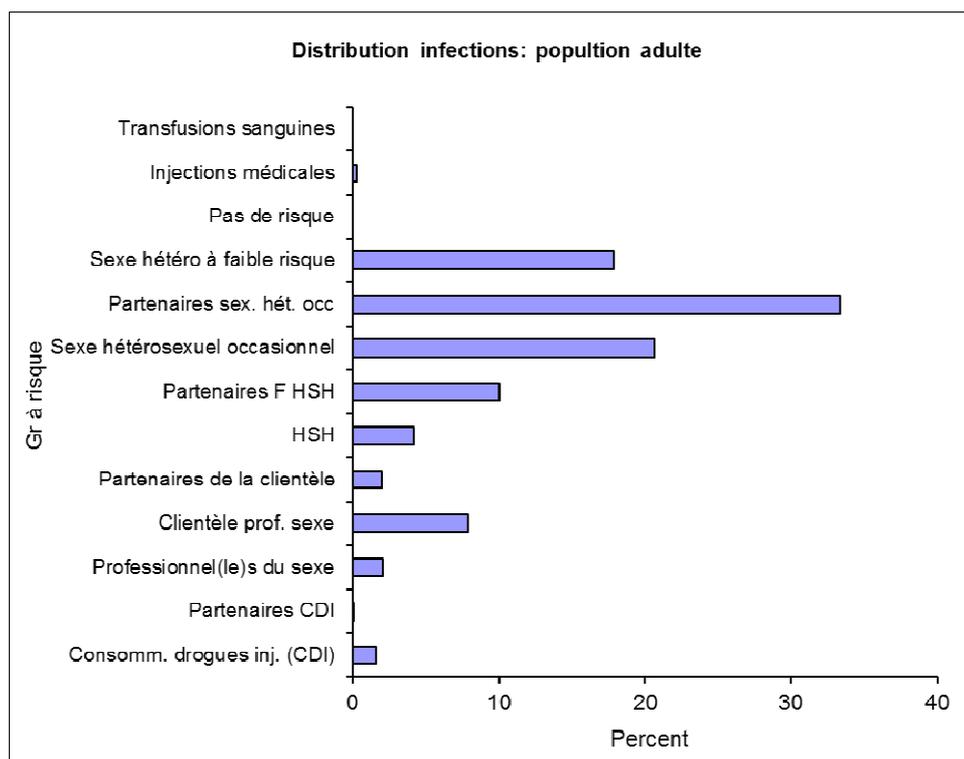
Selon le mode d'usage de drogue, la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables par voie intraveineuse est de (9,4%) et de 5,2% chez les consommateurs de drogues injectables (CDI).

Sur le plan comportemental, les CDI ont une sexualité active et peu protégée. En effet, 80,4% ont eu des rapports sexuels durant les 12 derniers mois, 45,7% ont eu plusieurs partenaires sexuels, 53,5% ont déclaré n'avoir pas utilisé de préservatif, 70,6% n'ont jamais fait de test pour le VIH et 26,8% ont eu au moins un rapport sexuel contre de l'argent ou de la drogue dans leur vie.

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

Sept (7) nouvelles infections sur dix (10) surviennent au sein de la population générale soit environ 70%, notamment au sein des couples hétérosexuels.

20 à 30% des nouvelles infections surviendront au sein des populations les plus exposées au risque (les MSM et leurs partenaires, les professionnelles du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires)



Graphique 3 : Projections sur le nombre de personnes infectées par le VIH

1.5.5. Tableau sur les estimations du nombre de Nouvelles infections VIH entre 2004 et 2015 (Spectrum)

Tableau 6 : Estimations du nombre de nouvelles infections VIH entre 2004 et 2015

ANNEE	Incidence (15-49 ans)	Total nouvelles infections (15-49 ans)
2004	0,09	6 207
2005	0,08	6 209
2006	0,08	6 118
2007	0,08	6 225
2008	0,08	6 356
2009	0,08	6 621
2010	0,08	6 587
2011	0,08	6 579
2012	0,08	6 333
2013	0,08	6 602
2014	0,08	6 670
2015	0,08	6 715

1.5.6. Les facteurs de vulnérabilité et les populations vulnérables

La vulnérabilité est fonction des régions, des populations (considérées comme vulnérables), des activités économiques exercées, des espaces en situation de vulnérabilité⁵

1.5.6.1. LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

a. Les zones de vulnérabilité

Vulnérabilité de la Zone Sud (Régions de Ziguinchor, Sédhiou, Kolda)

Le rapport de l'EDS5 montre une prévalence du VIH de 2,4% dans la population de 15 à 49 ans au niveau de la région de Kolda qui a la prévalence la plus élevée.

Le bulletin épidémiologique N°14 de l'année 2009 portant sur la surveillance sentinelle du VIH donne des prévalences de 3% à Ziguinchor et 2,8% à Kolda. Sédhiou, nouvellement érigée en région, a une prévalence comparable à celle de Kolda. Cette vulnérabilité face au VIH s'explique par la présence accrue de certains facteurs que sont, entre autres :

- les migrations internes (Activités socio-économiques)
- une forte migration avec les pays frontaliers (Gambie et Guinée Bissau et Guinée Conakry...)
- la sexualité précoce des jeunes
- l'analphabétisme de certaines couches de la population,
- la pauvreté
- les manifestations socioculturelles fréquentes (« Bukut », excision, les regroupements culturels ...)
- fort brassage des populations au niveau des frontières de la Gambie et de la Guinée Bissau (voyages, commerce etc.).

En outre, il existe des zones peuplées de la région qui sont d'accès difficile à cause de l'insécurité avec pour conséquence l'absence d'interventions VIH dont ces populations cibles sont en droit d'attendre. Il s'agit notamment du nord Sindian, de la zone des palmiers, de Narang et du sud du département de Ziguinchor.

Les pôles industriels à grande attraction

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

Les plates-formes touristiques

L'existence de ces pôles touristiques draine une population aux origines variées (main-d'œuvre, touristes, professionnelles du Sexe). Les emplois disponibles sont souvent insuffisants et les acteurs peu qualifiés. Dans les zones de forte concentration touristique, ces populations très vulnérables

⁵ Cartographie de la vulnérabilité liée au VIH/SIDA au Sénégal, CNLS, 2005

sont souvent exposées à des comportements à risque dans un contexte où l'usage du préservatif n'est pas généralisé. Les jeunes femmes au niveau d'instruction faible, sans revenus, ont des difficultés à négocier le port du préservatif lors des relations sexuelles à risque.

Les carrefours de voyageurs

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

Les pôles religieux

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

Les interfaces urbaines

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

b. Les facteurs comportementaux

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

En effet les résultats de l'EDS5 révèlent que la connaissance des moyens d'éviter le VIH est positivement associée au niveau d'instruction et au degré d'urbanisation, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. La connaissance du sida est élevée dans la population générale. Toutefois, il y'a toujours une persistance des fausses croyances. Sur le plan comportemental, 9,3% des jeunes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (chez les jeunes hommes, 4,9%; chez les femmes 10,7%). Cette proportion varie peu selon l'âge : de 8,7% des jeunes filles et garçons âgés de 15-19 ans, elle passe à 9,9% pour les jeunes filles et garçons groupe d'âge 20-24 ans (EDS5).

Les résultats de l'enquête de surveillance comportementale combinée de 2010 ont montré une diminution des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels et une augmentation de l'utilisation du préservatif avec ces partenaires sexuels allant de 43,3% chez les orpailleurs à 81,8% chez les élèves/étudiants.

La proportion de Professionnelles du Sexe (PS) officielles qui utilisent systématiquement le condom avec le client est beaucoup plus important (97,5%) que celle des PS clandestines (82,1%). Les PS utilisent plus rarement le condom avec leurs partenaires non payants (48,8% pour les PS officielles et 53,8% pour les PS clandestines) en 2010 contre (46% pour les PS officielles et clandestines) en 2006.

1.5.6.2. LES POPULATIONS VULNÉRABLES

a. Les populations plus exposées aux risques du VIH

Les Professionnelles du sexe (PS)

Les facteurs pouvant accroître la vulnérabilité des PS 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 PS, le lieu de la pratique (milieu urbain, milieu rural).

Les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)

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

Les usagers de drogue injectable

L'Afrique de l'Ouest est reconnue comme une zone de transit de l'héroïne et de la cocaïne à destination des pays consommateurs d'Europe et d'Amérique du Nord avec comme conséquences le développement du trafic et de la consommation locale de drogue. Une enquête préliminaire a permis de confirmer au Sénégal l'existence d'une population d'usagers d'héroïne et de cocaïne/crack dans différentes régions du pays.

b. Les populations vulnérables

Les jeunes

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

Les 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.

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, etc.). 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 les ou les conjointes) et d'autre part aux facteurs socioculturels (statut matrimonial, instruction, absence du contrôle social etc.).

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

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

Les détenus

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

Les personnes vivant avec un handicap

Les Personnes handicapées sont reconnues vulnérables dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et la Loi VIH nationale. Le ciblage de ce groupe qui représente entre 10 à 20% de la population a été un gap dans la mise en œuvre du PSL 2007 - 2011. A la pauvreté, qui les caractérise, les préjugés sociaux qui entourent leur sexualité, leur faible niveau d'alphabétisation s'ajoutent l'accès réduit aux informations liées à la prévention (particulièrement pour les déficiences mentale, visuelle et auditive) et l'inaccessibilité physique aux services de prise en charge. Toutes ces raisons justifient aujourd'hui la nécessité d'une attention particulière à cette cible.

c. Les populations affectées et infectées par le VIH

Les PVVIH

Les 59 000 Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) que compte notre pays en 2010 répondent, dans l'ensemble, au profil socioéconomique de la population générale du Sénégal dont plus de 65% vit avec moins de deux dollars par jour.

En plus du poids de l'infection, les PVVIH sont plus vulnérables à cause de :

- leurs conditions socioéconomiques difficiles,
- leur situation sociale précaire,
- victimes de perte d'emploi dû à la maladie,
- coûts de la prise en charge qui les entraînent inexorablement vers la pauvreté et l'indigence.

Cette situation est accentuée par la **stigmatisation**, la **discrimination** et le **rejet** dont elles font l'objet.

Les OEV

Pour les Orphelins et Autres Enfants rendus Vulnérables par le VIH (OEV), le VIH engendre un impact sur l'état psychologique de l'enfant infecté ou affecté. Les effets psychosociaux de l'infection peuvent avoir plusieurs sortes de manifestations chez les parents ou les tuteurs. Aujourd'hui, le VIH a évolué en une maladie chronique, avec ce que cela comporte comme conséquences en termes induit-en besoin d'accompagnement, de soutien et de soins. La prise en charge psychosociale des enfants vivant avec le VIH est un élément essentiel de l'accompagnement/soutien des parents.

Tableau 7 : Tableau récapitulatif

Populations cibles	Facteurs de vulnérabilité	Facteurs de risque
Les Professionnelles de Sexe	Pauvreté récurrente, itinéraire social d'exclusion, filles mères, exclusion scolaire, Absence de protection matrimoniale ou familiale Faiblesse des autres systèmes de protection situation monoparentale, faiblesse de l'accès à la prévention et aux soins...	Multi partenariat sexuel, rapports sexuels non protégés, Précocité des rapports sexuels, prévalence élevée du VIH et des IST, faible pouvoir de négociation des rapports protégés, usage de drogues
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)	Marginalisation sociale, non accès aux services de prévention et de prise en charge, méconnaissances des services de prévention et de soins, ...	Multi partenariat sexuel, rapports sexuels non protégés, faiblesse de la fréquentation des services de prévention et de soins, faible conscience du risque VIH, usage de drogues
CDI	Marginalisation sociale, absence de cadre de prise en charge,	Partage d'aiguilles et de matériels d'injection, rapport sexuel non protégés, faible connaissance du VIH, prostitution
OEV	Perte de parents biologiques, stigmatisation	Séropositivité, , faiblesse de la fréquentation des services de prévention, de soins et d'éducation, précarité
Détenus	Promiscuité, non accès aux services de prévention et de soins	Multi partenariat sexuel, pas d'accès au préservatif, usage de drogues
Les jeunes garçons et jeunes filles (ex: jeunes scolarisés et non scolarisés, ...)	Faible perception du risque, insuffisance de connaissance correcte en matière de VIH, contexte social de pauvreté, de chômage, grossesse...	Rapports sexuels non protégés, régression des indicateurs de connaissances et des indicateurs de comportements, régression des indicateurs d'utilisation du préservatif. Dans un contexte de précocité des rapports sexuels, violences sexuels...
Les femmes enceintes, leurs partenaires et les nouveau-nés	Faiblesse de l'accès à la PTME, contexte socioculturel défavorable, faible implication des conjoints et ou partenaires en matière de la PTME, insuffisance du suivi de la grossesse et de l'accouchement sécurisé, nombre élevé de perdues de vue	Les violences basées sur le genre (inaccessibilité financière, faible fréquentation des structures de soins), séropositivité
Les PVVIH	Discrimination, stigmatisation, pauvreté, chômage	Séropositivité, rapports sexuels non protégés
Les transporteurs, les populations mobiles, les personnes handicapées	Célibat géographiques, mobilité, faible connaissance sur le VIH et les IST	Rapports sexuels non protégés, Multi partenariat sexuel
Les hommes en uniforme	Isolement familial, mobilité, faible connaissance sur le VIH et les IST...	Rapports sexuels non protégés, Multi partenariat sexuel

2. ANALYSE DE LA REPONSE

2. ANALYSE DE LA REPONSE

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 pro activité 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 plus exposées aux risques du VIH. Elle a démontré que les interventions de Prévention ont permis de maintenir 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, 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° 2001-1063 du 10 Décembre 2001 modifié par le décret n° 2005-550 du 22 juin 2005 du Conseil National de Lutte contre le SIDA.

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.

Sur le plan de la mise en œuvre

Les autorités ont mis en place le programme national de riposte au sida qui est mis en œuvre à travers les PSN sur la sida élaborés selon une périodicité quinquennale multisectoriel.

La mise en œuvre des volets programmatiques des cadres stratégiques de 1987 à 2006 a montré leur efficience 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 PSLS « 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 2007 - 2011

La mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le SIDA 2007-2011 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 que des acquis ont été capitalisés dans la prévention des nouvelles infections et d'améliorer significativement la survie des PVIH.

Eu égard à la spécificité du Secteur Travail, une structure de planification, de coordination et de suivi et évaluation dénommée CNT (Comité National Tripartite), regroupant des représentants des organisations d'employeurs, de travailleurs, de médecins d'entreprises a été mise en place de manière tripartite, placée sous l'égide du Ministère chargé du travail. Ce CNT, s'il dispose d'un plan stratégique tripartite, a besoin d'être renforcé dans son fonctionnement, notamment dans la mise en place effective de ses démembrements régionaux.

2.2.1. PREVENTION DU VIH

2.2.1.1. PREVENTION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE

Le nombre de nouvelles infections est bas et stable (autour de 6 000 nouvelles infections par année) pour les années 2007 à 2009) :

PROMOTION DES COMPORTEMENTS SEXUELS A 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 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 PS et les HSH.

Contrôle sanitaire des professionnelles du sexe

Au Sénégal, la prostitution est réglementée par une loi qui oblige l'inscription des professionnelles du sexe (PS) dans un fichier sanitaire et social tenu à jour par les autorités sanitaires. Les interventions de prise en charge des IST chez les PS 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 PS référées par le niveau régional, de former, de superviser et de coordonner les activités à tous les niveaux.

(En 2009, 7 078 PS officielles et 1 137 PS clandestines suivies)

- Les centres de référence régionaux s'occupent du suivi des PS 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 Professionnelles du Sexe, le taux d'utilisation du condom avec les clients est de 95%
- Un guide a été élaboré pour organiser la prise en charge des PS par les prestataires de soins qui œuvrent dans ce domaine au sein des différentes structures de santé.

Tableau 8 : Contrôle sanitaire des professionnelles du sexe

Type d'activités	Nombre de personnes touchées		
	2007	2008	2009
<i>Activités IEC/CCC/PS</i>			
Nombre PS touchées à travers causeries	11 872	10 550	10 717
Cibles annuelles du Programme	5 961	7 153	8 583
Performances	199,2%	174,4%	125%
Formation des Pairs éducateurs PS	218	405	284

Tableau 9 : Suivi médical 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	3 078	770	6 492	-
Cliniques mobiles de ENDA/Santé	0	2 988	586	1 137
TOTAL	3 078	3 758	7 078	1 137

Prise en charge des HSH

- Module et Guide de formation des groupes PS sur les IST/VIH/Sida,
- Guide sur la prise en charge (PEC) des HSH et Manuels destinés aux pairs éducateurs PS et HSH élaborés
- AGR et Frais médicaux
- Renforcement organisationnel des Associations
- Formation et mise à disposition de médiateurs

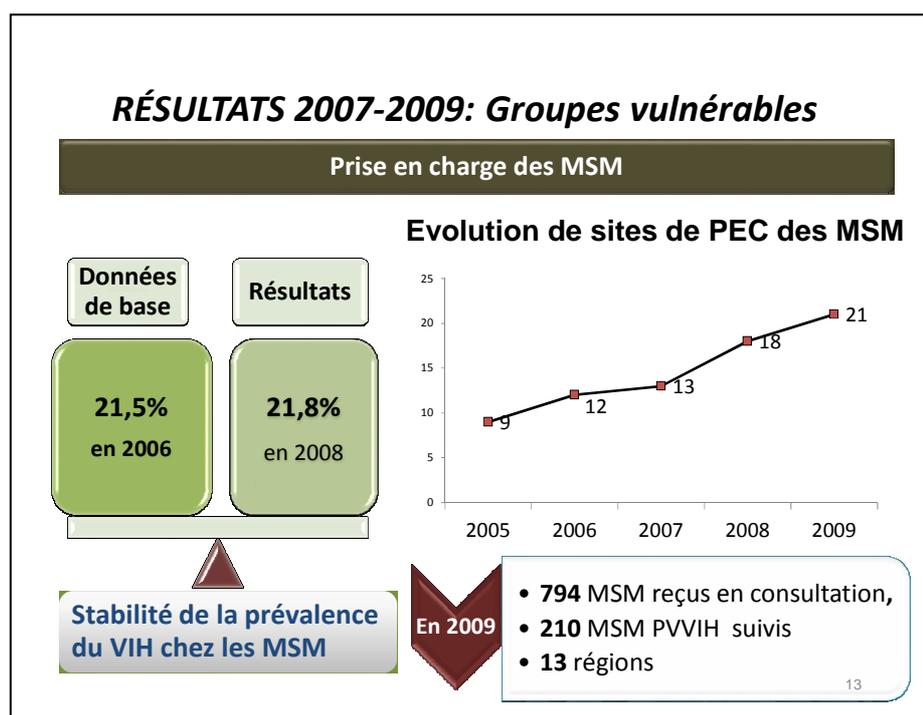


Tableau 10 : Performances dans la distribution des préservatifs entre 2007 et 2009

Intervenants	DB/2006	2007	2008	2009	TOTAL
Objectifs Nationaux	-	11 500 000	12 000 000	13 000 000	36 500 000
Préservatifs masculins	4 376 300	10 516 958	12 424 324	11 695 529	34 636 811
Préservatifs féminins	177 711	126 431	194 000	141 795	462 226
TOTAL	4 554 011	10 643 389	12 618 324	11 837 324	35 099 037
Performances annuelles		92,6%	105,2%	91,1%	96,2%

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 notamment à l'endroit de leurs prestataires de services et des communautés riveraines aux entreprises.
- Une léthargie a été notée dans les interventions des religieux durant la période 2007-2008. Mais 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
- Ciblage insuffisant de la population générale.
- Insuffisance des interventions au niveau des zones frontalières et des marchés hebdomadaires
- la prise en charge des PS cible surtout celles qui sont enregistrées alors que la majorité des PS ne le sont pas.
- 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 de prise en charge
- peur des HSH à prendre part aux activités de prévention des IST/VIH
- mauvais traitement par la presse de l'information relative aux groupes hautement vulnérables notamment les PS et les HSH

Opportunités

- partenariat public privé
- recommandation 200 de l'OIT
- leadership politique élargi à tous les ministères concernés par la réponse
- forte mobilisation communautaire

Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)

Acquis

La prise en charge des populations clés plus exposées aux risques : la prise en charge des IST des populations clés plus exposées aux risques se fait à travers les centres de référence IST. Les professionnelles du sexe sont particulièrement ciblées par cette stratégie. Les centres IST sont chargés d'assurer le suivi sanitaire et social des professionnelles 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 de la syphilis a été intégré 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 qualité de prise en charge des IST au Sénégal (2002 et 2009)

Tableau 11 : indicateurs pour la qualité de prise en charge des IST au Sénégal (2002 et 2009)

Paramètre d'évaluation	2002 (n=366)	2009 (n=318)
Anamnèse correcte	8,50%	83,60%
Examen clinique correct	65%	77,40%
Diagnostic correct	20,60%	76,70%
Traitement correct	43,10%	30,30%

2.2.1.2. PRÉVENTION DE LA TRANSFUSION SANGUINE SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

Acquis

- Construction et équipement de 3 nouvelles banques de sang (Mbour, Kédougou et Bakel)
- 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 du territoire, 47 344 en 2008, et 49 899 en 2009. 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.

Contraintes

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

Opportunité

- Couverture nationale des services de transfusion sanguine avec le renforcement du système de santé

Accident d'exposition au sang (AES)

Acquis

- La prévention repose sur la prophylaxie post exposition par les ARV, le respect des mesures universelles et 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 défini et fonctionnel

Contrainte

- 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.

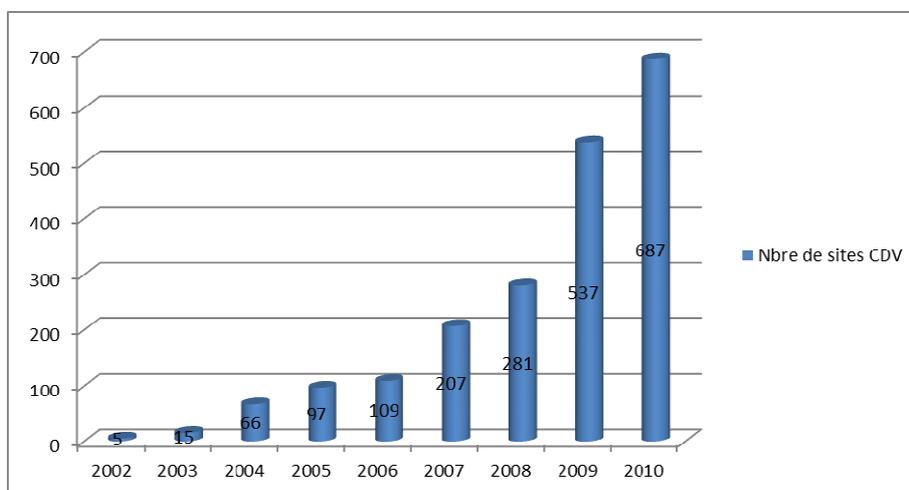
Opportunité

- Renforcement du système de santé

2.2.1 3 CONSEIL DEPISTAGE 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 connues et fréquentées par les populations 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. 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.
- Les stratégies avancées de conseil et dépistage volontaire, mises en œuvre dans le cadre du partenariat entre le secteur santé et les secteurs Jeunes, Femmes, Forces de sécurité, Education, travail, tourisme, société civile et secteur privé ont fortement contribué à l'atteinte de ces résultats



Graphique 4 : Evolution des sites de dépistage

Contraintes

- les services de conseil 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 populations clés plus exposées aux risques.
- Insuffisance des supervisions pour la qualité des services de laboratoires VIH/ IST
- Insuffisance des ressources humaines de qualité.
- Ruptures de tests rapides

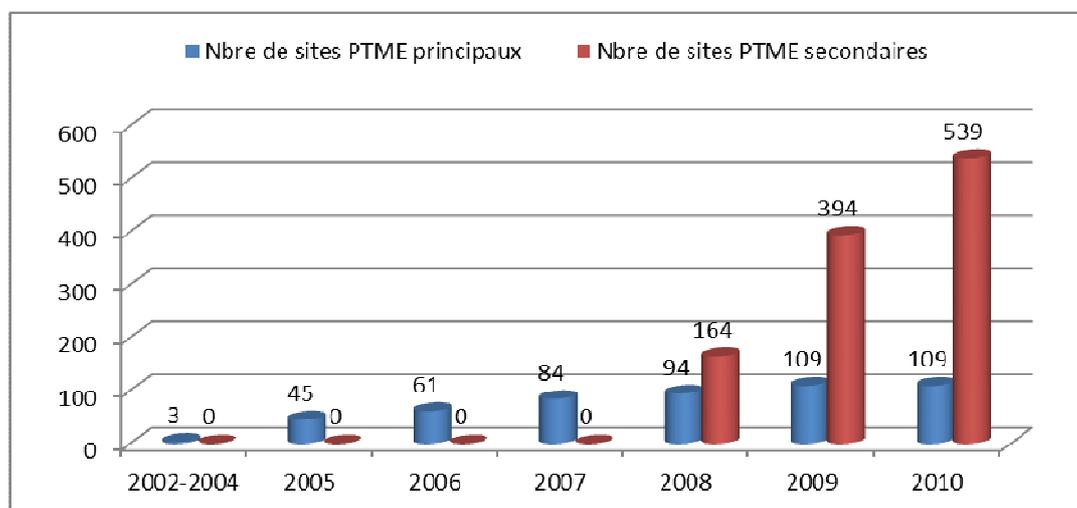
Opportunité

- Accès universel aux services de prévention

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 2005. 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.



Graphique 5 : Evolution du nombre de sites PTME de 2002 à 2010

Evolution du nombre de femmes enceintes dépistées de 2002 à 2009

- 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 PTME 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 du test VIH chez les femmes enceintes
- Prophylaxie ARV non disponible au niveau poste de santé ni au niveau des services médicaux des entreprises disposant de médecins et de sages-femmes.

Opportunité

- L'engagement des chefs d'Etats de l'Union Africaine pour l'objectif d'élimination en 2015 de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Le défi de l'atteinte des OMD 4 et 5 sur la réduction de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle

2.2.2. Prise en charge

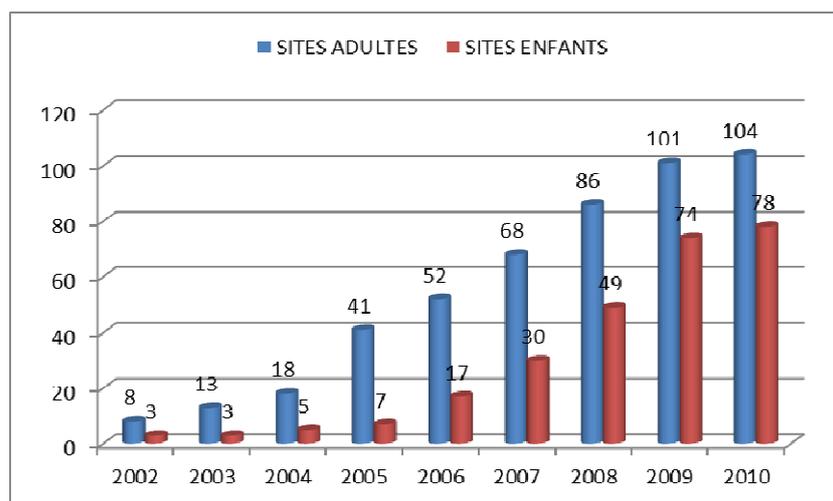
2.2.2.1 PRISE EN CHARGE MÉDICALE Y COMPRIS L'ACCÈS AUX ARV

Acquis

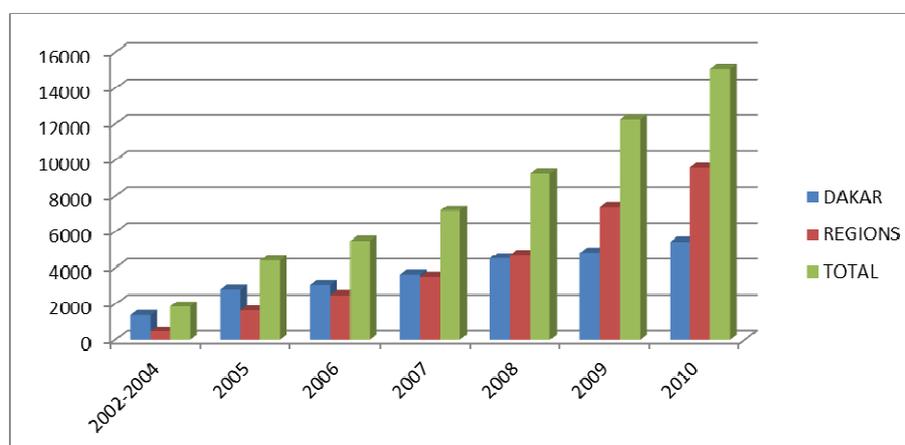
Les ARV ont été rendus disponibles dans 14 régions. Ce programme a été fortement favorisé par la décision du Gouvernement de rendre gratuits le dépistage du VIH, le traitement par les ARV et les examens de suivi immuno-virologique. Les efforts de décentralisation déjà entrepris par le Sénégal ont été renforcés dans le cadre de sa participation à l'Initiative «3 en 5 » de l'OMS

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 en charge. 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 52 en 2006 à 104 en 2010 (Existe actuellement 104 sites de prise en charge des adultes et 78 sites pédiatriques)
- le nombre de malades sous ARV est passé de 5500 en 2006 à 15032 en 2010
- des protocoles de traitement antirétroviral ont été révisés sur la base des recommandations OMS de 2009
- Renforcement des capacités du personnel



Graphique 6 : Evolution du nombre de site de pec des adultes et des enfants



Graphique 7 : Evolution du niveau de décentralisation de la PEC ARV entre 2004 et 2010

Contraintes

- Difficulté d'accès pour les CD4 et la charge virale au niveau district
- Survenue de résistances
- Coût élevé des traitements de 2ième et 3ième 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
- Absence de services médicaux dans certaines entreprises dont le nombre d'employés est supérieur à 50
- Indisponibilité des traitements ARV au niveau des services médicaux des entreprises disposant de médecins du travail

Opportunités

- Engagement de 2006 sur l'accès universel aux services de soins et de traitement
- Loi VIH

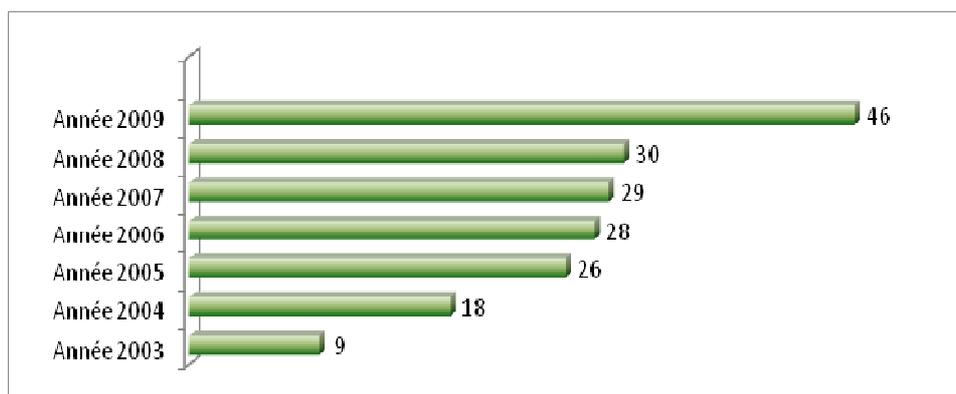
2.2.2.2 PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DES PVVIH ET DES OEV

2.2.2.2.1 Prise en charge communautaire des PVVIH

Acquis

Avec les différents programmes mis en œuvre au Sénégal entre 2007-2010 la prise en charge communautaire des PVVIH et des OEV a produit d'importants résultats :

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



30

Graphique 8 : Evolution du nombre d'associations de PVVIH selon les années

- 18 nouvelles associations de PVVIH ont été créées dans la période 2006 à 2009; 44 associations d'accompagnement et de soutien des PVVIH et des OEV ont été appuyées financièrement et techniquement dans les régions (Appui institutionnel, administratif, comptable donné à 35 associations de PVVIH et de Cellules d'accompagnement soutien;
- 16 650 PVVIH ont reçu un paquet minimum de services (soutiens communautaires et soins à domicile) ; 3640 PVVIH sensibilisés à partir des activités de Prévention Positive ;
- Révision du Guide de prise en charge nutritionnelle des PVVIH (PISEN) et Organisation de 16 Ateliers de formation sur Nutrition et VIH ;
- 600 Sessions d'éducatrices nutritionnelles pour les parents et pairs éducateurs et des Ateliers de formation sur la prise en charge psychosociale, la Prévention positive, la gestion de microprojets économiques et sur la participation accrue des PVVIH (GIPA) et sur le Management associatif et le développement organisationnel des PVVIH ont été organisés
- 6 Rencontres régionales et une rencontre nationale sur le Continuum de soins ont été organisées;
- 1 Atelier d'élaboration du Paquet minimum de services pour les PVVIH et les OEV et une Rencontre nationale d'harmonisation des activités de renforcement économique des PVVIH ont été organisés ;
- On note un début d'appropriation de la prise en charge communautaire par les collectivités locales

Contraintes

- Décalage quantitatif et qualitatif entre l'offre et la demande de services exprimées par les PVVIH ;
- Difficulté à rendre effectif le continuum de soins dans la PEC des PVVIH dans certaines localités ;
- Insuffisance de la PEC des frais médicaux liés aux médicaments contre les IO, les analyses et les bilans.
- Faiblesse institutionnelle et organisationnelle de la plupart des associations de PVVIH ;
- Insuffisance de l'harmonisation des interventions avec une grande multiplicité des acteurs sur les mêmes cibles et dans les mêmes zones ;
- Les organismes d'appui à la prise en charge communautaire dans les régions ne s'appuient pas sur les plans intégrés régionaux ;
- Déséquilibre entre le milieu urbain et le milieu rural dans la prise en charge communautaire (surtout dans les offres de services de qualité)
- Gap de couverture géographique de la délivrance de services et de soins communautaires (régions, département, rural/urbain, etc.)
- Gap dans le ciblage des PVVIH qui ne sont pas membres des associations de PVVIH et des Cellules d'accompagnement/soutien.
- Gap lié à l'implication des communautés (familles), des collectivités locales et du secteur privé dans la prise en charge communautaire des PVVIH et des OEV;

Opportunités

- Accès universel aux services de prise en charge et de soins

2.2.2.2.2 Prise en charge communautaire des OEV

Acquis

- Appui technique à 29 associations qui interviennent dans l'accompagnement et le soutien aux OEV ;
- 4167 enfants infectés et/ou affectés ont reçu un paquet minimum de services ;
- 5218 OEV ont bénéficié d'une bourse scolaire ;
- Guide prise en charge psychosociale des OEV élaboré ;
- Guide de Prise en Charge Nutritionnelle des OEV élaboré ;
- Ateliers de formations sur la prise en charge psychosociale des OEV pour les parents et les donneurs de soins organisés;
- Analyse situationnelle des OEV réalisée.

Contraintes

- arrêt du projet Banque Mondiale qui entraîne un gap dans le financement des bourses scolaires des OEV
- problèmes d'identification des enfants affectés par le VIH, en dehors des associations de PVVIH
- faiblesse des réponses familiales dans la prise en charge de l'enfant affecté
- faiblesses et difficultés de la prise en charge communautaire

Opportunités

- 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 et accéléré le processus de vote de la loi VIH, 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 en 2010.
- les parlementaires, sénateurs et Assemblée Nationale ont marqué de leur leadership le vote de la loi VIH et sa vulgarisation
- le plaidoyer pour la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et autres populations clés plus exposées aux risques a été boosté ; Actuellement 12 régions sur 14 disposent d'associations régionales de riposte au sida. L'application de la loi sur le VIH est un début de solution dans la mise en place de mesures de lutte contre la stigmatisation et la discrimination
- le forum des partenaires est mis en place et est fonctionnel.
- le comité de veille est mis en place de même que ses groupes de travail dont celui des populations les plus vulnérables (PS et HSH)
- Plus de 500 entreprises se sont engagées à travers la signature de la Charte de riposte au sida en milieu du travail dont l'un des principes fondamentaux prône la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans la milieu du travail et un autre la solidarité et la prise en charge des PVVIH
- une recherche opérationnelle sur les CDI a permis d'aborder une nouvelle problématique en produisant des données quantitative et qualitative, mise en place d'un comité de veille, démarrage des formations des professionnels de santé sur CDI et risques infectieux, plaidoyer auprès des institutionnels.

Contraintes

- emprisonnement des HSH (Criminalisation des rapports Homosexuels)
- Stigmatisation et auto stigmatisation des PVVIH ,des HSH et des TS

Opportunités

- Intégrer les Droits humains dans les volets stratégiques
- Mettre en place et rendre fonctionnel le groupe de réflexion du Comité de veille sur les HSH et les Professionnelles du sexe (PS).

2.2.4. Renforcement du système de santé

Acquis

L'accès aux soins de qualité

La deuxième phase du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) s'attèle à densifier la couverture passive en postes de santé tout en veillant à la correction des disparités entre les districts. Cette stratégie regroupe également toutes les actions tendant à améliorer l'accès en médicaments et en soins spécialisés pour tous. Il s'agit pour cela d'apporter une innovation dans le système de prise en charge afin de garantir l'accès aux soins pour les populations clés plus exposées aux risques (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, personnes âgées). Cela

s'est traduit notamment par la gratuité de la césarienne, du plan SESAME (gratuité de soins pour les personnes âgées de plus de 60 ans), la gratuite des traitements ARV, du dépistage VIH, des CD4, de la charge virale ainsi que la gratuité du traitement antituberculeux.

Pour la prise en charge des CDI, il est prévu un centre intégré des addictions et l'introduction de la méthadone sur la liste des médicaments essentiels.

Dans le souci d'améliorer l'accessibilité géographique des services, des efforts considérables ont été consentis en ce qui concerne la couverture passive. Ainsi le nombre de centres de santé est passé de 60 en 2004 à 76 en 2008, le nombre de postes de santé pendant la même période de 921 à 971; en plus quatre hôpitaux dont un à Dakar ont été construits ainsi que des réhabilitations importantes au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) avec la création ou le déplacement de certains services spécialisés. Enfin, suite à l'approbation de 7 projets d'établissements, les négociations avec les partenaires au développement ont abouti aujourd'hui à un engagement ferme pour financer partiellement ou totalement la construction/réhabilitation de six (06) hôpitaux dont 3 nouveaux (Matam, Dalal Diam et Pikine).

Le programme de construction de nouveaux centres de santé et la réhabilitation de certains centres existants est en cours.

En ce qui concerne les nouvelles créations des postes de santé, le taux de réalisation est d'environ 26% sur les 245 postes prévus.

Dans le cadre du projet RSS financé par le FM il est prévu la réhabilitation de 100 Postes, 20 centres de santé 10 structures de référence régionales et 4 structures de référence nationales.

L'introduction de certaines prestations comme le dépistage volontaire du VIH, le diagnostic biologique du paludisme et le traitement antituberculeux au niveau de certains postes de santé tend à rapprocher davantage les services aux populations qui en ont le plus besoin. Le projet RSS FM vient renforcer cette option du ministère à travers la mise en œuvre du paquet intégré de services (PIS) VIH, Tuberculose, Paludisme et Santé Maternelle, néonatale et Infantile (SMNI).

L'amélioration de la qualité des soins passe également par un relèvement du plateau technique et la mise en place d'une politique de maintenance des infrastructures et des équipements. A ce titre, le Ministère de la Santé a mis en place un certain nombre de mesures :

- la création de la Direction des Equipements Médicaux (DEM) au Ministère de la Santé;
- la création d'un Centre National de Formation de Techniciens de Maintenance Hospitalière ;
- l'élaboration et mise en œuvre du plan de gestion des infrastructures et équipements ;
- la définition d'une politique nationale de maintenance des infrastructures et équipements des structures sanitaires qui a pour objectif de garantir la pérennité et la sécurité des investissements réalisés (constructions, installations techniques et équipements) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- le renouvellement d'une partie des équipements biomédicaux au niveau de certaines structures nationales.

De plus l'équipement de 200 postes de santé, 20 centres de santé, 12 structures régionales et 10 structures nationales est prévu dans le cadre du financement RSS FM round 9.

Les ressources humaines :

- La décentralisation de la gestion des ressources humaines par l'augmentation des capacités de formation avec la construction du bloc scientifique de l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) et l'ouverture des centres régionaux de formation.

- La décentralisation du concours d'entrée à l'ENDSS et dans les centres régionaux de formation et la régionalisation des recrutements ;
- L'élaboration du guide d'intégration des politiques, normes et protocoles des programmes SR, VIH, Tuberculose et paludisme dans les curricula de formation de base des Infirmiers et sages-femmes afin de réduire le nombre de séminaires de formation et améliorer la disponibilité et la continuité des services.
- L'initiation d'un programme annuel de recrutement de 250 agents mis en œuvre de 2004 à 2007. Ainsi, 259 infirmiers, 326 sages-femmes et 428 assistants infirmiers sortis des écoles de formation pendant la période 2004 à 2007 ont été recrutés par les autres secteurs. Ces efforts ont été poursuivis avec le recrutement en 2010 de 500 nouveaux agents.
- La contractualisation en 2006 de certains postes jugés prioritaires et la mise en place d'un système de motivation des personnels de santé y compris des mesures incitatives pour doter de personnels les postes dits difficiles a été initié. C'est dans ce cadre que 32 postes de santé jugés difficiles ont été ciblés et ré-ouverts. Les secteurs comme le privé et les ONG ont également contribué à cette contractualisation de ces ressources humaines additionnelles.
- L'introduction de contrats de performance qui a rendu obligatoire l'adoption d'un système de motivation basé sur les performances.
- Le projet d'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines pour la santé qui prend en compte les nouveaux besoins en termes de spécialités.
- Durant la première année du projet RSS round 9 FM, il a été procédé au recrutement de 14 planificateurs, 25 infirmiers et sages-femmes pour les régions de Sédhiou, Kolda et Ziguinchor. Il est prévu le recrutement de 75 autres agents pour les 2^{ème} et 3^{ème} années.

L'amélioration de la capacité dans la gestion et la planification

La gestion axée sur les résultats est promue par une répartition des ressources et leur utilisation se fondant sur le cadre de dépenses sectorielles à moyen terme (CDSMT).

Un plan de travail annuel (PTA) qui est la traduction opérationnelle du CDSMT déclinée en plan d'action détaillé est élaborée au niveau de tous les échelons de la pyramide sanitaire.

De plus, l'initiation de contrats de performance au niveau des régions constitue un élément important pour une meilleure gestion axée sur les résultats.

Pour renforcer le système d'information sanitaire permettant de générer des données essentielles en temps réel des mesures suivantes ont été prises :

- La création d'un Service National d'Information Sanitaire au sein du Ministère.
- La collaboration avec l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie en vue d'élargir le champ de diffusion des données sanitaires.

Un comité de suivi de la mise en œuvre des trois (3) programmes (paludisme, VIH et tuberculose) est créé par arrêtee N° 03967 du 07/05/2008 en vue d'une meilleure synergie des interventions. La réalisation d l'EDS 5 avec l'appui du projet RSS, dans le cadre d'un cofinancement avec d'autres bailleurs.

Opportunités

- Réhabilitation dans le cadre du projet BAD, LUXDEV, et par des partenaires locaux.
- Partenariat avec FHI/USAID dans la mise en œuvre des interventions tendant à améliorer l'accessibilité des services dans les régions périphériques.

- Création de structures de soins par des acteurs du secteur privé et des ONG.
- Nouveau programme de l'USAID comprenant un volet RSS.

2.2.5 Renforcement du système communautaire

Une implication précoce et structurée

Au Sénégal la riposte au sida est marquée par une implication précoce et spontanée des acteurs communautaires malgré les faibles capacités techniques et financières au départ. L'ancrage communautaire, la densité et la diversité du tissu associatif ont pu rapidement être mis à contribution à partir de 1986. Sous l'impulsion des ONG Les organisations communautaires de base, les groupements féminins, les organisations confessionnelles, les associations et réseaux de PVVIH, les mouvements de jeunesse, les clubs d'éducation à la vie familiale, les associations de HSH et de TS, les tradipraticiens, les radios communautaires, se sont mobilisées et participent activement à la réponse nationale au VIH. Il en résulte un capital d'expériences et d'expertises consolidé grâce à l'appui technique et financier des partenaires de la société civile aux niveaux régional et international qui ont fortement contribué au développement institutionnel et organisationnel des ONG et associations sénégalaises.

Ainsi, les organisations de la société civile se présentent comme une force de proposition et d'anticipation dans la réponse au VIH. La première expérience de création d'un centre de dépistage volontaire du VIH a été initiée par une organisation de la société civile (Sida Service). Depuis 2005, la société civile à travers l'Alliance Nationale Contre le Sida(ANCS) est le second Récipiendaire Principal du programme appuyé par le Fonds Mondial à côté du CNLS. C'est la première expérience d'un financement à deux voies, initié par le Fonds Mondial. Cela a permis à la société civile de démontrer ses capacités et d'apporter une contribution de taille à la réussite du dit programme. Cette expérience a encouragé le FM à recommander à partir de la série 8 l'enrôlement des organisations de la société civile comme récipiendaire principal de ses subventions.

Au Sénégal, les organisations de la société civile sont fortement impliquées dans les instances de coordination et de prise de décision aux niveaux central et décentralisé, notamment le CNLS, le CCM, le forum des partenaires, les CRLS, les CDLS et les Pools Sida. On note également l'implication des populations clés avec le Réseau National des Personnes Vivant avec le VIH, les associations de PS et les associations de HSH. Ces derniers contribuent de manière significative à l'accès et à l'amélioration de la qualité des services en menant des activités de prévention et de prise en charge communautaire. Certains acteurs de ces groupes sont même recrutés comme médiateurs assurant une interface entre les structures socio-sanitaires pour orienter et accompagner leurs pairs.

Globalement, les organisations de la société civile jouent un rôle important et participent à l'ensemble des processus d'orientation stratégique, d'élaboration de document de politique, de planification stratégique et de prise de décision. De même, par un plaidoyer soutenu pour améliorer l'environnement de la réponse au VIH, les acteurs communautaires continuent de jouer un rôle d'alerte, de veille et d'anticipation pour une réponse adaptée, efficace et efficiente au Sénégal. Vers une réforme des mécanismes de concertation de la société civile pour produire les effets et impact attendus

Malgré leurs acquis les OSC restent confrontés à l'environnement socioculturel et juridique défavorables caractérisé par :

la Stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des HSH et des TS et des OEV ;

la faiblesse des moyens pour la prise en charge et l'accompagnement psychosociale et économique des PVVIH et des OEV Collectivités locales et du secteur privé . .

et le faible engagement des Organisations syndicales en particulier ceux de la santé.

2.2.6. Suivi Evaluation

Acquis

- Prix Banque Mondiale du programme ayant le mieux démontré ses résultats
- Système de reporting des données du niveau district au niveau national nettement amélioré
- Elaboration régulière, des Rapport biennaux UNGASS (2006-2007 et 2008-2009) des Rapports annuels de Progrès pour L'Accès Universel des Rapports annuels du Programme , révision de la surveillance sentinelle (Femmes enceintes) une fréquence à 2 ans, protocole de surveillance sentinelle révisé, Enquête comportementale et biologique chez les HSH (2007), Enquête sur la Qualité de la Prise en Charge des IST (IP6-IP7) 2009, Suivi des Résistances aux ARV, ENSC, EDS5 réalisées en 2010.
- Informatisation du système 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.
- Elaboration du cadre de dépense à moyen terme pour la période 2011 à 2014.
- Elaboration de proposition soumis au Round 9 du Fonds Mondial.

Contraintes

- Non-respect par certains des outils harmonisés, du circuit unique de collecte et de remontés des données,
- Difficulté de recouvrement de tous les plans annuels et rapports de tous les partenaires techniques.
- Difficulté de capitaliser les données du secteur privé.
- Difficulté d'assurer un bon remplissage des outils de la prise en charge ARV

2.2.7. Coordination et Gestion

2.2.6.1. COORDINATION

Acquis

- 3 Prix Banque Mondiale de la riposte au 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 et le secteur privé
- Mise en place du Comité des partenaires
- Valeur ajoutée des Pharmacies régionales d'approvisionnement "PRA"
- Evaluation ICR satisfaisante à la fin du projet IDA.

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

Opportunités

- Optimisation des ressources

2.2.6.2. GESTION LOGISTIQUE

Acquis

- Le système logistique pharmaceutique du programme Sida est articulé autour de la PNA, avec comme autres acteurs la DLSI, le CNLS, le CNTS, le LBV et le CTA. Ce cadre est animé par le Comité de gestion des médicaments, réactifs et autres produits du VIH/Sida et IST. Le système d'approvisionnement assure la disponibilité des médicaments ARV et I.O., des réactifs et consommables de laboratoire pour le dépistage du VIH, les tests hématologiques et biochimiques, les tests de comptage des CD4, la Charge virale et le Diagnostic précoce des nouveau-nés.
- La quantification des besoins est réalisée par le Comité ci-dessus cité, sous l'égide de la DLSI, en rapport avec le CNLS, la PNA et les autres acteurs, sur la base des objectifs fixés dans le plan stratégique et des protocoles et algorithmes en vigueur.
- Les acquisitions sont réalisées au niveau de la PNA par appels d'offres réalisés tous les deux ans. La PNA réceptionne les produits dans ses magasins et assure la distribution jusqu'au niveau des PRA. Les sites de prise en charge vont s'approvisionner au niveau des PRA. Les postes de santé sont approvisionnés par leur district.
- Les stocks sont suivis régulièrement au niveau de la PNA par le comité de gestion. Chaque année, une réunion de planification et de quantification des besoins est organisée avec les régions.
- Par ailleurs, le système de pharmacovigilance est en place au niveau de la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires. Ainsi que le Contrôle de qualité avec le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments. Tout ceci est soutenu par un cadre réglementaire qui détermine la politique pharmaceutique nationale
- La cartographie des équipements de laboratoire nous a permis de voir qu'il y a 31 automates CD4, 21 MIF, 6 automates de Biologie moléculaire (PCR ou Charge Virale) répartis dans les différentes régions
- Actuellement le Sénégal compte 11 Pharmacies Régionales réparties dans 11 régions qui assurent la décentralisation de l'approvisionnement en médicaments et autres produits du VIH/SIDA
- Existence de Personnel qualifié très engagé à tous les niveaux
- Existence d'un maillage territorial qui permet de rapprocher l'offre et la demande
- Existence de manuel de procédure (Approvisionnement, DAO transparent, Distribution, Stockage)
- Existence d'un système logistique roulant jusqu'au niveau PRA

Contraintes

- Insuffisances des équipements CD4, MIFS, PCR et Charge virale
- Insuffisance dans les conditions de stockage des produits aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique
- Insuffisance des équipements de logistique au niveau des structures de stockage et de dispensation (Racks, étagères et armoires de rangement, Chambre froide, Appareil de monitoring de la température, etc.)
- Faible système d'information de la gestion logistique

Opportunités

- Renforcement du système de santé
- Accès universel à la prévention, aux traitements et aux soins

2.3. LEÇONS APPRISSES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2007 2011

- Bon ciblage des populations clés plus exposées aux risques « Prix Banque Mondiale du meilleur ciblage des populations clés plus exposées aux risques »
- Mise en place d'un comité de veille et d'alerte pour prévenir les crises liées à la vulnérabilité 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 des parlementaires et juristes exprimé dans leur rôle clé dans le vote et la diffusion de la loi
- Engagement des dirigeants d'entreprise ayant facilité le début d'appropriation de la Réponse du secteur privé
- Mise en place d'un comité tripartite (planification et coordination et suivi évaluation 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 et 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, dans une perspective de pérenniser. 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 dans les secteurs (Santé, l'Education, Forces Armées, Jeunesse, Famille, Travail...)
- La 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 de garantir la qualité des produits VIH et d'assurer leur bonne traçabilité.

3. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL SUR LE SIDA 2011-2015

3. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL SUR LE SIDA 2011-2015

3.1. VISION

Le gouvernement du Sénégal s'inscrit dans la vision internationale qui a été recommandée lors de la Réunion de Haut Niveau (HLM) sur le VIH tenue à New York en juin 2011 ; à savoir :

Objectifs pour 2015 : Parvenir à Zéro nouvelle infection

Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe.

Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida.

Prévention de toutes les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues

Objectifs pour 2015 : Parvenir à Zéro décès lié au sida

Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement.

Réduction de moitié des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations

Objectifs pour 2015 : Parvenir à Zéro discrimination

Réduire de moitié le nombre de pays ayant des lois et pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité, qui entravent l'efficacité des ripostes. Supprimer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions Intégrer une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH Ne tolérer aucune violence sexiste

3.2. BUT

Le plan stratégique national sur le sida 2011-2015 vise la réduction des nouvelles infections, l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH et le renforcement de la bonne gouvernance de la réponse.

De façon plus spécifique, l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien sera assuré de façon équitable dans le respect des droits humains.

3.3. PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs qui guident la riposte au VIH au Sénégal sont les suivantes :

APPROCHE MULTISECTORIELLE ET DÉCENTRALISÉE

L'implication de l'ensemble des acteurs nationaux et des secteurs, constitue un principe fondamental dans la mise en œuvre du Plan Stratégique National sur le sida 2011-2015. Le processus de décentralisation basé sur les comités régionaux et les comités départementaux de lutte contre le sida s'inscrit dans la logique de la décentralisation. Le PSN 2011-2015 va consolider la décentralisation en renforçant le niveau régional et local afin d'accélérer la mise en œuvre des différentes interventions, là où les populations sont moins touchées par les interventions.

L'existence de plans régionaux intégrés, multisectoriels, financés et mis en œuvre dans les 14 régions du Sénégal, traduit l'effectivité de la riposte locale.

L'ENGAGEMENT ET LE LEADERSHIP AU PLUS HAUT NIVEAU

Cet engagement est caractérisé par le fait que la coordination nationale qui était depuis le début de la riposte au sida (1986) assurée par le Ministère de la Santé, a été élevée au niveau de la Primature dès 2001. Cette option politique issue des engagements pris lors de la Session Extraordinaire de l'UNGASS de Juin 2001 et réaffirmés plus récemment en juin 2011 à la Réunion de Haut Niveau (HLM), vise à renforcer le leadership politique, à promouvoir l'approche multisectorielle et à rendre plus effective l'appropriation de la riposte au VIH dans les secteurs publics, privés et dans la société civile.

L'ARTICULATION DU PSN SUR LA SIDA 2011-2015 À L'ACCÈS UNIVERSEL ET AUX OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE

Le plan stratégique National (PSN) sur le sida 2011-2015, le troisième de ce millénaire, s'inscrit dans le renforcement des acquis de prévention, de prise en charge et de soutien. Il vise à relever le défi de l'accès universel aux services de prévention et de prise en charge, dans une perspective de capitaliser l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD 6) sur le sida, de contribuer à l'atteinte des OMD 6 sur la tuberculose, de l'OMD 4 sur la réduction de la mortalité infantile, de l'OMD 5 sur la réduction de la mortalité maternelle, l'OMD 3 sur le genre, l'OMD 8 sur le partenariat et l'OMD 1 sur la pauvreté.

L'élaboration du PSN sur le sida a pris en compte les orientations du Document de Politique Economique et Sociale (DPES 2011-2015) et du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018).

LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS ESSENTIELS DES POPULATIONS PRIORITAIRES : DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET DES PERSONNES LES PLUS EXPOSÉES AU RISQUE

Le PSN sur le sida 2011-2015 vise à assurer les besoins sanitaires et sociaux des PVVIH, des personnes les plus exposées au risque et des personnes en contexte de vulnérabilité dont les OEV. Ces personnes accéderont à des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien dans des centres de santé et des structures communautaires offrant des services de qualité. Une approche privilégiant l'implication des personnes sans exclusion, ni discrimination ni stigmatisation et autour des droits et des devoirs de chacun est promue.

LA PRISE EN COMPTE DE LA DIMENSION GENRE ET ÉQUITÉ DANS LA RIPOSTE AU VIH

Au Sénégal, la prise en compte de la dimension genre s'est accentuée au fil des années, toutefois ce n'est qu'en 2011 que la Politique Nationale sur le genre et le VIH a été formulée. Ce document constitue le cadre de référence des partenaires et des acteurs de la réponse pour réduire l'influence des déséquilibres de genre sur le VIH. En outre, les populations plus exposées au risque et les minorités sexuelles sont prises en compte au regard de la dynamique de transmission du VIH et du caractère hétérogène de l'épidémie tant du point de vue sociodémographique que du point de vue géographique (féminisation, groupes hautement exposés, inégalités d'accès à la prévention et aux soins, violences basées sur le genre...). Le lancement en novembre 2010 du Comité de veille et d'alerte pour un environnement favorable témoigne de l'intérêt que les acteurs de la riposte au sida du Sénégal accordent à cette question.

LE RESPECT DES DROITS HUMAINS DES POPULATIONS PLUS EXPOSÉES AU VIH

Le respect et la promotion des droits humains des personnes les plus exposées au VIH est non seulement une question d'équité et de justice sociale mais encore une exigence pour un accès universel aux services de prévention, de soins, de traitement et de soutien. Dès lors, une attention particulière est accordée à l'analyse du lien étroit entre les droits humains et le VIH, en replaçant l'épidémie VIH dans le contexte des inégalités qui en favorisent la propagation. Les efforts de tous les acteurs seront conjugués pour le renforcement d'un environnement social et juridique de nature à combattre la discrimination et la stigmatisation à l'encontre des populations clés plus exposées aux risques d'infection du VIH.

L'ADOPTION DE L'APPROCHE DE PLANIFICATION AXÉE SUR LES RÉSULTATS

L'approche de planification axée sur les résultats a été adoptée par les acteurs du Sénégal lors de l'élaboration du présent PSN sur la sida 2011-2015. Cette approche a permis d'établir un cadre de résultat auxquels tous les partenaires nationaux et partenaires au développement se référeront pour conjuguer leurs efforts dans la mise en œuvre. Aussi les financements mobilisés, selon l'approche du cadre d'investissement promu par l'ONUSIDA, seront orientés vers les interventions à fort potentiel d'impact. Des interventions qui répondent aux besoins essentiels des populations cibles et celles qui ont fait la preuve de leur efficacité. Les résultats seront évalués pour mesurer l'atteinte du changement au bénéfice des populations conformément à la démarche de priorisation.

L'ADOPTION D'UNE APPROCHE CENTREE SUR LA COMMUNAUTE

Les collectivités locales seront mises à contribution pour le renforcement des initiatives communautaires.

L'approche Réponse Base Communautaire (**RBC**), centrée sur les populations clés plus exposées aux risques, les familles et les communautés sera au cœur du Renforcement du Système Communautaire(RSC).

3.4. PRIORISATION

La démarche de priorisation du PSN 2011-2015 du Sénégal s'est appuyée sur deux principes fondamentaux :

- ***l'utilisation de l'évidence et les faits épidémiologiques de l'épidémie de VIH au Sénégal, ainsi que les enjeux nationaux pour déterminer les changements nécessaires afin de réduire la propagation de l'épidémie et d'atténuer son impact ;***
- ***la définition de résultats et d'indicateurs précis, réalistes et mesurables découlant de la mise en œuvre de stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité***

L'analyse des différentes données épidémiologiques et l'analyse de la dynamique de l'épidémie ont permis d'apprécier son caractère hétérogène tant du point de vue sociodémographique que du point de vue géographique. Au Sénégal, 7 nouvelles infections sur 10 surviennent au sein de la population générale soit environ 70%, notamment au sein des couples stables. Au sein de ce groupe trois infections sur quatre affectent les personnes qui ont des comportements à haut risque (28%) et surtout leurs partenaires (46%). Sur l'ensemble des nouvelles infections, près de deux sur dix affecteront des personnes à faible risque (18,39%). De même, 27,95% des nouvelles

infections surviendront au sein des groupes à haut risque. Les HSH et leurs partenaires féminines comptent pour une infection sur deux pour l'ensemble des populations clés soit respectivement 15% et 36%. Viennent ensuite les TS, leurs clients masculins et les partenaires régulières de ces derniers qui comptent pour 43% des nouvelles infections à haut risque.

Aussi à partir des facteurs de risque identifiés, parmi les populations les plus exposées au risque (PS, HSH, CDI) ainsi que les populations passerelles, des résultats d'impact, d'effet et de produits ont été définis avec un lien de causalité.

Cette démarche a abouti à la sélection de stratégies et d'interventions prioritaires qui seront mises en œuvre auprès des populations elles aussi considérées comme prioritaires. (Qui est infecté ? Où ? Comment ? Pourquoi ?). En outre un effort important a été réalisé pour caractériser l'épidémie de VIH au Sénégal tant en ce qui concerne les populations cibles que leur localisation géographique.

Afin de permettre à toutes les parties prenantes de s'associer à cette démarche de priorisation de façon participative et transparente, les instances nationales seront régulièrement utilisées et ou convoquées à chaque fois que cela s'avérera nécessaire. Aussi pour la mobilisation des ressources financières domestiques et internationales, pour l'état des lieux des besoins et l'investissement/affectation selon le niveau des ressources mobilisées, la démarche de priorisation sera fondée sur :

- la mise en place d'un mécanisme de consultation et de concertation de tous les partenaires ;
- l'actualisation de l'information sur la dynamique de l'épidémie et des nouvelles infections ainsi que sur celle de la riposte programmatique ;
- la concertation avec les réseaux de PVVIH, les communautés et les institutions impliqués dans la riposte nationale ;
- la hiérarchisation basée sur des interventions à haut impact ;
- l'utilisation du Cadre d'Investissement pour une allocation budgétaire, la négociation et/ou la réallocation budgétaire des subventions extérieures (exemple : celles du Fonds mondial) ;

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 et de soutien ;
- du renforcement des interventions dans les populations clés plus exposées aux risques, en tenant compte du contexte et de la localisation géographique ;
- du passage à l'échelle des interventions « Prévention de la transmission sexuelle, CDV, PTME, Traitement ARV » ayant fait la preuve de leur efficacité ;
- du renforcement de la dimension genre et du respect des droits humains des populations en vulnérabilité et des populations clés;
- de l'intégration et de l'optimisation des Actions VIH/SR/TB ;
- du renforcement du système communautaire et du renforcement du système de santé ;
- du partenariat sous régional ;

3.5. CIBLES PRIORITAIRES

1 Les populations clés les plus exposées aux risques d'infection VIH

- les Professionnelles du Sexe,
- les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes,
- les consommateurs de drogues injectables.

2 Les populations vulnérables

- les populations passerelles (forces de sécurité, routiers, migrants, pêcheurs, orpailleurs, détenus, les handicapés, les populations fréquentant les sites touristiques, les marchés hebdomadaires, les handicapés)
- les jeunes «15-24 ans»
- les femmes, les hommes “+ 25 ans” et les couples

3 Les populations infectées et affectées

- les PVVIH
- les OEV

3.6. CHAINE DE RESULTATS

Résultat impact 1. Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2015
Résultat effet 1.1 : Au moins 80% des populations clés plus exposées adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2015 (PS, HSH, CDI)
Résultat effet 1.2 : Au moins 60% des populations vulnérables adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2015
Résultat effet 1.3 : Au moins 80% de la population âgée de 15 à 49 ans adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2015
Résultat effet 1.4 : Au moins 60% de personnes atteintes d'IST et se présentant auprès des établissements sanitaires sont examinées et traitées de manière appropriée.
Résultat effet 1.5 : Au moins 20% de la population générale ont fait leur dépistage et connaissent leur statut sérologique au cours des 12 derniers mois
Résultat effet 1.6 : Au moins 80% des femmes enceintes séropositives reçoivent le paquet de services pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant
Résultat effet 1.7 : 100% des formations sanitaires (hôpitaux, Banques de Sang et Centres de santé) assurent des précautions standard pour l'innocuité transfusionnelle et pour la prévention des accidents d'exposition au VIH
Résultat impact 2. Au moins 80% des PVVIH suivies bénéficient d'une meilleure qualité de vie
Résultat effet 2.1 : Au moins 80% des PVVIH enfants et adultes diagnostiquées bénéficient d'une prise en charge médicale globale de qualité d'ici 2015
Résultat effet 2.2 : Au moins 80% de nouveaux cas de tuberculose déclarés liés au VIH bénéficient d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH d'ici 2011
Résultat effet 2.3 : Au moins 80% de PVVIH bénéficient d'un soutien psychosocial d'ici 2015
Résultat effet 2.4 : Au moins 80% d'OEV bénéficient d'un soutien psychosocial d'ici 2015
Résultat impact 3 : La bonne gouvernance de la riposte nationale est assurée
Résultat effet 3.1 : Les obstacles liés aux droits humains et à l'équilibre de genre sont réduits
Résultat effet 3.2 : La riposte nationale multisectorielle est coordonnée et mise en œuvre efficacement au niveau central et décentralisé
Résultat effet 3.3 : L'investissement des ressources financières est efficient pour la qualité et la pérennisation des services

Résultat effet 3.4 : Les systèmes de santé et communautaire sont renforcés pour apporter une contribution efficace à la riposte nationale

Résultat effet 3.5 : Le système de gestion des approvisionnements et des stocks est efficace

Résultat effet 3.6 : Le système de communication stratégique est efficace

Résultat effet 3.7 : Le système de suivi financier est performant

Résultat effet 3.8 : Le système de SE est performant et permet ainsi l'utilisation des informations stratégiques

3.6.1. **Résultat impact 1 :** Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2015

Ce résultat d'impact se traduira par la réduction de l'incidence de l'infection par le VIH à travers la mise en œuvre d'interventions à haut impact ; à savoir :

- la prévention combinée auprès des populations clés (PS, HSH, CDI) et leurs partenaires auprès des jeunes et des femmes en contexte de vulnérabilité,
- la prévention de la transmission de la mère à l'enfant,
- la promotion du conseil dépistage volontaire,
- les mesures standards pour l'innocuité transfusionnelle,
- la prévention et la prise en charge de l'exposition accidentelle ou sexuelle au VIH.

Résultat effet 1.1 : Au moins 80% des populations clés plus exposées adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2015 (PS, HSH, CDI)

Le Sénégal étant classé parmi les pays à épidémie concentrée, les populations les plus vulnérables (PS, HSH et CDI) sont prioritairement ciblées.

La mise en œuvre des approches détaillées ci-après permettra de mettre à la disposition des populations cibles, des prestations de services selon des normes de qualité définies au niveau national et répondant aux standards internationaux, assurées par des professionnels de santé et des acteurs associatifs formés pour répondre aux besoins prioritaires des populations bénéficiaires.

- **L'approche combinée de la prévention** s'inscrit dans une démarche de réduction des risques. Elle permet d'offrir à chacun la possibilité d'utiliser tous les moyens de prévention pour se protéger et protéger les autres. Elle est composée de diverses interventions, un paquet de services, qui s'articulent et se complètent :
 - la communication pour le changement de comportement,
 - l'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant,
 - la prise en charge syndromique des IST,
 - le conseil et dépistage du VIH,
 - l'accès aux soins et soutien et aux services de santé de la reproduction.
- **L'approche réduction des risques (RDR)** pour les CDI inclue :
 - des activités de proximité de CCC,
 - la distribution des kits d'injection et de préservatifs,
 - la collecte des seringues utilisées,

- la sensibilisation et l'éducation,
- l'appui social et l'auto-support.

- **La substitution à la méthadone** sera étendue progressivement dans les zones géographiques concernées.

La lutte contre la discrimination et la stigmatisation constituent le fondement éthique de l'accès à la prévention et aux soins dans le respect des droits humains.

Résultats annualisés chez les populations clés :

Cibles	2011	2012	2013	2014	2015
Au moins 90% des PS, des HSH et des CDI reçoivent des interventions à travers le programme (CCC, kits d'injection, préservatifs)	ND	> 75%	> 80%	> 85%	90%
Au moins 70% des PS, HSH et des CDI subissent un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat	< 40%	50%	60%	65%	70%

Résultat effet 1.2 : Au moins 60% des populations vulnérables adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2015

L'analyse de la situation et de la riposte réalisée au Sénégal, a identifié différents facteurs de risques pour les populations vulnérables (jeunes et femmes et les populations passerelles).

Ces populations passerelles (les personnes en situation de handicap, camionneurs, pêcheurs, routiers, forces de sécurité (militaires, gendarmes, douaniers, policiers), déplacés, populations fréquentant les sites touristiques et les marchés hebdomadaires, commerçant(e)s, miniers, détenus, les handicapés) qui sont les relais de la transmission sexuelle sont ciblées par les interventions de prévention adéquates.

Résultats annualisés

Indicateurs	Résultats 2011	Résultats 2012	Résultats 2013	Résultats 2014	Résultats 2015
Le pourcentage des populations vulnérables adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2015 (réception de préservatif et connaissance d'un site de dépistage)	16%	25%	40%	50%	60%

Les stratégies de prévention par la promotion des préservatifs seront passées à l'échelle.

Résultats annualisés :

Cibles	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de préservatifs masculins distribués	15 000 000	16 000 000	17 000 000	18 000 000	19 000 000
Nombre de préservatifs féminins distribués	250 000	300 000	350 000	400 000	500 000

Résultat effet 1.3 : Au moins 80% de la population âgée de 15 à 49 ans adoptent des comportements à moindre risque d'ici 2015

Du fait que 60 à 70% des nouvelles infections du Sénégal surviennent chez les couples hétérosexuels avec une prévalence faible des interventions prioritaires vont être ciblées sur les jeunes (15- 24 ans), les femmes et les hommes de plus de 25 ans.

La prévalence du VIH dépassant 2% dans les régions Sud du Sénégal et 1% dans les régions Est (cf. *analyse de la situation épidémiologique*), le développement des violences sexuelles, et la propagation des nouvelles infections dans les couples hétérosexuels en particulier, militent pour un ciblage prioritaire.

Les aspects genre comprenant les inégalités sexo-spécifiques, les inégalités dans l'offre de service, l'exclusion des minorités sexuelles, seront prises en compte dans toute les stratégies de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Les populations bénéficieront d'actions visant la prévention de proximité du VIH et l'accès aux services de dépistage et de référence vers les sites de prise en charge. Elles feront l'objet d'interventions ciblées pour assurer la continuité des programmes et leur mise à l'échelle pour atteindre des zones et populations non encore couvertes. A cet effet, il est prévu le renforcement des capacités des intervenants dans les secteurs communautaires et sanitaires. 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.

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 favorisées afin de prévenir les risques d'exclusion.

Seront privilégiées les stratégies de communication : i) la communication interpersonnelle et la paire éducation, ii) la mobilisation sociale et communautaire, iii) les stratégies de promotion de comportements responsables et l'utilisation de préservatifs.

La communication interpersonnelle ciblera notamment les groupes populations clés plus exposées aux risques d'infection à VIH : les PS, les HSH, les CDI 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 renforcée par les médias ciblera les populations vulnérables afin de les mobiliser et de les aider à identifier les facteurs de risque liés au VIH, prendre des décisions et s'organiser pour adopter des mesures de protection. 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.

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

Les interventions de prophylaxie et de prise en charge des IST porteront sur le renforcement des structures de santé en équipements, le renforcement des capacités des prestataires, l'approvisionnement en médicaments, réactifs et consommables, le diagnostic et le traitement des IST. La mise à disposition de ces services de prise en charge des IST chez les PS clandestines et les HSH et CDI, 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 constitue une intervention prioritaire au regard de la fréquence des IST au sein de ces populations.

Résultats annualisés :

	2011	2012	2013	2014	2015
Pourcentage de personnes atteintes d'IST se présentant auprès des établissements sanitaires examinées et traitées de manière appropriée (selon les normes)	ND	40%	NA	NA	60%
Pourcentage des personnes prestataires des sites de PEC des IST sont formés sur les protocoles de PEC syndromique des IST	ND	60%	65%	70%	80%
Rupture de médicaments au niveau des sites de PEC des IST	ND	0	0	0	0
Rupture de préservatifs (masculins et féminins) au niveau des sites de PEC des IST	ND	0	0	0	0

Résultat effet 1.5 : Au moins 20% de la population générale ont fait leur dépistage et connaissent leur statut sérologique au cours des 12 derniers mois

La connaissance du statut sérologique parmi la population générale est un facteur important de la réduction des risques d'exposition au VIH. En effet le faible taux de dépistage du VIH et le fait qu'une proportion importante des cas incidents se trouve chez des conjoints hors des populations « exposées » mettent en exergue l'importance de la sensibilisation, de la connaissance du statut sérologique parmi les couples séro-différents afin de mettre en place une démarche de conseil, de réduction des risques et de prévention positive. En outre, la connaissance du statut sérologique est un facteur déterminant pour la réduction des nouvelles infections parmi les populations hautement exposées. C'est pourquoi, en partenariat avec les ONG et le système de santé, le dépistage en stratégie avancée sera promu pour proposer le dépistage en direction des populations MARPS.

L'offre de dépistage du VIH est étendue et diversifiée

- Les interventions permettront d'assurer une couverture nationale en services 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 avancées et ciblées et 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 renforcées (campagnes nationales de dépistage volontaire, stratégies avancées, la mise en œuvre d'activités de conseils et dépistage selon les directives et normes 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.

Résultats annualisés

Tableau 12 : Couverture en Services de Conseil Dépistage Volontaire selon le niveau de prévalence +

Régions		2011	2012	2013	2014	2015
Prévalence ≤ 0.7	Dakar	4,7%	8%	11%	14%	17%
	Diourbel	3,3%	8%	10%	12%	14%
	Fatick	4,4%	8%	10%	12%	14%
	Matam	4,5%	8%	10%	12%	14%
	Saint Louis	6,4%	8%	10%	12%	14%
0.7 ≤ Prévalence ≤ 1.1	Kaolack	5,7%	10%	12%	14%	16%
	Kaffrine	6,3%	10%	12%	14%	16%
	Louga	6,9%	10%	12%	14%	16%
	Tambacounda	5,5%	10%	12%	14%	16%
	Kédougou	ND	10%	12%	14%	16%
	Thiès	3,3%	10%	12%	14%	16%
Prévalence ≥ 1.1	Ziguinchor	9,5%	14%	16%	18%	20%
	Kolda	8,1%	14%	16%	18%	20%
	Sédhiou	7,5%	14%	16%	18%	20%

Pour la couverture nationale en services de dépistage (CDV et PTME) voir tableau ci dessous

Cibles	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de personnes bénéficiant d'un dépistage pour le VIH (CDV)	217 257	353 628	456 043	510 859	621 274
Nombre de femmes enceintes à dépister	124 412	249 043	306 025	417 825	481 216

Résultat effet 1.6 : Au moins 80% des femmes enceintes séropositives reçoivent le paquet de services pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant

L'élargissement de l'offre de PTME, dans le cadre de l'accès universel, se fera en lien avec l'extension de l'offre de dépistage à toutes les consultations prénatales, plus particulièrement dans la zone sud jusque-là plus touchée par l'épidémie. Le programme de PTME au Sénégal, vise à toucher toutes les femmes enceintes qui vivent avec le VIH ainsi que leurs enfants, depuis la grossesse jusqu'à la fin de l'allaitement.

Les besoins des mères et des enfants en matière de prévention et de traitement liés au VIH seront satisfaits grâce à leur extension à tous ceux qui en ont besoin.

Pour permettre un accès effectif, à la PTME, les interventions prioritaires porteront sur le plaidoyer et la promotion de la PTME sur l'offre systématique de test de dépistage et sur la décentralisation du test à l'échelle de tous les postes de santé intégrant la CPN. Les femmes enceintes séropositives seront orientées vers les sites de prise en charge pour le suivi et la prise en charge, avec traitements et prise en charge globale pour elles et le nouveau-né. (Conformément aux dernières recommandations de l'OMS au protocole sur la prophylaxie à 14 semaines)

Une stratégie de communication et de plaidoyer sur la PTME sera mise en œuvre dans le cadre du PSN sur la sida 2011-2015. Des campagnes de sensibilisation seront organisées au niveau communautaire pour lever les obstacles socioculturels à l'accès à ce service essentiel. La sensibilisation en matière de PTME sera également intégrée parmi les thématiques abordées dans les programmes de prévention de proximité mis en œuvre par les ONG auprès des personnes les plus exposées (PS, HSH, CDI), passerelles ou en contexte de vulnérabilité.

Aussi pour la mise en œuvre de ces interventions, le PSN sur la sida s'articulera sur les orientations du PNDS en matière de renforcement du système de santé, en particulier avec l'intégration de la PTME dans les structures de la SR.

Plusieurs conditions structurelles devront être réunies pour une amélioration de la couverture des services de dépistage :

- un renforcement des capacités techniques et humaines (cliniques et laboratoire) ,
- un approvisionnement régulier en réactifs de dépistage VIH et syphilis (tests rapides pour les postes de santé), en médicaments,
- un contrôle de qualité par les services de référence nationale SR et laboratoire.

Résultats annualisés :

Tableau 13 : Services de PTME

Indicateurs	Résultats 2011	Résultats 2012	Résultats 2013	Résultats 2014	Résultats 2015
Nombre de femmes enceintes attendues	486 413	498 087	510 041	522 281	534 684
Pourcentage de femmes enceintes qui viennent en CPN pour la première fois et qui bénéficient du paquet PTME (counseling, testing, PEC)	30%	50%	60%	80%	90%
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	22,3%	50%	65%	80%	90%
% d'enfants nés de mère séropositive au VIH ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	7,6%	20%	40%	70%	80%
Le % d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	ND	30%	50%	80%	90%

Résultat effet 1.7 : 100 % Des formations sanitaires (hôpitaux, Banques de Sang et Centres de santé) assurent des précautions standard pour l'innocuité transfusionnelle et pour la prévention des accidents d'exposition au VIH

Au Sénégal, le risque de transmission du VIH par le biais de la transfusion sanguine a été considérablement réduit, voire éliminé, dans la plupart des régions. 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. L'approvisionnement des services de transfusion en réactifs matériels de dépistage et autres produits dérivés du sang constitue également une étape importante pour éviter les ruptures de

stock freinant ainsi l'offre de services. La formation initiale et continue du personnel des unités de transfusion et des services prescripteurs de transfusion de sang, ainsi que l'implication des associations de donneurs de sang dans les campagnes d'informations sur le don du sang sont également des interventions à promouvoir pour assurer une innocuité transfusionnelle. 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 constitue un élément structurel de la sécurité transfusionnelle.

Les interventions porteront entre autres sur la prévention des risques de transmission en milieu de soins par la sensibilisation et la formation des personnels pour un changement de comportement dans le cadre de la lutte contre l'infection nosocomiale. Elles porteront aussi sur l'approvisionnement des structures de soins en matériels de protection, 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 matériels de protection, de stérilisation, le nombre de professionnels de la santé informé sur les risques et les mesures de protection. La prise en charge post exposition des personnels de soins et celle de personnes victimes d'exposition au sexe sera améliorée.

Résultats annualisés :

Indicateurs	Résultats 2011	Résultats 2012	Résultats 2013	Résultats 2014	Résultats 2015
Le % des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH selon les normes	86%	90%	95%	100%	100%
Le % des accidents d'exposition au VIH bénéficiant d'une PEC selon les normes nationales	46%	50%	55%	60%	70%

3.6.2. Résultat impact 2 : Au moins 80% des PVVIH suivies bénéficient d'une meilleure qualité de vie

Ce résultat d'impact se traduira par la réduction du taux de morbidité et de mortalité des PVVIH adultes et enfants. L'atteinte des trois résultats d'effet mentionnés ci-après entrainera l'élargissement de la couverture des programmes de prise en charge médicale psychologique et social et communautaire et celle des orphelins et enfants vulnérables.

Résultat effet 2.1 : Au moins 80% des PVVIH enfants et adultes diagnostiquées bénéficient d'une prise en charge médicale globale de qualité d'ici 2015

Le PSN sur la sida 2011-2015 prévoit l'expansion des services de prise en charge globale des PVVIH pour atteindre une couverture de 80% parmi ceux nécessitant un traitement ARV. L'impact souhaité est l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH et une réduction de 60% du nombre estimé de décès dus au sida d'ici 2015.

L'expansion de la couverture se traduira par la mise en œuvre d'un ensemble interventions complémentaires. Elles comprennent l'amélioration du diagnostic de l'infection par le VIH, la simplification et l'amélioration des protocoles de traitement, la réduction des coûts, une meilleure répartition géographique des services de prise en charge selon la dynamique de l'épidémie (offre

de services selon la priorisation) ainsi que la mise à l'échelle de la prise en charge psychologique et de la prise en charge nutritionnelle, sociale et le soutien aux OEV en collaboration avec les ONG et les PVVIH.

La prise en charge médicale des PVVIH adultes et 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 équipements, et personnels compétents. Le renforcement du système d'approvisionnement de stockage et de distribution de réactifs, matériels biomédicaux et médicaments ARV et IO sera un 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.

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.

Tableau 14 : Services de Prise en Charge Médicale

Résultats autour des districts	Résultats 2011	Résultats 2012	Résultats 2013	Résultats 2014	Résultats 2015
Adultes et enfants éligible aux traitements antirétroviraux (couverture nationale)	23 576	26 099	28 729	31 041	33 257
Le % des patients dépistés positifs bénéficient d'un suivi médical	ND	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
Le % des PVVIH suivis bénéficient d'un continuum de soin (communautaire, psychologique, nutritionnel, etc.)	ND	70%	80%	85%	90%
Le % d'adultes pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès	74%	76%	78%	80%	> 80%
Le % d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès	34%	50%	75%	80%	> 80%
Le % de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	ND	60%	65%	80%	90%
Le Taux de perdus de vue	10%	9%	8%	6%	5%
Le % des adultes et enfants infectés par le VIH sous traitement antirétroviral seront toujours en vie 12 mois après le début de celui-ci	74%	75%	76%	79%	80%

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

Ces nouveaux protocoles vont entraîner un nombre de malades plus important à traiter, et un surcoût financier conformément à la recommandation de l'OMS.

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.

Des interventions de médiateurs de santé seront mieux organisées pour préparer les patients aux traitements et les encourager à l'observer afin d'augmenter l'efficacité du traitement antirétroviral et minimiser l'apparition de souches virales résistantes.

La capacité à observer les traitements est fréquemment compromise lorsque les personnes qui subissent la stigmatisation et la discrimination ; c'est pourquoi les agents de santé et les médiateurs de santé interviendront dans les sites de prise en charge. Le soutien social formel ou informel de la famille, de l'entourage, de la communauté et des organisations de patients est très important pour préparer les patients au traitement, les aider à l'observer et à en retirer des bienfaits pour leur santé.

La prise en charge nutritionnelle sera initiée dans le cadre de la prise en charge médicale avec la détermination de l'Indice de Masse Corporelle IMC, qui permettra d'orienter les PVVIH selon des critères objectifs de prise en charge et de décharge.

Les interventions prioritaires qui seront développées aideront à assurer les soins et l'appui pour les PVVIH, 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.

Résultat effet 2.2 : Au moins 80% de nouveaux cas de tuberculose déclarés liés au VIH bénéficient d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH d'ici 2015

La réduction du taux de mortalité nécessitera un renforcement de la prise en charge précoce des infections opportunistes. La prévention 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, les interventions proposées visent 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 précoce et le traitement de la tuberculose chez les patients VIH, la proposition du dépistage VIH chez les tuberculeux, la mise sous ARV précoce chez au moins 80% des cas de co-infection, la prophylaxie à l'INH chez les PvVIH nouvellement recrutés et indemnes de tuberculose. Des interventions visant à alléger la charge de la tuberculose chez les PVVIH seront mises oeuvre. Il s'agit du dépistage de la tuberculose chez tous les nourrissons, enfants et adultes porteurs du VIH et l'information de tous les patients porteurs du VIH ainsi que des personnes qui soignent des nourrissons et des enfants séropositifs. Ces informations porteront sur le risque de contracter la tuberculose, les moyens de réduire l'exposition, les manifestations cliniques de la maladie, les risques de contagion et, le cas échéant, le traitement préventif et la surveillance de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH.

Le programme national de lutte contre la tuberculose recommande la proposition systématique du test VIH pour tous les tuberculeux et la mise systématique sous traitement préventif au cotrimoxazole de tous les patients tuberculeux dépistés positifs au VIH ainsi que leur référence systématique vers les structures de prise en charge. La mise en oeuvre de cette recommandation implique un rapprochement des services, du personnel formé à tous les niveaux, les outils diagnostics disponibles, les médicaments nécessaires en quantité suffisante et des directives claires.

Résultat effet 2.3 : Au moins 80% de PVVIH bénéficient d'un soutien psychosocial d'ici 2015

Résultat effet 2.4 : Au moins 80% d'OEV bénéficient d'un soutien psychosocial d'ici 2015

Les résultats provisoires de l'EDS5 ont montré que 90% des enfants âgés de 10 à 14 ans orphelins dont les deux parents sont décédés, fréquentent une école primaire ou secondaire et 94% des enfants âgés de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux, fréquente une école primaire ou secondaire.

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

La mise en œuvre des interventions communautaires d'accompagnement et de soutien aux PVVIH et aux OEV, repose d'abord sur une distinction entre les cibles qui sont dans les associations-à travers la contractualisation- et celles dont la porte d'entrée pour les toucher, est constituée par les structures de Prise en charge (Centre de santé, Hôpital, CTA, UTA, Centre de dépistage, etc.). Sur les deux dernières années, la mise en œuvre a été effective dans toutes les régions. La mise en œuvre des activités communautaires d'accompagnement et de soutien aux PVVIH et aux OEV, sont :

Le développement d'une approche holistique qui considère le caractère multiforme des risques et des vulnérabilités auxquels sont confrontés les enfants

Les principales interventions mises en œuvre sont :

- la distribution de denrées alimentaires aux adultes et OEV
- le repas communautaires et conseils nutritionnels pour les adultes
- les sessions d'éducatons nutritionnelles
- la contribution aux frais médicaux (Achats d'ordonnances, les consultations, les bilans et les analyses liés au VIH)
- l'appui scolaire et Appui à la formation (paiement scolarité, Achat de fournitures scolaires, Achat de Blouses, Appui au transport, Appui à la formation professionnelle, Placement en centre d'apprentissage)
- le renforcement des capacités économiques des familles (AGR, micro crédit, etc...).

Même si des stratégies de communication sont mises en œuvre dans la prévention pour la réduction des nouvelles infections et pour un environnement favorable, il est indéniable que La communication doit jouer un rôle non négligeable dans prise en charge des personnes vivant avec le VIH afin de leur assurer une meilleure qualité de vie.

A côté de l'IEC classique menée par les acteurs de mise en œuvre, il faudrait des stratégies axées sur l'information et la communication permettant une prise en charge efficace et efficiente des personnes vivant avec le VIH par le développement de supports de communication spécifiques ciblant les prestataires de services, les bénéficiaires (PVVIH, OEV, les populations clés les plus exposées aux risques, les populations vulnérables, mais aussi la population générale).

Résultats annualisés :

Tableau 15 : Services de Soutien et Accompagnement (PVVIH, OEV)

Indicateurs	Résultats 2011	Résultats 2012	Résultats 2013	Résultats 2014	Résultats 2015
Nombre d'OEV (spectrum)	10 867	11 158	11 692	12 278	12 864
Le % des OEV suivis bénéficient d'un paquet minimum de services d'accompagnement	ND	70%	80%	85%	90%
Le % des OEV bénéficient d'appui scolaire et formations	ND	20%	30%	40%	50%
Le % des PVVIH suivis bénéficient d'un paquet minimum de services d'accompagnement	ND	70%	80%	85%	90%

3.6.3. Résultat impact 3 : La bonne gouvernance de la riposte nationale est assurée

Résultat effet 3.1 : Les obstacles liés aux droits humains sont réduits et l'équilibre genre est assuré

Un environnement éthique, socio-économique et politique favorable aux respects des Droits Humains devra être promu.

Dans la Déclaration d'Engagement sur le VIH (2001) et la Déclaration Politique sur le VIH et le sida (2006) renforcées par la Déclaration Politique sur le VIH et le sida de l'Assemblée Générale des Nations Unies tenue du 8 au 11 juin 2011 à New York, le gouvernement du Sénégal s'est engagé à éliminer les barrières juridiques et réglementaires qui, entre autres, bloquent l'accès à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien efficaces contre le VIH en prenant en compte la dimension socio-culturelle et religieuse.

Les gouvernements se sont aussi engagés à éliminer toutes les discriminations à l'encontre des PVVIH et à assurer la jouissance de tous les droits humains, des personnes vivant avec le VIH et des membres de populations clés plus exposées aux risques.⁶

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.

Pour 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.

Les principaux défis à relever sont de rendre fonctionnels le comité de veille et ses groupes techniques, de diffuser et d'appliquer la loi VIH, de promouvoir les politiques de lutte contre la

⁶ Nations Unies (2006) *Déclaration Politique sur le VIH/SIDA*, Assemblée Générale des Nations Unies, 60ème Session, 2 Juin 2006, New York. Nations Unies (2011) *Déclaration Politique sur le VIH/SIDA*, Assemblée Générale des Nations Unies 8 au 11 juin 2011

stigmatisation et la discrimination au niveau national, sectoriel et en milieu de travail et de renforcer les activités spécifiques de communication

Le respect et la promotion des droits humains des personnes les plus exposées au VIH est non seulement une question d'équité et de justice sociale mais encore une exigence pour un accès universel aux services de prévention, de soins, de traitement et de soutien. Dès lors, une attention particulière est accordée à l'analyse du lien étroit entre les droits humains et le VIH, en replaçant l'épidémie VIH dans le contexte des inégalités qui en favorisent la propagation. Les efforts de tous les acteurs seront conjugués pour le renforcement d'un environnement social et juridique de nature à combattre la discrimination et la stigmatisation à l'encontre des populations clés plus exposées aux risques d'infection du VIH.

Résultat effet 3.2 : La riposte nationale multisectorielle est coordonnée et mise en œuvre efficacement au niveau central et décentralisé

La coordination de la réponse nationale à l'épidémie de VIH doit être efficace et efficiente à tous les niveaux pour garantir des résultats dans la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions. Les interventions prioritaires visent la pérennisation de la coordination en renforçant le leadership de l'Etat à prendre en charge cette coordination.

Un personnel qualifié est affecté et des locaux adaptés et fonctionnels sont 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, de son Secrétariat Exécutif, des comités régionaux, et des comités sectoriels de lutte contre le SIDA est soutenu par le gouvernement et ses partenaires pour garantir leur opérationnalité et une réponse efficace et coordonnée.

La coordination au niveau régional

Les efforts seront poursuivis pour renforcer le processus de gestion intégrée multisectorielle de la réponse régionale au VIH, à travers les plans régionaux intégrés multisectoriels. Il s'agira tout d'abord de renforcer la planification opérationnelle autour des districts avec l'ensemble des acteurs locaux pour une plus grande harmonisation et la mise en synergie et l'efficacité des interventions. La fonctionnalité des instances de coordination CRLS/CDLS sera renforcée et les cadres et mécanismes de coordination et de suivi seront redynamisés à tous les niveaux.

Le renforcement des capacités d'informatisation du système de gestion décentralisé des ressources ainsi que celui des personnels en gestion financière contribueront à l'opérationnalisation d'un système de gestion efficace.

La réponse locale

Dans l'optique du renforcement d'une réponse locale pérenne, le processus d'élaboration et de mise en œuvre des plans régionaux intégrés multisectoriels (PRIM) sera approfondi en intégrant les plans locaux des collectivités locales (PLD). Les PRIM intégrés au PRDI offrent un cadre privilégié de partenariat pour capitaliser les acquis jusqu'ici engrangés par les acteurs communautaires (secteur public, société civile, secteur privé, collectivités locales), pour garantir la mise en synergie des interventions et les inscrire dans une perspective de pérennisation.

Enfin les interventions prioritaires porteront sur le renforcement de l'implication des leaders religieux, communautaires, politiques et locaux dans la réponse au VIH, l'organisation d'activités de plaidoyer ciblées sur les décideurs à tous les niveaux, le renforcement des capacités techniques des leaders nationaux et locaux.

Le renforcement du 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, 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.

Renforcement des 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 populations clés plus exposées aux risques bénéficiant d'appui seront les indicateurs de cette stratégie.

Résultat effet 3.3 : L'investissement des ressources financières est efficient pour la pérennisation des services

L'approche de stratégie axée sur les résultats a été adoptée par les acteurs du Sénégal lors de l'élaboration du présent PSN sur la sida 2011-2015. Cette approche a permis d'établir un cadre de résultats auquel tous les partenaires nationaux et partenaires au développement se réfèrent pour conjuguer leurs efforts dans la mise en œuvre. Aussi les financements mobilisés, selon l'approche du cadre d'investissement promu par l'ONUSIDA, seront orientés vers les interventions à fort potentiel d'impact, les interventions qui répondent aux besoins essentiels des populations cibles et celles qui ont fait la preuve de leur efficacité. Les résultats seront évalués pour mesurer l'atteinte du changement au bénéfice des populations conformément à la démarche de priorisation.

Afin de garantir un accès plus équitable aux soins pour l'ensemble de la population un certain nombre d'initiatives ont été prises par l'Etat du Sénégal :

- la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais,
- le projet de création de la couverture maladie universelle (CMU),
- le plan sésame,
- la gratuité des traitements antirétroviraux
- la gratuité des accouchements et des césariennes,
- la subvention des affections à soins coûteux.

Dans le CDSMT il a été reconnu la nécessité de mieux administrer toutes ces stratégies afin d'en assurer l'efficacité et la pérennité. Toutes les interventions, de prévention et de prise en charge et la gratuité du traitement antirétroviral aux PVVIH seront documentées afin de fournir un cadre de référence et une analyse de leur impact.

La sélection des stratégies et interventions se fera sur la base d'évidences en termes de cout/efficacité et de cout/bénéfice des programmes qui mèneront aux résultats escomptés. L'utilisation de la modélisation mathématique sera mise en application, en tenant compte des paramètres programmatiques importants notamment, l'existence des programmes de prévention et la couverture du traitement antirétroviral.

En outre, le décalage croissant entre les projets du secteur privé relatifs au VIH et leur traduction en actions, nécessite une réorientation de sa contribution afin qu'elle soit adéquate et adaptée aux besoins de la réponse nationale.

En tenant compte de la planification axée sur les résultats et de l'adoption par le Sénégal du nouveau paradigme du cadre d'investissement (ONUSIDA, 2012), l'ensemble des branches, du secteur privé seront réorientés vers les cibles de la stratégie nationale. La priorité sera accordée aux interventions prioritaires focalisées sur les groupes les plus exposés au risque. (Réduction des nouvelles infections, amélioration de la prise en charge.)

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre des orientations stratégiques un partenariat avec les entreprises et des organisations du secteur privé sera structuré conformément aux directives L200 de l'IOT. Dans le cadre de la mobilisation des ressources et leur diversification le secteur privé est mis à contribution pour investir des financements dans la réponse nationale.

- Le suivi de l'engagement budgétaire de l'Etat sera assuré par le Comité des partenaires mis en place depuis 2010. En effet, l'une des missions de ce comité est d'assurer un plaidoyer permanent auprès des plus hautes autorités du Pays pour la pérennisation des financements.
- Les actions de plaidoyer et d'information en direction des parlementaires vont faciliter l'affectation de ressources financières récurrentes dans les cadres de dépenses des différents ministères
- En outre, le renforcement du partenariat entre ses acteurs locaux va impulser des dynamiques locales qui vont permettre de mutualiser les moyens par un système de cofinancement avec les différents partenaires locaux.

Résultat effet 3.4 : Les systèmes de santé et communautaire sont renforcés pour apporter une contribution efficace à la riposte nationale

Renforcement du Système de Santé

Malgré les efforts consentis par le Ministère de la santé, il est établi que plus du tiers de la population rurale (32,9%) est situé à plus de 5 km d'un service de santé, avec des conditions de transport souvent difficiles. Le temps nécessaire pour accéder à une structure de santé reste supérieur à 30minutes dans plusieurs localités. Ces populations n'ont donc pas facilement accès aux prestations de soins.

De plus, l'état des lieux montre que peu de structures de santé, en particulier les postes de santé sont en mesure d'offrir un paquet intégré de services VIH, Tuberculose, Paludisme et SMNI. Cette situation est due en grande partie au fait que les infrastructures ne sont pas adaptées et ne permettent pas une bonne organisation et des services de qualité. Ceci est plus prononcé au niveau des régions vulnérables (Kolda, Ziguinchor, Tambacounda, Kédougou, Matam etc.) ;

C'est pourquoi, plusieurs structures sanitaires, notamment des postes de santé ont encore besoin d'être réhabilitées et équipées afin de pouvoir fournir un paquet de services intégrés.

Par ailleurs, la mise en place d'un système de maintenance préventive des équipements et infrastructures à tous les niveaux, par la formation d'un pool de techniciens de maintenance provenant des 14 régions a été réalisée dans le cadre du projet FM. Cependant, afin d'assurer la durabilité de ce système de maintenance, il est prévu la contractualisation avec le secteur privé permettra l'entretien et la maintenance des équipements lourds au niveau national et régional.

Enfin, la mise en œuvre du paquet intégré de services VIH, TB, Palu et SMNI permettra de :

- renforcer l'efficacité dans l'utilisation des ressources humaines, matérielles et financières,

- améliorer l'accessibilité aux services,
- assurer la continuité de la prise en charge,
- faciliter l'accès au niveau de chaque point de prestation de service à une prise en charge intégrale,
- impulser une dynamique de mise en place d'un mécanisme de financement axé sur les résultats,
- renforcer la cohérence dans la mesure des résultats,
- garantir une mesure de l'efficacité de la mise en œuvre des stratégies sur le terrain,
- améliorer durablement la disponibilité et l'accessibilité des services.

Renforcement en ressources humaines qualifiées

La mise à l'échelle des activités des différents programmes et la garantie des résultats sont tributaires de l'existence de ressources humaines en quantité et en qualité. Cependant la situation faite dans le dernier CDSMT en 2009 montre les déficits en ressources humaines.

Afin d'atteindre l'objectif de l'accès universel et fournir des prestations de service de qualité aux populations en plus du recrutement, il faut assurer la formation/recyclage du personnel sur les nouvelles orientations des programmes. Cela contribue aussi à la motivation du personnel à tous les niveaux. Mais également il faudra veiller à la réduction de l'impact des formations continues/recyclages sur la disponibilité et la continuité des services du Ministère de la Santé et sur l'atteinte des objectifs programmatiques.

Renforcement du Système Communautaire

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

La communication sociale, pour une meilleure adhésion des autorités locales et leaders communautaire dans la lutte ;

L'offre de services intégrés à base communautaires (SIBCOM) : VIH, Paludisme, Tuberculose, Santé de la mère et de l'Enfant et Droits Humains ;

Le renforcement des capacités institutionnelles et Organisationnelles (RCIO) des associations et réseaux de PVVIH, des associations de population clé les plus exposées, des OCB, ONG et réseaux impliqués dans la lutte contre le Sida.

Le renforcement des capacités institutionnelles, organisationnelles et individuelles des Organisations communautaires sera un volet important dans ce Plan. Ainsi le personnel des organisations communautaires va bénéficier de formations qualifiantes et professionnelles pour répondre aux besoins techniques et aux exigences de performance des programmes. Les organisations communautaires seront équipées en moyens logistiques et communicationnels pour renforcer et améliorer leur contribution dans la réponse au VIH.

Les capacités managériales des acteurs communautaires

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

Plateforme de concertation

L'existence du processus consultatif au sein des organisations de la société civile intervenant dans la réponse nationale au VIH., va permettre la mise en place d'un cadre unitaire inclusif, démocratique et transparent. Cette instance devra permettre l'élaboration d'outils adaptés aux missions et rôles du cadre de concertation. Celui-ci sera à la fois un mécanisme de veille et d'alerte, un espace de mutualisation des ressources et un instrument de plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestiques et l'optimisation de la réponse nationale au VIH.

Résultat effet 3.5 : Le système de gestion des approvisionnements et des stocks est efficace

Amélioration du système logistique pharmaceutique VIH/IST

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

Toutefois, en l'absence de performances et afin d'éviter tous les risques de ruptures de stock, le SE/CNLS pourrait contribuer à l'acquisition des achats dans le respect des normes nationales de passation des marchés.

Résultat effet 3.6 : Le système de communication stratégique efficace

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

- La mise en œuvre d'activités de plaidoyer pour la réduction de la stigmatisation, la création d'un environnement favorable mais aussi pour l'adhésion des populations au niveau de certains programmes (ABC ; droits humains etc...). Ces activités de plaidoyer vont être menées par les leaders d'opinion (guides religieux), décideurs (parlementaires, élus locaux et les acteurs du système judiciaire) sans oublier les acteurs communautaires (Bajenu Gox).
- La mise en œuvre de certains programmes surtout ceux concernant les femmes et les jeunes pourront être boutés par des activités de plaidoyer de haut leadership, menés par la Première Dame ou le Président du CNLS.
- D'autres activités de communication institutionnelle ; vont être aussi menées :
 - la mise en place d'un site web, d'une plateforme de communication qui renseigne sur toutes les activités mises en œuvre
 - La publication de bulletins d'informations

- Le développement d'un partenariat privé et public
- La documentation et la diffusion des bonnes pratiques
- La documentation des interventions ciblant les populations clé les plus exposées aux risques et les populations vivant dans un contexte de haute vulnérabilité

Résultat effet 3.7 : Le système de suivi financier est performant

Afin d'accroître la performance et l'atteinte des résultats de la riposte, les stratégies du financement basé sur les résultats (achat de performances) seront mis en œuvre. Pour permettre à tous les acteurs de s'approprier ce concept un transfert de compétences sera organisé à cet effet.

Pour garantir la mobilisation, l'efficacité et la transparence de la gestion des ressources financières de la stratégie nationale, les interventions se feront par le renforcement du système de gestion des ressources financières à tous les niveaux.

Le mode de gestion financière de la stratégie nationale de riposte au sida, obéira aux procédures nationales en vigueur ainsi que celles des partenaires impliqués.

Le SE/CNLS assurera un suivi des ressources financières mobilisées. Le SE/CNLS est doté d'une unité administrative et financière qui se charge de centraliser les données sur les ressources financières mobilisées, engagées par tous les projets et programmes, quelle que soit la source de financement.

A cet effet, un plan de suivi des ressources sera élaboré.

L'Unité de gestion administrative et financière établira la situation de l'exécution financière chaque année, tous les semestres.

La décentralisation de la gestion financière est mise en œuvre jusqu'au niveau local. Le contrôle de l'utilisation efficiente des fonds, de la qualité et de la transparence de l'information financière se fait à travers plusieurs mécanismes de suivi (reportages périodiques, supervision/encadrement des bénéficiaires, audits financiers internes et externes....).

Ce suivi concernera tous les partenaires techniques et financiers.

Pour renforcer ces mécanismes de gestion, plusieurs mesures d'accompagnement seront mises en œuvre :

- disponibilité d'une cartographie des risques
- opérationnalisation d'un plan de gestion des risques
- performance des services d'audit interne
- effectivité et régularité des études et recherche opérationnelle pour évaluer les résultats (Ex du REDES)

Résultat effet 3.8 : Le système de SE est performant et permet ainsi l'utilisation des informations stratégiques

Renforcement le système de planification et de suivi évaluation

L'atteinte des objectifs ciblés dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH, en vue de l'atteinte de l'accès universel et des OMD doit reposer sur un bon système de planification.

Amélioration du suivi évaluation et l'information stratégique

Compte tenu de la place qu'occupe le Suivi et l'Evaluation dans la gestion de la riposte, le système sera amélioré sur le plan structurel et organisationnel et sur le renforcement des capacités afin d'assurer sa performance. Ainsi, les structures d'appui au système de Suivi Evaluation seront redynamisées en les dotant de moyens leur permettant d'assurer leur fonction.

Dans le domaine du renforcement de capacité, tous les Points focaux, les responsables de projets de la société civile et du secteur privé (du niveau national comme du niveau régional) ainsi que les membres des comités techniques restreints régionaux et départementaux, les gestionnaires de données régionaux, de district et des hôpitaux régionaux devront maîtriser les processus de suivi évaluation et l'ensemble des outils harmonisés mis en place.

Les besoins prioritaires de formation des différents acteurs du niveau central et du niveau régional seront estimés sur une base annualisée à inclure dans les Plans opérationnels consolidés annualisés du Suivi et évaluation.

Renforcement du système de planification, de suivi et d'évaluation

Le système de planification, de suivi évaluation des activités de riposte au 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 axée sur les résultats attendus, en partant des problèmes prioritaires sur lesquels est centrée la réponse. La gestion intégrée entrainera 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 centrales 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 de la stratégie nationale seront régulièrement organisées afin de réadapter la riposte.

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 et du concept « connaître son épidémie ». Les interventions prioritaires concernent le renforcement des capacités organisationnelles des services impliqués dans la surveillance du VIH et des IST.

Le renforcement du système informatisé d'analyse de données sur la réponse nationale au SIDA et le renforcement des capacités techniques du personnel des services chargés du suivi de la mise en œuvre des plans d'action pour la notification des cas (IST, SIDA et séropositivité, TB+VIH, décès...), 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 bio-comportementale, du VIH (ESC, EDS, ENSC, PISR, SSG et autres) seront régulièrement réalisées pour suivre les indicateurs du programme. Au Sénégal des études bio-comportementales seront régulièrement programmées pour suivre la dynamique des nouvelles infections parmi les populations plus exposées aux risques HSH, PS, CDI ainsi que les populations vulnérables.

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.

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.

Afin d'évaluer les interventions, de prévention, de prise en charge et de soutien de droits humains au PVVIH ainsi que les systèmes, des études d'impact seront menées. La sélection des stratégies et interventions se fera sur la base d'évidences en termes de cout/efficacité et de cout/bénéfice des programmes qui mèneront aux résultats escomptés.

Diffusion et utilisation des informations stratégiques

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

3.7. CADRE DE RÉSULTAT

Tableau 16 : Cadre de résultat

IMPACT DE LA REPOSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET DU PROGRAMME	RESULTATS DU PROGRAMME	PRINCIPALES INTERVENTIONS	BESOINS EN 2011-2015
Réduction des nouvelles infections de 50%	La prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe âgées de moins 20 ans passe de 10,7% à 7% d'ici 2015	Au moins 90% des professionnelles du sexe âgés de 15-49 ans indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un client ou un partenaire sexuel	Au moins 90% des PS reçoivent des préservatifs à travers le programme	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer les interventions ciblées sur les populations Clés plus exposées (PS, HSH, CDI) ■ Renforcer la promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins chez les populations Clés plus exposées (PS, HSH, CDI) ■ Promouvoir la distribution de matériels stériles aux CDI 	5 805 525 046
		Au moins 90% PS qui présentent une IST au cours des 12 derniers mois sont correctement prises en charge	Au moins 90% des PS connaissent un endroit pour se faire dépister		
		Au moins 70% PS ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et connaissent leur résultat	Au moins 60% des PS possèdent à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission		
	Au moins 80% des HSH indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	Au moins 90% des HSH reçoivent des préservatifs à travers le programme			
	Au moins 70% des HSH ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et connaissent le résultat	Au moins 90% des HSH connaissent un endroit pour se faire dépister			
	Au moins 90% des HSH qui présentent une IST au cours des 12 derniers mois sont correctement prises en charge	Au moins 60% HSH possèdent à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission			
	La prévalence du VIH chez les jeunes de HSH âgés de 15-24 ans passe de 12% à 8%				

IMPACT DE LA REPOSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET DU PROGRAMME	RESULTATS DU PROGRAMME	PRINCIPALES INTERVENTIONS	BESOINS EN 2011-2015
	La prévalence du VIH chez les <i>CDI</i> passe de 9,4% à 7% d'ici 2015	Au moins 80% des CDI disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	Au moins 90% des CDI reçoivent des seringues pour prévenir le risque transmission sanguine du VIH		
		Au moins 80% des CDI disent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un client ou un partenaire sexuel	Au moins 90% des CDI reçoivent des préservatifs à travers le programme		
		Au moins 70% des CDI ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et connaissent le résultat	Au moins 90% des CDI connaissent un endroit pour se faire dépister		
La prévalence du VIH chez les <i>jeunes âgés de 15-24 ans</i> est en dessous de 0,3%		Le% de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est inférieur à 10%	Au moins 80% des écoles dispensent un programme de sensibilisation sur le VIH	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre des programmes de communication institutionnelle et sur les aspects préventifs et de prise en charge Renforcer la promotion de l'utilisation des préservatifs chez les populations vulnérables (jeunes, femmes, pêcheurs, routiers, population des sites touristiques, forces de sécurité, déplacés migrant (es), détenu (es), orpailleurs, handicapés, populations fréquentant les marchés hebdomadaires etc.) 	17 216 909 927
			Le % de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH passe de 22,7% à 60%		
		Le% de jeunes (G+F) de 15 à 24 ans qui disent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel passe de 35,6% à 70% chez les jeunes filles et de 52,4% à 80% chez les jeunes garçons	Au moins 90% des jeunes âgés de 15-24 sexuellement actifs ont un accès facile aux préservatifs		

IMPACT DE LA REPOSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET DU PROGRAMME	RESULTATS DU PROGRAMME	PRINCIPALES INTERVENTIONS	BESOINS EN 2011-2015
	La prévalence du VIH chez les groupes passerelles sera maintenue en dessous de 1%	Au moins de 80% des populations passerelles déclarent utilisés le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel	Au moins 60% des populations passerelles décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la promotion, l'approvisionnement, la distribution et l'utilisation des Préservatifs masculins et féminins (y compris le Marketing social) 	
			Au moins 90% des populations passerelles ont un accès facile aux préservatifs		
	La prévalence du VIH chez les adultes (hommes et femmes) de 15-49 ans est maintenue en dessous de 1%	Pourcentage d'adultes (hommes et femmes) âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire autre que le conjoint(e) au cours des 12 derniers mois est inférieur à 5%	Au moins 40% des adultes de 15-49 ans décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH		
		Au moins 80% des adultes (hommes et femmes) âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel autre que le conjoint(e) au cours des 12 derniers mois indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	Au moins 90% des adultes âgés de 15-49 qui ont des rapports sexuels à haut risque ont un accès facile aux préservatifs		

IMPACT DE LA REPOSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET DU PROGRAMME	RESULTATS DU PROGRAMME	PRINCIPALES INTERVENTIONS	BESOINS EN 2011-2015
	Amélioration de la prévention et de la qualité de la Prise en Charge des IST	Le pourcentage de personnes atteintes d'IST se présentant auprès des établissements sanitaires examinées et traitées de manière appropriée (selon les normes) passe de 22,9% à 60%	Au moins 80% des sites de PEC des IST offrent des services de PEC des IST de qualité	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la couverture en services IST de qualité (Réhabilitation, équipements, personnel, médicaments, réactifs et consommables) Renforcer des capacités techniques et institutionnelles, et de suivi-évaluation pour la Prise en charge des IST 	2 881 362 026
			Absence de rupture de préservatifs (masculins et féminins) au niveau des sites de PEC des IST		
	Augmentation de la couverture en services de CDV	Le % 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 passe de 12,6% à 20%	Au moins 90% des adultes âgés de 15-49 ans connaissent un endroit pour se faire dépister	<ul style="list-style-type: none"> Assurer une couverture nationale en service de dépistage volontaire (réhabilitation, équipement, fonctionnement etc.) Renforcer les capacités techniques pour les services de CDV 	7 665 143 313
			Au moins 80% des structures de santé offrent des services de CDV		
	0 nouvelle infection chez les personnes recevant une transfusion sanguine en 2015	Le% des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH selon les normes passe de 86% à 100%	100% des banques sang réalisent le test du VIH selon les normes nationales	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer des capacités techniques, institutionnelles et logistiques des Banques de sang Approvisionner les centres de transfusion sanguine et banques de sang en réactifs (VIH/syphilis/HBS/HBC), consommables et poches de sang 	869 320 558
			100% des banques sang sont supervisées annuellement et participent à un contrôle de qualité externe		

IMPACT DE LA REPOSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET DU PROGRAMME	RESULTATS DU PROGRAMME	PRINCIPALES INTERVENTIONS	BESOINS EN 2011-2015
		Au moins 70% des accidents d'exposition au VIH bénéficient d'une PEC selon les normes nationales	Au moins 80% des structures de santé appliquent les précautions standard	<ul style="list-style-type: none"> Appuyer de la prise en charge des cas d'Exposition volontaires ou accidentels liés au VIH 	320 945 000
	Le taux de transmission mère -enfant du VIH passera à moins de moins de 4,3% d'ici 2015	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant passe de 22% à 90%	Au moins 90% des femmes enceintes qui viennent en CPN pour la première fois bénéficient du paquet PTME (counseling, testing, PEC)	<ul style="list-style-type: none"> Assurer de la couverture nationale des paquets de services de qualité PTME (réhabilitation, équipements, consommables et ARV etc.) Assurer l'intégration des paquets de services PTME dans les structures SR et initiatives communautaires Renforcer les capacités techniques et institutionnelles pour les services PTME et le plaidoyer 	8 911 637 177
Au moins 80% des femmes enceintes séropositives bénéficient au moins 4 CPN et un accompagnement psychosocial					
Au moins 90% des femmes enceintes séropositives perdues de vues bénéficient d'une recherche pour le continuum des services de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant					
Au moins 25 % des partenaires et conjoints des femmes enceintes bénéficient du paquet PTME (counseling, testing, PEC)					
		Au moins 90% des enfants nés de mère séropositive reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission	Au moins 80% des structures réalisent le test virologique (PCR) ou le prélèvement sur DBS avec obtention de résultats		
			Au moins 80% d'enfants nés de mère séropositive au VIH ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie		

IMPACT DE LA REPOSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET DU PROGRAMME	RESULTATS DU PROGRAMME	PRINCIPALES INTERVENTIONS	BESOINS EN 2011-2015
Prise en charge globale de qualité chez les adultes et enfants est assurée	Au moins 80% des adultes et enfants infectés par le VIH sous traitement antirétroviral seront toujours en vie 12 mois après le début de celui-ci	Au moins 80% d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	Au moins 90% des structures (CS, EPS, Hôpitaux) fournissent des services de PEC adultes et enfants de qualité	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités techniques et institutionnelles des structures de PEC adultes et pédiatriques Assurer la couverture nationale en services de Prise en charge médicale des PVVIH (réhabilitation, équipement etc.) Assurer le traitement antirétroviral et le suivi biologique des Adultes et des enfants Renforcer l'accès à une prise en charge intégrée (diagnostic et traitement) des co-infections (TB/VIH/Hépatites) Assurer un appui à la prophylaxie et au traitement des Infections opportunistes (IO) Renforcer la prise en charge psycho sociale, nutritionnelle, économique et communautaire des PVVIH Appuyer la PEC des OEV 	33 937 904 651
			Au moins 80% des PVVIH bénéficient d'un suivi biologique ou clinique pour l'éligibilité au traitement		
			Au moins 90% des cas de PDV sont recherchés		
	Réduction de moitié de décès liés à la tuberculose chez les PVVIH	Au moins 90% de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	Au moins 80% des PVVIH bénéficient d'un dépistage systématique de la tuberculose		
			Au moins 50% d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits dans les soins du VIH qui prennent le traitement préventif à l'isoniazide		
			Au moins 90 % des PVVIH ont accès à un d'un paquet minium de services d'accompagnement		
Soutien et des Accompagnement des PVVIH et OEV	Au moins 70% des PVVIH suivis bénéficient d'un paquet minium de services d'accompagnement	Assiduité scolaire de 70% des orphelins et des non-orphelins bénéficiant d'un appui est assurée (Maintien)	Au moins 90% des OEV suivies bénéficient d'un d'un paquet minium de services d'accompagnement		
Bonne gouvernance assurée	Les obstacles liés au respect des droits humains et l'équilibre genre sont réduits	Au moins 60% d'hommes et de femmes âgés de 15-49 ans qui disent ne pas avoir de sentiments négatifs à l'égard des PVVIH	Au moins 80% des personnes ciblées parmi les PVVIH ont pris conscience de leurs des droits	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'engagement au plus haut niveau des leaders (religieux communautaires, politiques) nationaux et locaux dans la Réponse au VIH 	2 224 773 756
			L'application de la loi est effective		
		60% des cas de violation des dispositions de la Loi VIH relates sont pris en charge	Au moins 80% des PVVIH connaissent leur droit		

IMPACT DE LA REPOSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET DU PROGRAMME	RESULTATS DU PROGRAMME	PRINCIPALES INTERVENTIONS	BESOINS EN 2011-2015
		Réduction de 50% du pourcentage des PVVIH ayant subi des cas de violation de leurs droits		<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les interventions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des populations clés plus exposées et des personnes infectées 	
		Réduction de la vulnérabilité des hommes et des femmes face au VIH	<p>Elaboration de documents de politique et de mise en œuvre sur le Genre et VIH</p> <p>Intégration de la dimension genre dans les paquets de services (prévention, prise en charge, accompagnement)</p>		
	La riposte nationale basée sur une gestion intégrée multisectorielle (GIM) est coordonnée et mise en œuvre efficacement au niveau central et décentralisé	La Multisectorialité de la réponse est renforcée	<p>100% des districts disposent d'un pool sida performant</p> <p>Renforcement de capacités des Secteurs public, privé et de la société civile sur la gestion intégrée multisectorielle</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le partenariat national et le plaidoyer dans le soutien des interventions Renforcer la réponse locale par et à la mise en œuvre des plans régionaux VIH et la prise en compte de la gestion transfrontalière de la réponse contre le VIH 	1 670 042 065
		La mise en œuvre des plans intégrés régionaux est effective et efficace	<p>Mise en œuvre de Plans Régionaux Intégrés Multisectoriels financés de manière adéquate</p> <p>Cadre de concertation du secteur public, des collectivités locales et du secteur privé)</p> <p>Fonctionnalité de Plateformes au niveau communautaire</p>		

IMPACT DE LA REPOSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET DU PROGRAMME	RESULTATS DU PROGRAMME	PRINCIPALES INTERVENTIONS	BESOINS EN 2011-2015
	L'investissement des ressources financières est efficient pour la qualité et la pérennisation des services	Le Budget de l'Etat dans le financement de la mise en œuvre du PSN sur la sida augmente de 15% par année	Adoption et Application de l'augmentation annuelle de 15% par l'assemblée nationale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser des documents cadres pour la bonne gestion et la bonne gouvernance ▪ Renforcer le plaidoyer pour la pérennisation des financements et des interventions ▪ Renforcer le plaidoyer auprès des parlementaires ▪ Renforcer l'engagement des collectivités locales au cofinancement de la réponse locale ▪ Renforcer l'implication du secteur privé y compris l'application des dispositions L200 sur le VIH en milieu du travail 	2 910 962 166
		Adéquation de l'allocation des ressources financières adaptée à la dynamique de l'épidémie (MOT)	Elaboration d'un cadre d'investissement adéquat pour la riposte		
		Les ministères clés exécutent leur budget propre pour la lutte contre VIH	Inscription de ligne budgétaire conséquente pour la lutte contre le VIH au niveau des ministères clés		
		Les collectivités locales exécutent leur budget propre pour la lutte contre VIH	Inscription de ligne budgétaire conséquente pour la lutte contre le VIH au niveau de toutes les collectivités locales		
		Le secteur privé contribue au financement la réponse de lutte contre le VIH	La performance du comité tripartite est assurée au niveau central et décentralisé		
			Application effective des dispositions L200 sur le VIH en milieu du travail (contribution financière garantie par le secteur privé)		
Les systèmes de santé et communautaire sont renforcés pour apporter une contribution efficace à la riposte nationale	Le continuum des soins et de services de prévention et de prise en charge est assuré	Existence d'un système de référence et contre référence entre le système de santé et le système communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de soins ▪ Renforcer le financement du système sanitaire et les ressources humaines qualifiées ▪ Renforcer et maintenir l'équipement des structures sanitaires 	17 997 569 499	
	Au moins 80% de couverture du paquet intégré de service VIH/TB/PALU/SMNI au niveau de chaque district	100% des districts sanitaires offrent le paquet de services intégrés (VIH/TB/PALU/SMNI)			

IMPACT DE LA REPOSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET DU PROGRAMME	RESULTATS DU PROGRAMME	PRINCIPALES INTERVENTIONS	BESOINS EN 2011-2015
				<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la direction et la gouvernance Renforcer le système de planification et de suivi évaluation 	
		La réponse de la société civile est concertée, synergique, complémentaire et efficace (aux niveaux central et décentralisé)	Le cadre de concertation de la société civile est fonctionnel aussi bien au niveau central et décentralisé	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités institutionnelles et managériales des acteurs communautaires Assurer le renforcement de capacités des acteurs communautaires Assurer le renforcement de capacité des associations des PVVIH et des populations les plus exposées 	2 959 393 501
		Les acteurs du système communautaire sont de véritables acteurs de la riposte au sida grâce au renforcement de capacité de qualité (niveau national et local)	<p>Au moins 80% des leaders des associations sont capités</p> <p>Au moins X associations locales exécutent des activités pertinentes autour d'un district</p> <p>Les OSC sont représentées dans 100% instances décisionnelles</p>		
		Les PVVIH et associations de PVVIH sont impliquées de façon significative (GIPA)	<p>Au moins 80% des leaders des associations de PVVIH sont capités</p> <p>Au moins une association de PVVIH exécute des activités autour d'un district</p> <p>Les PVVIH sont représentées dans 100% des instances décisionnelles</p>		
	Le système de suivi financier est performant	<p>La gestion financière est efficace au niveau central et local</p> <p>L'utilisation de ressources financières adéquates par le niveau décentralisée est assurée</p>	<p>Dispositif du système de gestion financière est opérationnel</p> <p>Le niveau décentralisé bénéficie d'au moins 70% des financements</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la gestion et la coordination au niveau central et régional 	

IMPACT DE LA REPOSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET DU PROGRAMME	RESULTATS DU PROGRAMME	PRINCIPALES INTERVENTIONS	BESOINS EN 2011-2015
		Le contrôle financier est fiable	Dispositif de contrôle interne fonctionnel au niveau central et décentralisé		
	Le système de gestion des approvisionnements et des stocks (médicaments et produits) est efficace	Zéro rupture de stocks des 5 produits traceurs durant le trimestre	Système d'approvisionnement et de gestion des médicaments performant au niveau de chaque district et hôpital	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'équipement et la capacité de gestion des structures d'approvisionnement et de stockage au niveau national et régional ainsi que le suivi et l'évaluation du système logistique 	
		Taux de péremption des 5 produits traceurs durant le trimestre est ≤ 3%	Assurance qualité pour la gestion des médicaments et produits est assurée	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le système d'approvisionnement des médicaments, réactifs, condoms et autres produits VIH 	
Le système de SE est performant et permet ainsi l'utilisation des informations stratégiques	Les informations produites par le système de suivi et d'évaluation sont utilisées à des fins de gestion à tous les niveaux	La mise en œuvre des 12 Composantes du Système de SE est performante	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités organisationnelles et les ressources humaines en suivi évaluation Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation Assurer la surveillance biologique et comportementale vis-à-vis du VIH et des IST Soutenir la recherche opérationnelle Appui à la documentation et à la diffusion de l'information stratégique 		
TOTAL					128 414 623 558

3.8. COMPOSANTES STRATÉGIQUES

LES INTERVENTIONS PAR COMPOSANTES STRATEGIQUES		BESOINS 2011-2105
1. COMPOSANTE STRATEGIQUE : PREVENTION DES NOUVELLES INFECTIONS		42 670 843 047
1.1 Sous composante : Réduction des comportements et des pratiques à risque de transmission sexuelle		18 740 122 167
1.1.1 Renforcer les interventions ciblées sur les populations Clés les plus exposées (PS, HSH, CDI)		5 805 525 046
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, handicapés etc.) en prenant en compte la sexo spécificité et les espaces transfrontaliers		4 979 155 661
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		1 820 884 802
1.1.4 Renforcer les interventions ciblées chez les adultes Hommes et Femmes âgés de plus de 25 ans et la prise en compte des aspects genre		1 819 759 934
1.1.5 Renforcer les interventions des religieux		254 996 724
1.1.6 Assurer la promotion, l'approvisionnement, la distribution et l'utilisation des Préservatifs masculins et féminins (y compris le Marketing social)		3 684 800 000
1.1.7 Assurer le renforcement des capacités institutionnelles et l'assistance technique		375 000 000
1.2 Sous composante : Amélioration de la prise en charge des IST		2 881 362 026
1.2.1 Améliorer la couverture en services IST de qualité (Réhabilitation, équipements, médicaments, réactifs, consommables, personnel)		1 978 977 026
1.2.2 Renforcer les capacités techniques et institutionnelles de Prise en charge et de suivi évaluation		902 385 000
1.3 Sous composante : Garantie de l'innocuité transfusionnelle (VIH, Syphilis, VHB et VHC)		869 320 558
1.3.2 Renforcer les capacités techniques, institutionnelles et logistiques des Banques de sang		79 070 000
1.3.3 Approvisionner les centres de transfusion sanguine et banques de sang en réactifs (VIH/syphilis/HBS/HBC), consommables et poches de sang		790 250 558
1.4 Sous composante : Prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES) et aux liquides biologiques		320 945 000
1.4.3 Prendre en charge les cas d'exposition involontaire ou accidentelle liés au VIH		320 945 000
1.5 Sous composante : Amélioration de l'accès aux services de qualité en CDV		7 665 143 313
1.5.1 Assurer une couverture nationale en service de dépistage volontaire (réhabilitation, équipement, réactifs, consommables, stratégies avancées, fonctionnement etc.)		6 452 256 092
1.5.2 Renforcer les capacités techniques et institutionnelles des services CDV (Formation en counselling et en technique de dépistage, suivi évaluation etc.)		1 212 887 221
1.6 Sous composante : offre de paquet de services de qualité en PTME		8 911 637 177
1.6.1 Assurer une couverture nationale des paquets de services de qualité PTME (réhabilitation, équipement, réactifs, consommables, ARV pour la prophylaxie etc.)		4 440 765 131
1.6.2 Assurer l'intégration des paquets de services PTME dans les structures SR et initiatives communautaires		2 792 061 475

1.6.3 Renforcer les capacités techniques et institutionnelles pour les services PTME et le plaidoyer	1 678 810 571
1.7 Sous composante : Mise en œuvre des programmes de communication institutionnelle et sur les aspects préventifs et de prise en charge	3 282 312 806
1.7.1 Produire et diffuser des programmes sur le Sida avec les médias publics, privés et communautaires	1 409 003 005
1.7.2 Appuyer la mise en œuvre d'activités de mobilisation sociale au cours des temps forts sur le VIH	324 998 844
1.7.3 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)	840 310 957
1.7.4 Renforcer les capacités institutionnelles et l'assistance technique et contractualisation pour les programmes de communication	708 000 000
2. COMPOSANTE STRATEGIQUE : AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH ET DES OEV	33 937 904 651
2.1 Sous composante : Renforcement de la prise en charge médicale de qualité des PVVIH	28 988 884 384
2.1.1 Assurer une couverture nationale en services de Prise en charge médicale des PVVIH (réhabilitation, équipement etc.)	600 000 000
2.1.2 Renforcer les capacités techniques et institutionnelles pour la PEC médicale des PVVIH (prestataires des structures publiques, privées et parapubliques)	2 110 800 776
2.1.3 Assurer le Traitement antirétroviral et suivi biologique des Adultes et des enfants	24 526 436 108
2.1.4 Renforcer la gestion intégrée des co-infections (Tuberculose et Hépatites)	701 647 500
2.1.8 Assurer la prophylaxie et le traitement des Infections opportunistes (IO)	1 050 000 000
2.2 Sous composante : Renforcement de la prise en charge psycho sociale, nutritionnelle, économique et communautaire des PVVIH	2 540 761 280
2.2.1 Renforcer la prise en charge psycho sociale, nutritionnelle, économique et communautaire des PVVIH	2 540 761 280
2.3 Sous composante : Appui à la prise en charge des OEV	2 408 258 987
2.3.1 Appuyer la prise en charge des OEV	2 408 258 987
3. COMPOSANTE STRATEGIQUE : BONNE GOUVERNANCE DE LA RIPOSTE	51 805 875 862
3.1 Sous composante : Promotion d'un environnement favorable à la réponse contre le VIH	4 311 287 035
3.1.1 Volet : Renforcement de l'engagement au plus haut niveau des leaders (religieux, communautaires, politiques, nationaux et locaux) dans la réponse au VIH	1 078 127 125
3.1.2 Volet : Lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des PVVIH et autres populations clés plus exposées aux risques	1 146 646 631
3.1.3 Volet : Renforcement du partenariat national	906 514 838
3.1.3.1 Renforcer le partenariat national et le plaidoyer dans le soutien des interventions	684 020 758
3.1.3.2 Assurer le plaidoyer de la pérennisation des financements et des interventions	222 494 080
3.1.4 Volet: Renforcement de l'implication du secteur privé (y compris l'application des dispositions L200 sur le VIH en milieu de Travail)	1 179 998 441

3.2 Sous composante : Renforcement du système communautaire	5 453 884 453
3.2.1 Volet: Renforcement des capacités institutionnelles de la société civile	2 959 393 501
3.2.1.1 Renforcer les capacités institutionnelles et managériales des acteurs communautaires	2 959 393 501
3.2.2 Volet : Renforcement de la réponse locale	2 494 490 952
3.2.2.1 Renforcer l'engagement des collectivités locales au cofinancement de la réponse communautaire et à la mise en œuvre des plans régionaux VIH/Sida et la gestion de la réponse transfrontalière	2 494 490 952
3.3 Sous composante : Renforcement du système de santé	17 997 569 501
3.3.1 Volet : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de soins	9 727 141 709
3.3.1.1. Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de soins	9 727 141 708
3.3.2 Volet : Renforcement du système sanitaire en ressources humaines qualifiées	1 546 666 920
3.3.2.1. Renforcer le système sanitaire en ressources humaines qualifiées	1 546 666 920
3.3.3 Volet . Financement	1 098 727 975
3.3.3.1. Appuyer le financement pour un renforcement durable du système de santé	1 098 727 975
3.3.4 Volet Renforcement du système de planification et de suivi évaluation	3 075 943 555
3.3.4.1. Renforcer le système de planification et de suivi évaluation	3 075 943 555
3.3.5 Volet Renforcement de la direction et de la gouvernance	2 549 089 342
3.3.5.1 Direction et Gouvernance	2 549 089 342
3.4 Sous composante : Suivi-Evaluation et Recherche	8 508 847 831
3.4.1 Volet : Renforcement des capacités organisationnelles et des ressources humaines en planification suivi évaluation	1 977 490 000
3.4.1.1 Mettre en place des unités de suivi et évaluation et Recruter des acteurs en suivi évaluation	1 151 200 000
3.4.1.2 Assurer la formation des acteurs en suivi évaluation	659 710 000
3.4.1.3 Institutionnaliser les cadres et mécanismes de suivi évaluation à tous les niveaux	166 580 000
3.4.2 Volet : Renforcement du système de planification, de suivi et d'évaluation	3 655 540 542
3.4.2.1 Renforcer le système de planification stratégique et opérationnelle basée sur les résultats à tous les niveaux	417 334 033
3.4.2.2 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 et évaluation	348 330 000
3.4.2.3 Assurer la supervision, le contrôle qualité, l'audit et la validation des données à tous les échelons (niveau central et au niveau régional)	2 545 800 173

3.4.2.4 Appuyer la mise en œuvre des évaluations programmatiques (CDV, PTME, PEC ARV Enquête IP6-IP7 etc.) et Financières (REDES ou NASA etc.)	284 076 336
3.4.2.5 Appuyer la mise en œuvre de l'enquête sur les compétences de vie en milieu scolaire	60 000 000
3.4.3 Volet : Mise en œuvre de la surveillance biologique et comportementale vis-à-vis du VIH et des IST	823 280 596
3.4.3.1 Appuyer la mise en œuvre de la Surveillance Biologique et comportementale (Surveillance Sentinelle, ENSC, ESC, EDSVIH+, Enquête spéciale biologique et comportementale chez les HSH etc.)	1 648 280 596
3.4.3.2 Appuyer la surveillance des Résistances des IST aux Antibiotiques, des résistances aux ARV, Autres surveillances	175 000 000
3.4.4 Volet : Appui à la recherche opérationnelle	302 910 000
3.4.4.1 Elaborer un agenda de recherches	10 000 000
3.4.4.2 Appuyer la mise en œuvre de recherches opérationnelles pertinentes	292 910 000
3.4.5 Volet : Appui à la documentation et à la diffusion de l'information stratégique	749 626 693
3.4.5.1 Mettre en place et assurer la fonctionnalité de Bases de données et des sites WEB	219 596 693
3.4.5.2 Assurer la documentation des bonnes pratiques et la multiplication des rapports et documents stratégiques	530 030 000
3.5 Sous composante : Amélioration de la gestion et de la coordination	15 534 287 042
3.5.1 Volet : Renforcement la gestion et la coordination au niveau central	10 255 387 042
3.5.1.1 Assurer la coordination et le fonctionnement technique et administratif	7 888 392 824
3.5.1.2 Organiser les réunions de coordination	292 000 000
3.5.1.3 Renforcer les capacités de gestion technique et financière du niveau central	374 994 218
3.5.1.4 Réaliser les audits techniques et Financiers du Programme et des projets	500 000 000
3.5.1.5 Renforcer l'assistance technique, la consultance et la contractualisation	1 200 000 000
3.5.2 Volet : Renforcement de la gestion et de la coordination au niveau régional	4 025 000 000
3.5.2.1 Assurer la coordination et le fonctionnement des structures de gestion du niveau décentralisé	3 575 000 000
3.5.2.2 Renforcer les capacités de gestion technique et financière du niveau régional et local	450 000 000
3.5.3 Volet : Amélioration du système de gestion logistique et pharmaceutique VIH/IST	1 703 900 000
3.5.3.1 Renforcer l'équipement des structures d'approvisionnement et de stockage au niveau national et régional	311 000 000
3.5.3.2 Renforcer la capacité de gestion du système logistique	224 900 000
3.5.3.3 Renforcer le système d'approvisionnement des médicaments, réactifs, condoms et autres produits VIH	906 500 000
3.5.3.4 Mettre en place un système de suivi évaluation de la logistique pharmaceutique	261 500 000
BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2011 – 2015	128 414 623 559

4. CADRE DE MISE EN OEUVRE

4. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

4.1. STRUCTURES ET ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE DES PLANS OPÉRATIONNELS

4.1.1 Régions à travers les plans régionaux

Les principales structures de mise en œuvre sont :

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

4.1.2 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 riposte au 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 PSN sur la sida2007-2011.

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

4.1.3 Secteurs en charge de l'éducation, de la jeunesse, des forces armées, des femmes, du travail et des transports, du tourisme, de l'intérieur, de la justice

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 PSN sur la sida 2011-2015. 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.

4.1.4 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 riposte au 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 :

- Assurer l'expertise sur les questions relevant de sa compétence technique dans son domaine d'action ;
- Apporter un appui technique aux différents intervenants dans la recherche, la formation continue, la documentation et la planification
- Contribuer à la production de directives, de guides, de manuels et d'outils sur les différents thèmes relevant de son domaine d'action.
- 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 riposte au 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.

4.1.5 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 riposte au 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 etc.)

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.

4.2. 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 intégrés multisectoriels 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 national sur 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 régional 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 riposte au sida dont le Secrétariat est assuré par les points focaux nommés par les ministères de tutelle.

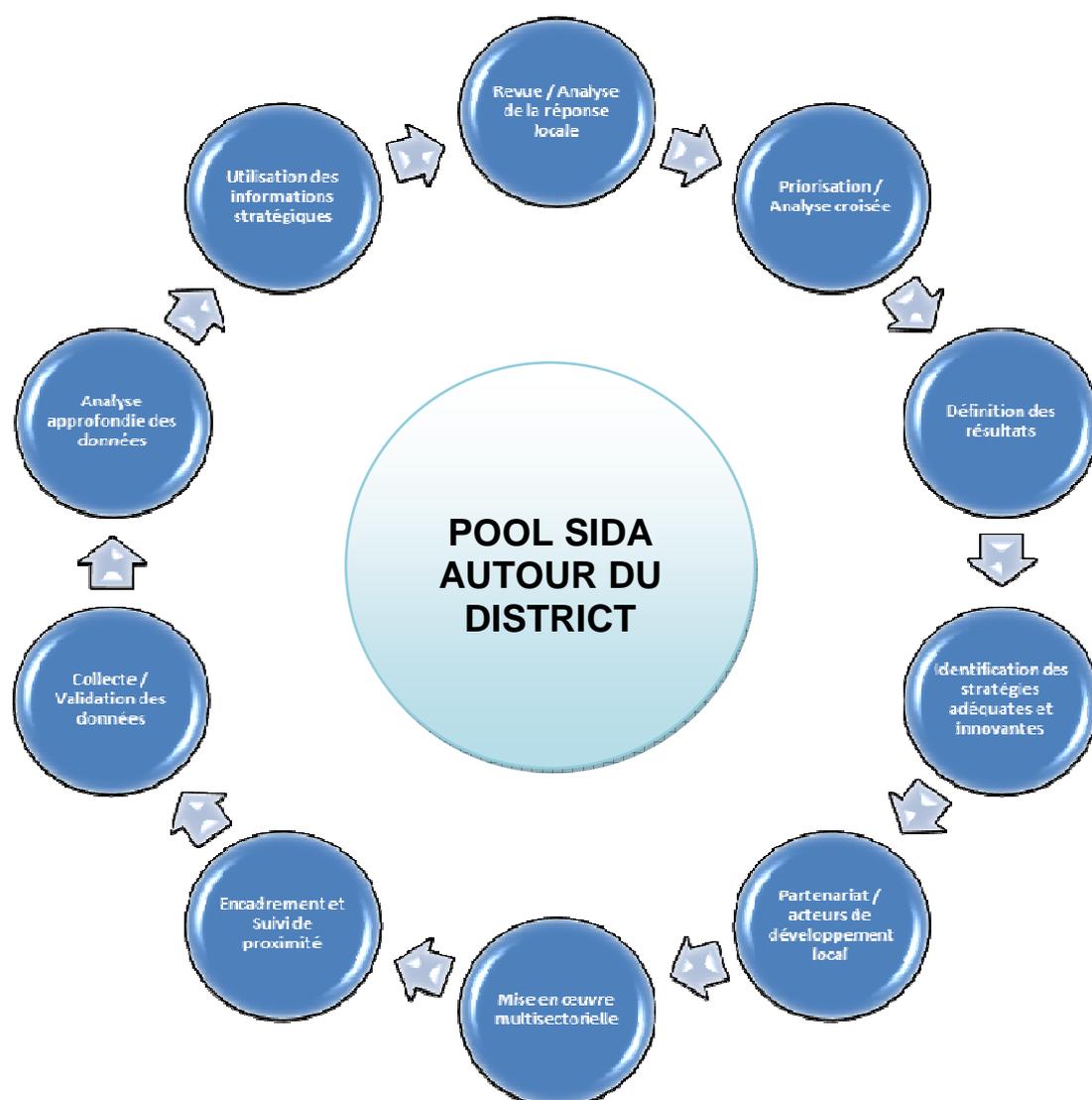
Plan consolidé multisectoriel national annuel de riposte au sida

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 (Ministères impliqués dans la réponse au VIH, société civile, secteur privé, femmes, jeunes, populations plus exposées aux risques, 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 riposte au 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.

GESTION INTEGREE MULTISECTORIELLE DE LA RIPOSTE AU NIVEAU LOCAL



Le pool sida autour du district constitue le mécanisme de concertation de cette gestion intégrée du niveau opérationnel, constituant ainsi l'outil pragmatique pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH au Sénégal. L'opérationnalisation de la riposte autour du district offre un cadre privilégié d'implication des collectivités locales pour un développement local décentralisé.

L'utilisation du concept de priorisation fondée sur une analyse croisée du profil épidémiologique du contexte de vulnérabilité et la disponibilité des ressources (financières, humaines et logistiques) mène vers une logique d'offre de services focalisée vers ceux qui en ont le plus besoin. Ainsi le passage à l'échelle de certaines interventions à haut impact se fera en fonction de la dynamique de l'épidémie et de l'incidence des nouvelles infections.

Le district n'est pas synonyme « d'aire géographique sanitaire » mais représente plutôt un pôle local de synergie visant à capitaliser les interventions menées par les acteurs évoluant autour du district (société civile, secteur public et privé).

La gestion de la riposte locale autour du district se fait dans le respect de la multisectorialité. Cette gestion axée sur les résultats autour du district renforce la responsabilité individuelle et collective des acteurs multisectoriels par rapport aux résultats globaux de la riposte locale (ex.

« accountability » des acteurs au niveau du district), chacun apportant sa part de responsabilité dans la mise en œuvre.

Cette approche intégrée permettra :

- l'identification des stratégies adéquates et innovantes basées sur le contexte de vulnérabilité, la dynamique de l'épidémie et les carences programmatiques au niveau local ;
- l'amélioration de la coordination, de la synergie et de la complémentarité entre les prestataires de services (société civile, secteurs public et privé) ;
- l'obtention de résultats grâce aux efforts conjugués et coordonnés des différents types d'acteurs,
- le renforcement de l'encadrement et le suivi de proximité afin de s'assurer de la qualité des interventions aussi bien au niveau de la demande qu'au niveau de l'offre de services

Selon la planification axée sur les résultats, les questions essentielles s'articuleront ainsi :

Par Qui : L'identification des acteurs doit se baser sur leur valeur ajoutée (demander à chaque acteur de faire ce qu'il sait mieux faire / avantage comparatif)

Quoi faire : Identification de stratégies/activités innovantes et à haut impact adaptées au contexte local et se basant sur la capacité des acteurs du niveau local

Avec Qui ? : Cibles prioritaires par rapport au contexte de vulnérabilité et à la dynamique épidémiologique au niveau local.

Où ? : Dans les zones géographiques prioritaires où sont apparus les facteurs de risques, les vulnérabilités et les carences programmatiques de couverture et de recours aux services.

Composantes stratégiques	Sous Composante	Description de la stratégie
Suivi des populations clé plus exposées (HSH, PS, CDI)	Professionnelles du sexe	<ul style="list-style-type: none"> - Au niveau du secteur, le suivi des PS se fait en stratégies fixe et avancée. Il s'adresse aux PS « officielles » et aux PS « clandestines ». Afin d'assurer un continuum dans les services offerts, les interventions sont menées au niveau district/ région par les prestataires des structures de santé en complémentarité des interventions de la société civile. - Les principales stratégies : - Intégration du suivi des PS au niveau des services SR dans les centres et postes de santé ciblés - Renforcement de l'intégration de la prise en charge des femmes à haut risque dans les services de SR notamment pour le ciblage des PS clandestines - Promotion de l'utilisation des services de prévention, de soins et soutien - Suivi médico-social et biologique des PSO et PSC dans les services et selon les normes et protocoles en vigueur - Implémentation d'activités de proximité par les prestataires des centres de suivi (activités menées au niveau des lieux de fréquentation) - Promotion de l'utilisation du condom féminin et du condom masculin - Approvisionnement régulier des structures de PEC des PS en médicaments, préservatifs, réactifs et consommables biomédicaux - Plaidoyer et lutte contre la stigmatisation au niveau des structures de santé et dans l'environnement - Promotion de CDV - Coordination
	HSH	<ul style="list-style-type: none"> - Les interventions auprès des cibles HSH sont mises en œuvre par un réseau de prestataires (médecins, infirmiers, sage femmes, travailleurs sociaux) et au niveau communautaire, par certaines organisations de la société civile et aussi les associations de HSH et les médiateurs. Les sites de prise en charge sont intégrés dans les services de santé mais les interventions sont aussi menées dans la communauté. Les principales stratégies sont : - Renforcement de l'intégration de la prise en charge des HSH dans les services de consultation primaire - Extension du réseau des prestataires dans la prise en charge des IST chez les HSH - Promotion du recours aux services de prévention, soins et soutien - Renforcement en développement personnel des HSH - Plaidoyer et lutte contre la stigmatisation au niveau des sites de suivi et dans l'environnement - Suivi médico psychosocial - Promotion de l'utilisation du condom et de lubrifiant adapté - Promotion du CDV - Respects des Droits Humains - Coordination - Recherche

Composantes stratégiques	Sous Composante	Description de la stratégie
	<p align="center">CDI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Activités IEC-CCC - Distribution d'aiguilles et de seringues - Conseil dépistage volontaire - Diagnostic et traitement des IST - Traitement de substitution aux opiacés (TSO) et la PEC psychosociale - Prise en charge médicale (ARV, etc.) et communautaire des CDI infectés par VIH - Diagnostic et traitement des hépatites B et C en collaboration avec le PNLH - Renforcement du leadership national et local dans la PEC - Réforme des lois pouvant être des freins à la mise en œuvre du Programme - Renforcement du partenariat national et international dans le soutien à la prévention et à la prise en charge en faveur Renforcement des capacités des principaux acteurs pour la prise en charge en faveur - Suivi évaluation et recherche opérationnelle dans le cadre du projet
<p align="center">Prévention de la transmission sexuelle</p>	<p align="center">IEC/CCC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion IEC/CCC - Causeries participatives - Projections de films suivies de sketches - Jeux de rôles - Visites à Domiciles - Conférences, Radios-crochets - Podiums d'animations communautaires - Approche de Prévention basée sur la Foi - Prévention combinée - Promotion de l'utilisation des préservatifs - Mobilisation sociale
	<p align="center">Prévention et prise en charge des IST</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Education et formation sur les IST - Promotion et utilisation des condoms masculins et féminins - Dépistage sérologique de la syphilis intégré dans le paquet SR - Prise en charge éthologique et syndromique précoce et correcte des cas IST (intégrant la PEC des partenaires) - Fourniture de services de soins et de conseils de qualité (diagnostic, traitement, conseil, promotion double protection et CDV) - Ciblage des populations clé MARP (HSH et PS) -

Composantes stratégiques	Sous Composante	Description de la stratégie
CDV	Promotion du CDV	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la promotion du dépistage au sein de la communauté - Organisation de Plaidoyers auprès de la communauté des leaders locaux, religieux et coutumiers pour la promotion du Dépistage du couple en tant que entité unique, le dépistage pré-nuptial, le dépistage des FAR et leurs partenaires. - Organisation de plaidoyer auprès de la communauté, les leaders d'opinions (coutumiers, locaux, religieux et gouvernementaux) pour lever les contraintes socio-culturelles et promouvoir le changement de comportement au sein de la communauté : par rapport au statut de la femme surtout au sein du couple pour lui permettre d'avoir une décision pour sa santé maternelle et celle de la famille - Elaboration des supports de communication sur la promotion du dépistage des couples, des FAR et leurs partenaires et les groupes à risque (CDI, PS, HSH, les populations des zones transfrontalières, les orpailleurs, les routiers et les pêcheurs etc.) - Mise en œuvre un plan de communication auprès de ces groupes cibles en utilisant ces supports de communications élaborés - Formation des relais communautaire pour renforcer la promotion du dépistage auprès de ces cibles
	Renforcement de l'accès au service du CDV	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de l'utilisation des services de dépistage par la population - Renforcement de la disponibilité des intrants (réactifs, kits de dépistage (TDR) et consommable dans les structures de dépistage et dans les unités mobiles - Formation des prestataires en conseil et dépistage pour renforcer l'accès au service du CDV à la population - Décentralisation du dépistage dans tous les postes de santé - Augmentation des unités mobiles pour leur rendre disponible dans les régions d'accès difficiles - Organisation de stratégies avancées auprès des groupes cibles (couples, FAR et partenaires, CDI, orpailleurs, routiers, pêcheurs etc.) et dans les zones d'accès difficiles - Organisation de campagnes annuelles nationales de dépistage pour le renforcement de l'accès aux services du CDV en ciblant les groupes les plus vulnérables et les populations dans les zones d'accès difficile
	Renforcement de la qualité des services du CDV	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de qualité des services du CDV - Diffusion des documents d'assurance et contrôle qualité au laboratoire au niveau des prestataires des structures des sites du CDV au niveau national - Organisation des supervisions de la qualité des services du CDV - Organisation de l'évaluation de la qualité des services du CDV tous les deux ans - Mise en place d'un projet d'amélioration de la qualité des services du CDV au niveau national en cas de besoin après l'évaluation de 2012 - S'assurer la PEC des personnes dépistées positives dans le cadre du continuum des soins

Composantes stratégiques	Sous Composante	Description de la stratégie
	Suivi – évaluation du CDV	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du suivi évaluation du CDV - Elaboration, reproduction et diffusion de registres standard de counseling et registre sérologie VIH au labo selon le modèle du document politique, normes et protocoles du CDV - Renforcement de la collecte et analyse des données du CDV avec mise en place d'un logiciel national
	Coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la coordination - Renforcement des réunions du comité de pilotage du CDV - Renforcement de l'appui institutionnel au niveau des structures CDVA autonomes
PTME	Pilier 1 : prévention primaire	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation sociale pour lever les obstacles socio-culturels (communication focus sur les grandes mères, beau parents, couple, FAR) - Prévention de la transmission sexuelle (ABC, préservatifs) - Promotion du dépistage (homme, couple et communautés) - Stratégies avancées dans les zones difficiles d'accès - Renforcement de capacités (formation, équipements, disponibilité de tests rapides)
	Pilier 2 : prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives en âge de procréer	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'utilisation de préservatifs (Bajenu gox, services à base communautaire) - Promotion de la double protection (préservatifs et autres méthodes)
	Pilier 3 : prévention de la transmission verticale	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion des CPN, CPoN par les acteurs communautaires - Intégration des CPN dans les stratégies avancées - Promotion du dépistage en salle d'accouchement et en consultation post natal - Décentralisation du paquet PTME (dépistage, ARV couple mère-enfant, DBS) au niveau des postes de sante - Diagnostic précoce des nourrissons - Dépistage du nourrisson jusqu'à après allaitement
	Pilier 4 : traitement, soins et soutien aux mères, nourrissons et famille	<ul style="list-style-type: none"> - Accès au traitement selon option B / OMS - Prise en charge du nourrisson

Composantes stratégiques	Sous Composante	Description de la stratégie
Prise en Charge	Prise en charge Médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi biologique, médical - Observance sur les sites de PEC par les médiateurs - Continuum de soins pour la recherche de perdus de vue - PEC de la co-infection TB/VIH et autres co-infections opportunistes - Prescription de l'appui nutritionnel lors des consultations médicales (critères de nutrition et critères de décharge) - Réduction des couts - Simplification des Traitements
	Prise en charge psychosociale des PVVIH et des OEV	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de groupes d'auto-soutien (association de PVVIH) en vue de la consolidation de l'estime de soi et une vie positive avec l'infection - Appui nutritionnel - Appui économique - Soutien scolaire des OEV - Formation et Insertion socio-professionnelle - Mediation sociale - Recherche de perdus de vue
	Bonne Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination, concertation - Plaidoyer (leader religieux, décideurs, secteur privé, acteurs communautaires, Parlement, etc. - Renforcement de capacité, - Lutte contre la stigmatisation et la discrimination - Gestion financière - Suivi évaluation, Recherche - Partenariat - Pérennisation, mobilisation - Décentralisation de la réponse

5. SYSTEME DE SUIVI EVALUATION

5. SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION

La gestion de ce plan stratégique est essentiellement axée sur des résultats de qualité afin d'obtenir des informations stratégiques pertinentes à temps réel. A cet effet la performance du système de suivi et évaluation va rester un pilier fondamental de riposte nationale.

La performance de ce système suivi et évaluation repose essentiellement sur 4 volets :

- Définition de Cadre de résultats
- Mise en œuvre du système de suivi et évaluation
- Renforcement du système de suivi et évaluation
- Evaluation du système de suivi et évaluation

5.1 CADRE DE RÉSULTATS DU PSN SUR LA SIDA 2012- 2015

IMPACT DE LA REPONSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET ET RESULTATS DU PROGRAMME	OUTILS D'EVALUATION
Réduction des nouvelles infections de 50%	La prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe âgées de moins 25 ans passe de 10% à 7% d'ici 2015	Au moins 70% des PS sont atteintes par les programmes de prévention du VIH	Système de routine
		Au moins 60% des PS possèdent 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	Enquête Nationale de Surveillance combinée
		Au moins 70% PS ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et connaissent leur résultat	Enquête Nationale de Surveillance combinée
		Au moins 90% des professionnelles du sexe âgés de 15-49 ans indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un client ou un partenaire sexuel	Enquête Nationale de Surveillance combinée
	La prévalence du VIH chez les jeunes de HSH âgés de 15-24 ans passe de 12% à 8%	Au moins 70% des HSH sont atteintes par les programmes de prévention sur le VIH	Système de routine
		Au moins 60% HSH possèdent 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	Enquête spéciale de Surveillance combinée
		Au moins 70% des HSH ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et connaissent le résultat	Enquête spéciale de Surveillance combinée
		Au moins 80% des HSH indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	Enquête spéciale de Surveillance combinée
	La prévalence du VIH chez les CDI passe de 9,4% à 7% d'ici 2015	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	Système de routine
		80% de CDI disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	Enquête spéciale de Surveillance combinée

IMPACT DE LA REPONSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET ET RESULTATS DU PROGRAMME	OUTILS D'EVALUATION	
		Au moins 70% des CDI ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et connaissent le résultat	Enquête spéciale de Surveillance combinée	
		Au moins 70% des CDI ont bénéficié des activités de prévention sur le VIH	Enquête spéciale de Surveillance combinée	
			Enquête spéciale de Surveillance combinée	
	La prévalence du VIH chez les <i>jeunes âgés de 15-24 ans</i> est en dessous de 0,3%			EDS + VIH
		Le% de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est inférieur à 10%		EDS + VIH
		Le% de jeunes (G+F) de 15 à 24 ans qui disent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel passe de 35,6% à 70% chez les jeunes filles et de 52,4% à 80% chez les jeunes garçons		EDS + VIH
	La prévalence du VIH chez les groupes passerelles sera maintenue en dessous de 1%	Au moins 60% des populations passerelles décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH		Enquête Nationale de Surveillance combinée
		Au moins 80% des populations passerelles (pêcheurs, camionneurs, handicapés, orpailleurs, clients des PS) déclarent utiliser le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel		Enquête Nationale de Surveillance combinée
	La prévalence du VIH chez les adultes (population générale) de 15-49 ans est maintenue en dessous de 1%	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois		EDS + VIH
		Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*		EDS + VIH
	Amélioration de la prévention et de la qualité de la Prise en Charge des IST	Le pourcentage de personnes atteintes d'IST se présentant auprès des établissements sanitaires examinées et traitées de manière appropriée (selon les normes) passe de 22,9% à 40%		Enquête IP 6 et 7
	Augmentation de la couverture en services de CDV	Le % 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 passe de 12,6% à 20%		Système de routine EDS + VIH
	0 nouvelle infection chez les personnes recevant une transfusion sanguine en 2015	Le% des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH selon les normes passe de 86% à 100%		Système de routine
		Au moins 70% des accidents d'exposition au VIH bénéficient d'une PEC selon les normes nationales		Système de routine
	Le taux de transmission	Pourcentage de femmes enceintes		Système de routine

IMPACT DE LA REPONSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET ET RESULTATS DU PROGRAMME	OUTILS D'EVALUATION
	mère –enfant du VIH passera à moins de 4,3% d'ici 2015	séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant passe de 22% à 90%	
		Au moins 80% d'enfants nés de mère séropositive au VIH ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	Système de routine
		Au moins 90% des enfants nés de mère séropositive reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission	Système de routine
Prise en charge globale de qualité chez les adultes et enfants est assurée	Au moins 80% des adultes et enfants infectés par le VIH sous traitement antirétroviral seront toujours en vie 12 mois après le début de celui-ci	Au moins 80% d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	Système de routine
	Réduction de moitié de décès liés à la tuberculose chez les PVVIH	Au moins 90% de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	Système de routine
	Soutien et Accompagnement des PVVIH et OEV	Au moins 90% des PVVIH suivis bénéficient d'un continuum de soin (communautaire, psychologique, nutritionnel, etc.)	Système de routine
		Au moins 90% des OEV suivies bénéficient d'un continuum de soin (communautaire, psychologique, nutritionnel, etc.)	Système de routine
Bonne gouvernance assurée	Les obstacles liés aux droits humains sont réduits et l'équilibre genre est assuré	Au moins 60% d'hommes et de femmes âgés de 15-49 ans qui disent ne pas avoir de sentiments négatifs à l'égard des PVVIH	EDS + VIH
		L'application de la loi est effective	Système de routine
		Au moins 80% des PVVIH connaissent leur droit	Système de routine
		Prise en compte de l'aspect genre dans les documents de politique et de mise en œuvre	Revue nationale du programme
	La riposte nationale multisectorielle est coordonnée et mise en œuvre efficacement au niveau central et décentralisé	La Multisectorialité de la réponse est renforcée	Revue nationale du programme
		La mise en œuvre des plans intégrés régionaux est effective et efficace	Revue nationale du programme
	L'investissement des ressources financières est efficient pour la pérennisation des services	Le budget de l'Etat dans le financement de la mise en œuvre du PSN augmente de 15% par année	Loi des Finances
		Adéquation de l'allocation des ressources financières adaptée à la dynamique de l'épidémie (MOT)	Analyse du budget du PSN sur la sida Revue des dépenses
		Les ministères clés exécutent leur budget propre pour la lutte contre VIH	Loi des Finances et Revue des dépenses

IMPACT DE LA REPOSE NATIONALE	IMPACTS PAR TYPES D'INTERVENTIONS	EFFET ET RESULTATS DU PROGRAMME	OUTILS D'EVALUATION
		Les collectivités locales exécutent leur budget propre pour la lutte contre VIH	Loi des Finances et Revue des dépenses
		Le secteur privé contribue au financement de la réponse	Revue des programmes
	Les systèmes de santé et communautaire sont renforcés pour apporter une contribution efficace à la riposte nationale	Existence d'un système de référence et contre référence entre le système de santé et le système communautaire	Revue des programmes
		100% des districts atteignent au moins 80% de couverture par le paquet intégré de service VIH/TB/PALU/SMNI	Revue des programmes au niveau local
		Le cadre de concertation de la société civile est performant (niveau national et local)	Revue des programmes
		Les acteurs du système communautaire sont de véritables acteurs de la riposte au sida grâce au renforcement de capacité de qualité (niveau national et local)	Revue des programmes au niveau local
	Le système de gestion des approvisionnements et des stocks (médicaments et produits) est efficace	Zéro rupture de stocks des 5 produits traceurs durant le trimestre	Evaluation du système logistique des médicaments et des produits
		Taux de péremption des 5 produits traceurs durant le trimestre est ≤ 3%	Evaluation du système logistique des médicaments et des produits
	Le système de suivi financier est performant	La gestion financière est efficace au niveau central et local	Evaluation de la gestion financière
		Contrôle interne financier fiable	Evaluation de la gestion financière
	Le système de SE est performant et permet ainsi l'utilisation des informations stratégiques	Les informations produites par le système de suivi et d'évaluation sont utilisées à des fins de gestion	Evaluation du système suivi évaluation

5.2 MISE EN ŒUVRE DU SYSTÈME DE SUIVI ET ÉVALUATION

5.2.1. Cadre de mise en œuvre du système de suivi et évaluation

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

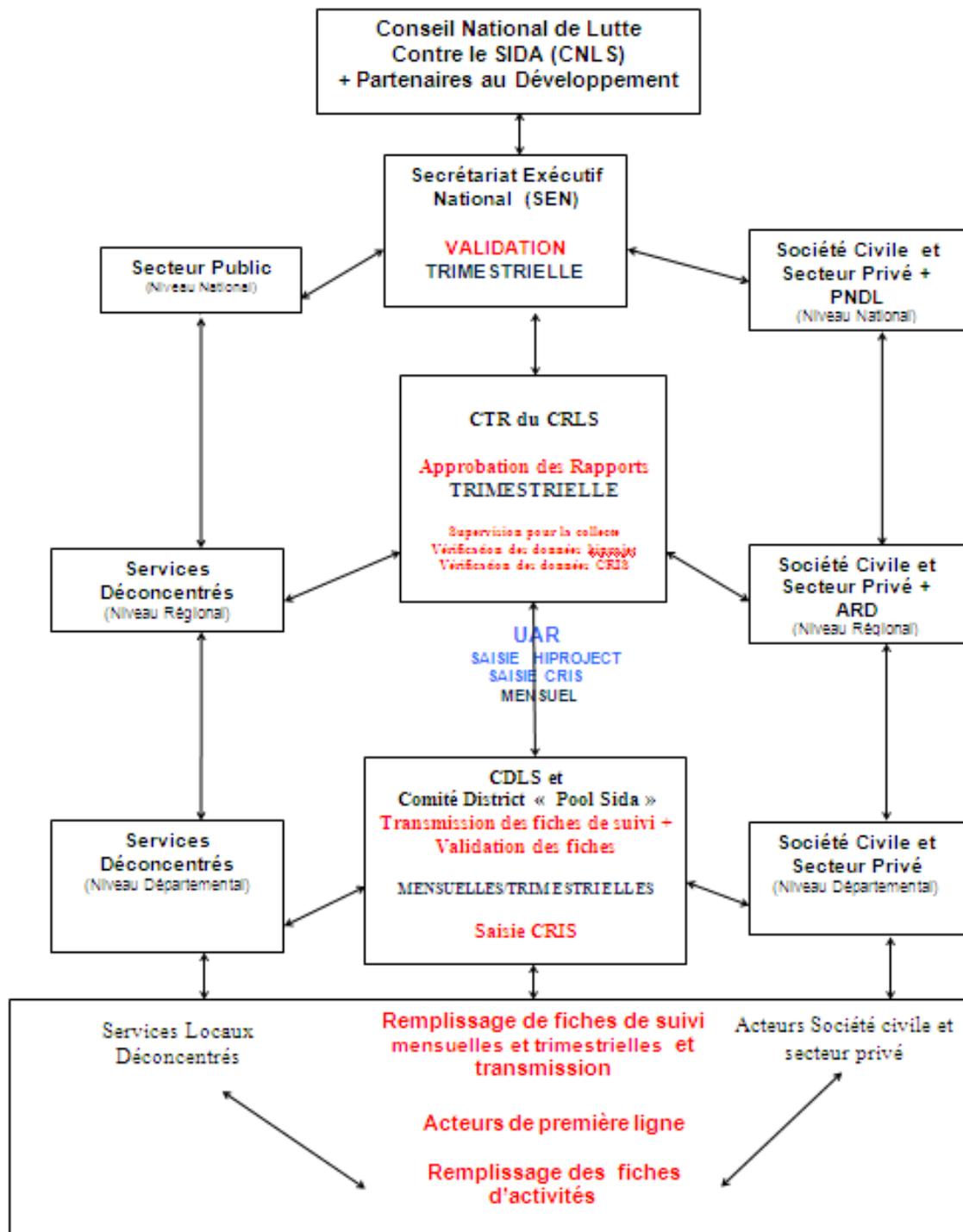
- **Le quatrième niveau** l'Unité de Suivi-Evaluation du SE/CNLS, structure de validation et de coordination pour le système de Suivi Evaluation national. L'Unité est le dépôt central de toute information en matière d'IST/VIH au niveau national. L'Unité s'occupe de la gestion et du développement du système 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 capacités et assure un plaidoyer pour une meilleure appropriation du système.

5.2.2 : Gestion des données

5.2.2.1 FLUX DES DONNÉES

SUIVI, SUPERVISION, FEEDBACK, ACHEMINEMENT DES DONNÉES ET RAPPORT



5.2.2.2 AUDIT DES DONNÉES

Il est indispensable de vérifier les données avant de commencer leur synthèse et leur analyse proprement dites et donc de les présenter sous forme d'information dans un rapport. Ceci permet d'assurer l'exactitude, l'exhaustivité et la cohérence de l'information qui sera véhiculée dans le rapport. La vérification est un outil précieux de gestion pouvant permettre d'évaluer la qualité des données.

La vérification vise en général à **obtenir des données fiables par la détection** des différentes erreurs en vue de leur correction. De façon spécifique, la vérification vise à :

- assurer l'exactitude des données;
- assurer la cohérence des données primaires et des données agrégées;
- évaluer l'exhaustivité des données;

a) 3 Niveaux de vérification des données

Dans tout le processus de collecte et de remontée des données, il existe principalement trois niveaux de vérification

- La vérification du remplissage des outils de collecte primaires : la micro vérification
- La vérification des rapports synthétiques : la macro vérification
- La vérification des données sur site (on site vérification)

b) Méthodes de vérification : Manuelle ou informatique

La triangulation des données sur un certain nombre de rapports de plusieurs acteurs et de niveaux différents sur un échantillonnage.

Cette vérification peut se faire manuellement, avec l'aide d'un programme informatique, ou en combinant ces deux méthodes, selon le support (électronique ou papier) sur lequel se trouvent les données.

c) Responsables et mécanismes de vérification

A chaque niveau du système de suivi et évaluation, des gestionnaires des données désignés pour être responsables de cette vérification.

d) 4 niveaux de Validation des données

- Validation au niveau Pool Sida (au niveau du district)
- Validation au niveau des départements /CDLS
- Validation au niveau Régional /CRLS :
- Validation au niveau Central /CNLS (au niveau sectoriel mais aussi au niveau CNLS)

5.2.2.3 INFORMATISATION ET SÉCURISATION DE LA GESTION DES DONNÉES

L'objectif est de rendre disponible une banque de données fiables au niveau national et au niveau décentralisé. Le CNLS 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.

5.2.3 Sources des Données et Produits d'Informations

La mise en œuvre du suivi des activités d'IST/VIH, de la surveillance épidémiologique, des études et recherche nous fournit des données pour alimenter le système d'informations. Ces données proviennent de diverses sources à savoir

- a) Suivi de routine des données programmatiques est effectué par le suivi des indicateurs de produits, de résultats et d'impact. Le niveau d'atteinte des indicateurs retenus dans le système de Suivi Evaluation national est présenté dans les **sources de données prioritaires**. La base de données est alimentée à travers ces sources de données, et leur transmission régulière est essentielle pour la complétude et la mise à jour régulière de la base de données. Les données programmatiques sont collectées, analysées et acheminées selon le flux de données prédéfini avec un remplissage des outils de collecte standardisés pour l'ensemble des interventions.
- b) Enquêtes, études, évaluations et audits

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 (HSH et Professionnelles 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 Jeunes 15-24 Femmes Vendeuses	Tous les 2 ans	Cabinet ou Structure Spécialisée
Rapport Surveillance combinée 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	Annuel	Cabinet d'audit ou Structure Spécialisée
Evaluations Externes des Stratégies du Programme (IEC/CCC, CDV, PTME, PEC)	Tous les 2 ans	Structures Spécialisées
Evaluations Internes du Programme	Annuelle	Unité de Suivi Evaluation et Recherche du SE/CNLS

c) Produits d'Informations

Le traitement des données et la consolidation des informations permettent la production des rapports. Ces **produits d'information** doivent être mis à la disposition de tous les acteurs concernés pour la prise de décision, la planification stratégique et l'allocation des ressources.

Le système de S-E national alimenté par les différentes sources de données fournit divers produits d'informations :

- Rapports Semestriels techniques et financiers des différents secteurs
- Rapports Trimestriels et Annuels des Comités Régionaux de Lutte contre le Sida
- Rapports Annuels du PNMLS
- Rapports biennaux GARP
- Rapports biennaux REDES ou NASA
- Rapports de documentation /publications

d) Utilisation et diffusion des données

L'utilisation des données, à des fins de gestion, se fait à tous les niveaux depuis le niveau opérationnel où les données sont produites (« pools sida ») au niveau central en passant par les niveaux intermédiaires (départements et régions).

Les informations issues du programme seront diffusées à travers :

- Les sites Web du programme et des principaux acteurs du secteur public (DLSI), de la société civile (ANCS), etc.
- Les magazines périodiques
- Les médias (conférences de presse, débats radiophoniques ou télévisés, articles de presse écrite, etc.)

5.3 RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SUIVI ET ÉVALUATION

5.3.1 Production d'informations stratégiques

Les capacités en audit des données afin de garantir leur fiabilité reste un défi majeur pour la l'alimentation du processus d'analyse et de prise de décision.

Dans le plan de formation accompagnant le PSN SUR LA SIDA, les activités de SE (analyse et transformation en information stratégique jusqu'à la prise de décision) y occupent une place prépondérante sans oublier les acteurs du pool sida et les acteurs communautaires

5.3.2 Supervision du Système de SE

La supervision périodique du système de SE va nous permettre l'identification de goulots d'étranglement et de contraintes des différents niveaux du système mais dans différentes stratégies de mise en œuvre du SE. A cet effet, des mesures correctrices traduites en action vont être intégrées au fur et à mesure dans le plan de mise en œuvre.

5.3.3 Assurance Qualité des Interventions

L'assurance qualité couvre toute activité concernant l'appréciation et l'amélioration des mérites et de la valeur d'une action, ou le respect des normes préétablis. La mise en œuvre d'un système d'assurance qualité va accompagner la mise en œuvre des interventions projets et programmes à tout moment.

Les 3 types de contrôles retenus :

- le contrôle de la qualité des services offerts par les prestataires (y inclus l'audit),
- le contrôle de la bonne gouvernance de la riposte,
- le contrôle relatif à la satisfaction des bénéficiaires.

Dans le cadre de la réponse au VIH, l'assurance qualité des interventions de prévention, de soins et de réduction de l'impact du VIH constitue une priorité absolue.

Dans le cadre du PMNLS, cette assurance qualité se base sur tous les documents de la stratégie nationale de lutte contre le VIH : (i) de guides de référence nationale pour chacune des interventions programmatiques et managériales, (ii) d'établissement de protocoles simples de contrôle de qualité etc.

5.3.4 Institutionnalisation du processus de Revue Annuelle du Programme de mise en œuvre du PSN sur la sida

Le cadre de performance du PSN SUR LA SIDA, les stratégies de mise en œuvre, la gouvernance de la riposte sont analysés dans tous les aspects annuellement. Ces revues se font au niveau central et décentralisé ; et spécifiquement au niveau de chaque secteur (public, privé et société civile)

5.4 ÉVALUATION DU SYSTÈME DE SUIVI ET ÉVALUATION

Elle va se faire par différentes méthodologies :

- Evaluation du système va se faire par différents types d'évaluation :
- Revues périodiques au niveau décentralisé
- Auto évaluation avec différents types d'outils
- Audit technique de la mise en œuvre du PSN
- Évaluation externe des différentes stratégies de SE

Toutes ces types d'évaluations sont intégrés dans le plan budgétisé du SE

6. CADRE ORGANISATIONNEL ET INSTITUTIONNEL

6. CADRE ORGANISATIONNEL ET INSTITUTIONNEL

La mise en œuvre du Plan Stratégique National sur 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 riposte au sida,
- Assurer le plaidoyer et le partenariat au plus haut niveau dans la riposte au sida
- Veiller au respect de la réglementation et de l'éthique en matière de riposte au sida,

Composition

1. **Président** : le Premier Ministre
2. **Vice-président** : Le Ministre de la Santé
3. **Secrétaire** : Le Secrétaire Exécutif du CNLS

Membres :

- Ministres en charge des cibles prioritaires de l'approche multisectorielle (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 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 riposte au 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

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 riposte au sida et des plans opérationnels annuels de riposte au 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 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, 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 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 (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 Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida 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 et fiduciaire 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 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

Organisation :

Le SE/CNLS comprend :

- une direction nationale dirigée par le Secrétaire Exécutif assisté de deux adjoints (Un adjoint chargé du volet Administratif et financier et un adjoint chargé des volets techniques)
- Une unité de gestion administrative et financière dirigée par le responsable administratif et financier
- deux unités techniques : l'unité programmatique et l'unité de suivi évaluation dirigées respectivement par le responsable programmatique et le responsable du suivi évaluation.

SCHEMA ORGANISATIONNEL DU SE/CNLS

Tableau 17 : Schéma organisationnel du SE/CNLS

DIRECTION du SE/CNLS			
Unités	Unité de gestion programmatique	Unité de suivi évaluation et communication	Unité de gestion administrative, financière
Missions	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 régionaux gestion du plan GAS et des produits pharmaceutiques	coordination de l'information stratégique sur le VIH Revues et Planification Planification stratégique Elaboration des plans d'action opérationnelle multisectorielle régionale et nationale 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 œuvre de la stratégie de communication sur le VIH	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
Structures en interaction avec les unités du SE/CNLS			
Mécanismes de coordination, d'appui et de concertation	Comités internes sectoriels CRLS & CDLS Collectifs et Réseaux des organisations de la société civile, du secteur privé et des PVVIH Forum des partenaires Groupe thématique	Comité consultatif suivi évaluation	

Fonctionnement

La Coordination

Le SE/CNLS établit un plan d'action 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 effectués 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 riposte au 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.

Tableau 18 : Suivi de la gestion financière par niveau

Suivi de la gestion financière par niveau		
Niveaux	Types d'organe	Responsabilités
National	Secrétariat Exécutif du CNLS	Amendement et approbation du budget des plans sectoriels et régionaux. Approbation des audits et autres rapports nationaux
	Unité de gestion administrative et financière du SE/CNLS	Application et suivi des recommandations du CNLS et des réunions de suivi avec les partenaires au développement Suivi des rapports financiers et des audits
Sectoriel (Ministères)	Unité de gestion des ministères	Elaboration des plans des ministères Définition des plans de financements à partir des ressources sectorielles propres. Amendement et approbation du budget des plans sectoriels Approbation des rapports financiers
Régional (*)	Unité de gestion des CRLS	Définition des plans de financements à partir des ressources régionales et locales Amendement et approbation du budget des plans régionaux Approbation des rapports financiers
	Responsable de l'administration et de la gestion des CRLS	Application et suivi des recommandations du CRLS et des réunions de suivi avec les partenaires au développement Suivi des rapports financiers et des audits

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

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 riposte au sida
- Les représentants des comités régionaux de riposte au 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
- Les représentants des Personnalités dont l'expertise et les compétences en matière de riposte au sida sont reconnus où jouant un rôle clé dans la riposte au 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 :

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

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

Le CTR du CRLS est composé :

- du représentant du Conseil Régional
- du médecin-chef du MSR ou du MC des Grandes Endémies
- du représentant du comité médical technique
- des représentants de la jeunesse, de l'Education, des Femmes, des Forces Armées, du Travail et des Transports
- du représentant des services régionaux
- du représentant de la société civile
- du représentant du secteur privé
- du représentant de l'association régionale des PVVIH
- du responsable régional de la SR/Santé Maternelle et infantile
- du responsable régional du PNT
- du responsable de la base de données régionale sur l'infection à VIH.
- du Point focal RSS (Sida, Tuberculose et paludisme)
- de représentants de projets régionaux sur le VIH/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 Comités Sectoriels de lutte Contre Le Sida

Les ministères, les institutions nationales publiques et privées contribuant à la riposte au sida doivent se doter d'une structure de coordination la plus légère possible appelé Comité interne ministériel de riposte au sida et le CNT pour le milieu du travail. 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 riposte au sida.

Mission

Impulser et coordonner l'élaboration et la mise en œuvre du Plan Sectoriel intégré et multidisciplinaire de riposte au 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 riposte au 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 riposte au 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.

6.3 CADRE INSTITUTIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Cadre institutionnel de la lutte contre le Sida

