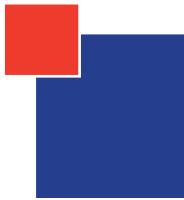


REPUBLIQUE DU SENEGAL  
PRIMATURE



## PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2018-2022

*Vaincre le Sida par Tous, une Riposte pour Tous*



## Table des matières

---

<b>Introduction.....</b>	<b>15</b>
<b>Chapitre 1. Contexte national .....</b>	<b>17</b>
<b>Chapitre 2. Synthèse de l'analyse de la situation et de la riposte nationale au VIH....</b>	<b>18</b>
<b>    2.1. Synthèse de l'analyse de la situation .....</b>	<b>19</b>
2.1.1. Prévalence du VIH dans la population générale .....	19
2.1.2. Prévalence du VIH selon la région géographique.....	19
2.1.3. Prévalence du VIH selon le sexe et l'âge.....	20
2.1.4. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes .....	20
2.1.5. Prévalence du VIH chez les populations clés .....	21
2.1.5.1. Professionnelles du sexe (PS) .....	21
2.1.5.2. Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH).....	21
2.1.5.3. Consommateurs de drogues injectables .....	21
2.1.5.4. Prisonniers .....	21
2.1.6. Prévalence chez les populations en contexte de vulnérabilité .....	21
2.1.6.1. Militaires et policiers.....	21
2.1.6.2. Camionneurs .....	21
2.1.6.3. Pêcheurs.....	21
2.1.6.4. Orpailleurs .....	22
2.1.6.5. Personnes Handicapées.....	22
2.1.7. Dynamique de l'épidémie.....	22
2.1.8. Décès.....	23
2.1.9. Situation des Infections Sexuellement Transmissibles(IST) .....	23
2.1.10. Situation sur la co-infection TB/VIH et autres co-morbidités.....	23
2.1.10.1. Co-infection TB/VIH.....	23
2.1.10.2. Virus hépatite B et C.....	24
2.1.11. Facteurs de risque comportementaux et vulnérabilité .....	24
2.1.11.1. Facteurs de risque comportementaux.....	24
2.1.11.2. Vulnérabilité .....	24
<b>    2.2. Synthèse de la riposte nationale .....</b>	<b>26</b>
2.2.1. Organisation de la riposte au VIH/SIDA.....	26
2.2.2. Financement de la riposte au VIH/SIDA.....	26
2.2.3. Principales réalisations .....	27
2.2.3.1. Prévention au sein de la population générale.....	27
2.2.3.2. Prévention au sein des populations clés .....	28
2.2.3.2.1. Hommes Ayant des Rapports sexuels avec des Hommes (HSH) .....	29
2.2.3.2.2. Professionnelles du sexe .....	29
2.2.3.2.3. Consommateurs de drogue Injectables (CDI).....	30
2.2.4. Prévention de la Transmission Mère Enfant .....	28
2.2.5. Prise en charge des IST .....	31
2.2.6. Transfusion et sécurité sanguine.....	31
2.2.7. Dépistage et prise en charge du VIH .....	32

2.2.7.1. Dépistage.....	32
2.2.7.2. Prise en charge du VIH .....	33
2.2.7.2.1. Traitement .....	35
2.2.7.2.2 Traitement antirétroviral pédiatrique.....	37
2.2.7.2.3. Prise en charge communautaire des PVVIH.....	38
2.2.7.2.4. Prise en charge psychosociale .....	39
2.2.7.2.5. Prise en charge VIH/TB .....	39
2.2.7.2.6. Laboratoire .....	39
2.2.7.2.7. Gestion des approvisionnements en médicaments et réactifs .....	41
2.2.8. Genre et droits humains.....	41
2.2.9. Recherche sur le VIH .....	42
2.2.10. Suivi évaluation .....	43
<b>Chapitre 3. Orientations du PSN 2018-2022 .....</b>	<b>44</b>
3.1. Vision de la riposte nationale au sida à l'horizon 2030 .....	45
3.2. But .....	45
3.3 Principes Directeurs du PSN .....	45
3.4 Cadre des résultats et programmes du PSN 2018-2022 .....	46
<b>Chapitre 4. Cadre de mise en œuvre du PSN 2018 – 2022 .....</b>	<b>52</b>
4.1. Investissements prioritaires .....	53
4.1.1. Cibles prioritaires .....	53
4.1.2. Interventions majeures .....	53
4.1.3 Domaines prioritaires.....	55
4.2. Plan de rattrapage pour l'élimination du VIH au Sénégal année 2018 .....	55
<b>Chapitre 5. Coordination du PSN 2018-2022 .....</b>	<b>56</b>
5.1. Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) .....	57
5.2. Partenariat national pour la mise en œuvre du PSN 2018-2022 .....	58
5.3. CCM-Sénégal.....	60
5.4. Forum des Partenaires .....	60
5.5 Equipe conjointe des Nations Unies.....	60
<b>Chapitre 6. Cadre de suivi et d'évaluation du PSN 2018-2022 .....</b>	<b>62</b>
6.1. Organisation et structures de Suivi & Evaluation.....	63
6.2. Mécanisme de suivi et d'évaluation .....	63
6.3. Système de surveillance et de notification .....	63
6.4. Etudes et enquêtes .....	63
<b>Chapitre 7. Financement du PSN .....</b>	<b>64</b>
7.1. Estimation budgétaire du Plan Stratégique National 2018-2022 .....	65
7.2. Stratégies pour la mobilisation des ressources .....	65
7.3. Pérennisation de la riposte .....	66

**Référence.....68****Annexes.**

Matrice du cadre des résultats.....	70
Budget PSN 2018-2002 selon l'Orientation Stratégique.....	79

**Tableaux**

Tableau 1. Facteurs de vulnérabilité des populations cibles .....	25
Tableau 2. Estimation de la taille des populations clés.....	28
Tableau 3. Résultats de la PTME en 2016 .....	33
Tableau 4. Evolution annuelle du dépistage et taux de positivité .....	34
Tableau 5. Répartition (%) des patients suivant les lignes thérapeutiques.....	36
Tableau 6. Cibles prioritaires du PSN 2018-2022 .....	53
Tableau 7. Domaines prioritaires du PSN 2018-2022 .....	55
Tableau 8. Estimation budgétaire du PSN 2018-2022.....	65

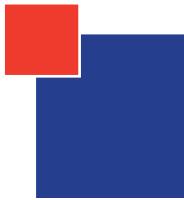
**Liste des figures**

Figure 1. Evolution de la prévalence estimée du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans, Sénégal 1990 à 2016.....	19
Figure 2. Répartition de la prévalence du VIH selon la région.....	19
Figure 3. Répartition de la prévalence du VIH selon le sexe et le groupe d'âge.....	20
Figure 4. Répartition de la prévalence du VIH chez les femmes enceinte selon la région. ....	20
Figure 5. Evolution du nombre estimé des nouvelles infections au VIH, Sénégal de 1990 à 2016.....	22
Figure 6. Répartition des nouvelles infections au VIH selon l'âge, Sénégal 2016 .....	22
Figure 7. Evolution des décès liés au VIH, Sénégal de 1990 à 2016.....	23
Figure 8. Répartition des ressources financières estimées par le PSN 2014-2017 et la contribution des partenaires. .....	26
Figure 9. Répartition des dépenses par composante. ....	27
Figure 10. Cascade de la PTME, selon l'année.....	31
Figure 11. Scénarios pour la couverture PTME d'ici 2020.....	32
Figure 12. Inclusion et déperdition en 2015.....	35
Figure 13. Evolution (%) des décès et perdus de vue de 2013 à 2016 .....	36
Figure 14. Cascade des soins en 2016. ....	37
Figure 15. Axes stratégiques du PSN 2018-2022 .....	47
Figure 16. Cadre institutionnel de la lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal.....	57

## Liste des abréviations et acronymes

<b>AES</b>	Accident d'Exposition au Sang
<b>AT</b>	Appui Technique
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>BAD</b>	Banque Africaine de Développement
<b>BE</b>	Bulletin Epidémiologique
<b>BM</b>	Banque Mondiale
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CCM</b>	Country Coordinating Mechanisms
<b>CDI</b>	Consommateurs de Drogues Injectables
<b>CDSL</b>	Comité Départemental de Lutte contre le Sida
<b>CNLS</b>	Conseil National de Lutte contre le Sida
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>CRLS</b>	Comité Régional de Lutte contre le sida
<b>DAT/AOC</b>	Dispositif d'Appui Technique/Afrique de l'Ouest et du Centre
<b>EDS Continue</b>	Enquête Démographique et de Santé Continue
<b>EDS-MICS</b>	Enquête Démographique et de Santé à indicateurs Multiples
<b>ELIHoS</b>	Evaluer les interventions de prévention des IST et du VIH auprès des homosexuels masculins au Sénégal
<b>ENSC</b>	Enquête Nationale de Surveillance Combinée
<b>eTME</b>	Elimination de la Transmission Mère Enfant
<b>FHI</b>	Family Health International
<b>FM</b>	Fonds Mondial
<b>FP</b>	Forum des Partenaires
<b>GAM</b>	Global AIDS Monitoring
<b>HSH</b>	Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
<b>IEC</b>	Information - Education - Communication
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>LBV</b>	Laboratoire de Bactériologie et Virologie
<b>M.o.T</b>	Mode of Transmission
<b>NU</b>	Nations Unies
<b>ODD</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>OEV</b>	Orphelins et Enfants rendus vulnérables par le VIH/sida

<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>OSC</b>	Organisation de la Société Civile
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PH</b>	Personnes Handicapées
<b>PNA</b>	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
<b>PNDS</b>	Programme National de Développement Sanitaire
<b>PPE</b>	Prophylaxie Post-Exposition
<b>PRA</b>	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
<b>PS</b>	Professionnelle du Sexe
<b>PSC</b>	Professionnelle du Sexe Clandestine
<b>PSE</b>	Plan Sénégal Emergent
<b>PSNLS/PSN</b>	Plan stratégique National de Lutte contre le Sida
<b>PSO</b>	Professionnelle du Sexe Occasionnelle
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>PTME</b>	Prévention Transmission Mère-Enfant
<b>PreP</b>	Prophylaxie Pré-Exposition
<b>PVVIH</b>	Personne vivant avec le VIH
<b>S&amp;E</b>	Suivi et Evaluation
<b>SEN</b>	Secrétariat Exécutif National
<b>SE/CNLS</b>	Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SNSE</b>	Système national de Suivi - Evaluation
<b>TATARSEN</b>	Test All Treat All and Retain All in Senegal
<b>TS</b>	Travailleuse du Sexe
<b>UA</b>	Union Africaine
<b>UDSEN</b>	Usagers de Drogues au Sénégal
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USER</b>	Unité de Suivi Evaluation et Recherche
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine



## Préface

---

## Préface

Le Gouvernement du Sénégal a depuis 1986, déployé d'importants efforts dans la riposte au sida. Ces efforts soutenus par les secteurs de développement, les acteurs communautaires et les partenaires au développement, ont permis de faire reculer la pandémie dans notre pays.

Aujourd'hui le Sénégal a adopté des stratégies ambitieuses pour sa politique de développement déclinées dans le Plan Sénégal Emergent (PSE) qui constitue le référentiel de sa politique économique et sociale. Ce nouveau plan stratégique proposé par le Conseil National de Lutte contre le Sida est largement imprégné des valeurs fondatrices déclinées par le PSE vers toujours plus d'innovation, toujours plus de créativité pour d'avantage d'efficacité. Sa vision est d'apporter une contribution effective et efficace tant à l'échelle nationale qu'internationale pour mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030.

Je félicite les acteurs de la riposte au sida qui ont contribué à l'élaboration de ce Plan Stratégique en s'appuyant sur des résultats probants et en s'adossant à des valeurs positives de dialogue et de concertation multisectorielle. Une approche intégrée et résolument participative pour un document consensuel et partagé par tous !

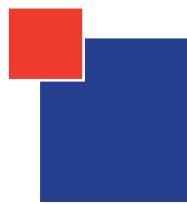
Ce plan traduit l'engagement de mon gouvernement à maintenir les acquis et accélérer la riposte vers l'élimination du sida en saisissant toutes les opportunités et en mobilisant les ressources disponibles. Réaliser une telle ambition implique encore plus de détermination et d'exigence pour chacun de nous par une gestion plus efficiente des ressources disponibles, une mobilisation plus prononcée des ressources domestiques, et un partenariat renforcé avec la société civile qui doit continuer à jouer un rôle essentiel dans cette nouvelle phase décisive de la riposte.

La présentation de ce plan stratégique est l'occasion pour le Gouvernement de féliciter tous les acteurs et les partenaires qui s'impliquent au quotidien dans cette lutte aussi décisive qu'indispensable et de les encourager à persévérer.

Le souhait de Son Excellence le Président de la République est d'améliorer sans cesse le mieux-être de tous les sénégalais afin qu'ils participent pleinement à l'émergence de notre pays.

La riposte au sida revêt une importance capitale dans la stratégie de développement mise en œuvre par le Sénégal. J'engage donc le Gouvernement à maintenir son engagement, à développer des partenariats innovants indispensables pour mobiliser toutes les ressources aussi bien internes qu'extérieures... dans le but ultime de mettre fin à l'épidémie du sida.

**Mr Mohamed Boun Abadallah Dione**  
Premier Ministre du Sénégal Président du Conseil  
National de Lutte contre le Sida



Avant propos

---

## Avant propos

En ma qualité de Ministre de la Santé et de l'Action sociale, je salue l'élaboration du Plan Stratégique National de lutte contre le sida de quatrième génération pour la période 2018-2022. Ce document définit le cadre qui va permettre de faciliter l'accès de tous les sénégalais à des services de prévention, de traitement, de soins et d'appui dans le but de mettre fin à l'épidémie du sida en 2030.

Les principes directeurs de ce plan placent les personnes vivant avec le VIH et les populations les plus exposées au cœur de la riposte. Les interventions ciblées et les services de soins simplifiés et centrés sur la personne constituent le socle de la nouvelle stratégie.

Le leadership des Chefs d'Etat africains à travers la Déclaration politique de juillet 2016 et l'adoption des Objectifs de Développement Durable basés sur une vision de la fin de l'épidémie à l'horizon 2030 ont guidé la nouvelle stratégie de riposte au sida. Elle va ainsi permettre la mise en œuvre d'interventions prioritaires comme le renforcement de la politique d'élimination de la transmission mère-enfant, le développement de la prévention combinée auprès des populations clés les plus exposées aux risques, l'accès de toutes les personnes vivant avec le VIH adultes, adolescents et enfants à des traitements efficaces.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale s'engage avec le Conseil National de Lutte contre le Sida pour appuyer le plaidoyer, le partenariat multisectoriel et la mobilisation de ressources pour atteindre les objectifs fixés dans le PSN 2018-2022 au bénéfice des populations. Le plan doit marquer une étape décisive pour l'élimination du sida.

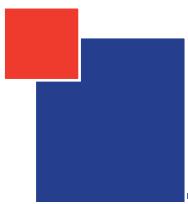
Je félicite le Secrétariat Exécutif du CNLS pour la coordination de l'élaboration et le suivi efficace du plan stratégique.

J'exprime ma reconnaissance aux personnels de santé, au premier front de cette lutte. Je les incite à poursuivre les efforts dans la riposte au VIH. Ils sont les principaux fournisseurs de services mais le caractère multisectoriel de la réponse nécessite le renforcement de la collaboration et du partenariat avec les autres secteurs ministériels, le secteur communautaire, le privé et les collectivités locales.

J'exprime ma gratitude aux acteurs communautaires pour leur engagement et leur contribution efficace. Ma reconnaissance s'adresse aux partenaires techniques et financiers qui sont engagés à nos côtés.

J'invite toutes les parties prenantes de la riposte au sida à se joindre à nous pour atteindre les objectifs d'élimination du sida comme problème de santé publique.

**Mr Abdoulaye Diouf Sarr**  
Ministre de la santé et de l'Action Sociale



## Remerciements

---

## Remerciements

L'élaboration du plan stratégique constitue une étape fondamentale dans le cycle de planification et de mise en œuvre du programme national multisectoriel de lutte contre le sida du Sénégal.

Le CNLS se félicite d'avoir mené à terme le processus. La démarche adoptée pour l'élaboration du PSN 2018-2022 est fondée sur une large concertation des acteurs et partenaires avec la participation des personnes vivant avec le VIH et des populations clé les plus exposées.

Ce plan définit le cadre de référence des partenaires et acteurs impliqués dans la riposte. Il constitue un outil pour le renforcement de la multisectorialité et du partenariat pour l'action. Il est destiné à être un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Je remercie Son Excellence Macky SALL, Président de la République pour son leadership et son engagement volontaire et indéfectible pour le mieux être des populations.

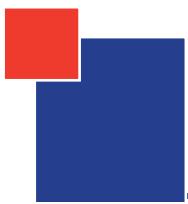
Je remercie également le Premier Ministre, le Ministre de la Santé et tout le Gouvernement pour leur engagement pour la santé et l'élimination du sida.

Nos remerciements s'adressent aux partenaires qui ont accompagné la mise en œuvre du plan stratégique au rang desquels l'Onusida et ses co-sponsors, le Fonds mondial de lutte contre le sida la tuberculose et le paludisme et l'USAID.

Enfin, aux acteurs de santé du service public, du privé et de la société civile, je voudrais dire notre reconnaissance pour leur engagement et leur implication constante aux côtés du SE/CNLS. Nous comptons sur la participation de tous pour l'atteinte des objectifs d'élimination de l'épidémie du sida.

Vaincre le sida par tous, une riposte pour tous.

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



## Introduction

---

# Introduction

Au Sénégal, la lutte contre le sida est inscrite au rang des priorités dans le domaine de la santé. Depuis le début de l'épidémie, des progrès remarquables ont été accomplis.

Des résultats encourageants ont été enregistrées notamment, une baisse régulière des nouvelles infections, et une augmentation significative des personnes mises sous traitement ARV (TARV), qui représentent 51,6 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en 2016, soit une augmentation de 4,4 % en 4 ans.

La riposte au VIH puise sa force et son dynamisme dans l'engagement politique au plus haut niveau, le savoir-faire des acteurs gouvernementaux, de la société civile, l'action scientifique des chercheurs nationaux et internationaux, ainsi que l'appui constant des partenaires techniques et financiers.

En dépit de ces résultats importants, il persiste un certain nombre de défis à relever aussi bien au niveau programmatique que financier.

L'enjeu affiché au niveau national est d'accélérer la mise en œuvre des interventions stratégiques pour progresser vers l'élimination de l'épidémie d'ici 2030, dans un contexte de ressources limitées. Dans cette optique, les perspectives sont multiples et l'innovation est incontournable : le passage à l'échelle des nouvelles stratégies de dépistage, la prévention combinée, en particulier pour les populations les plus exposées au risque d'infection, avec des stratégies novatrices, l'accélération de l'accès au « Traitement pour Tous » et ceci, dès la connaissance du statut sérologique, ainsi que le maintien des personnes dépistées et traitées dans les soins pour une suppression virale effective.

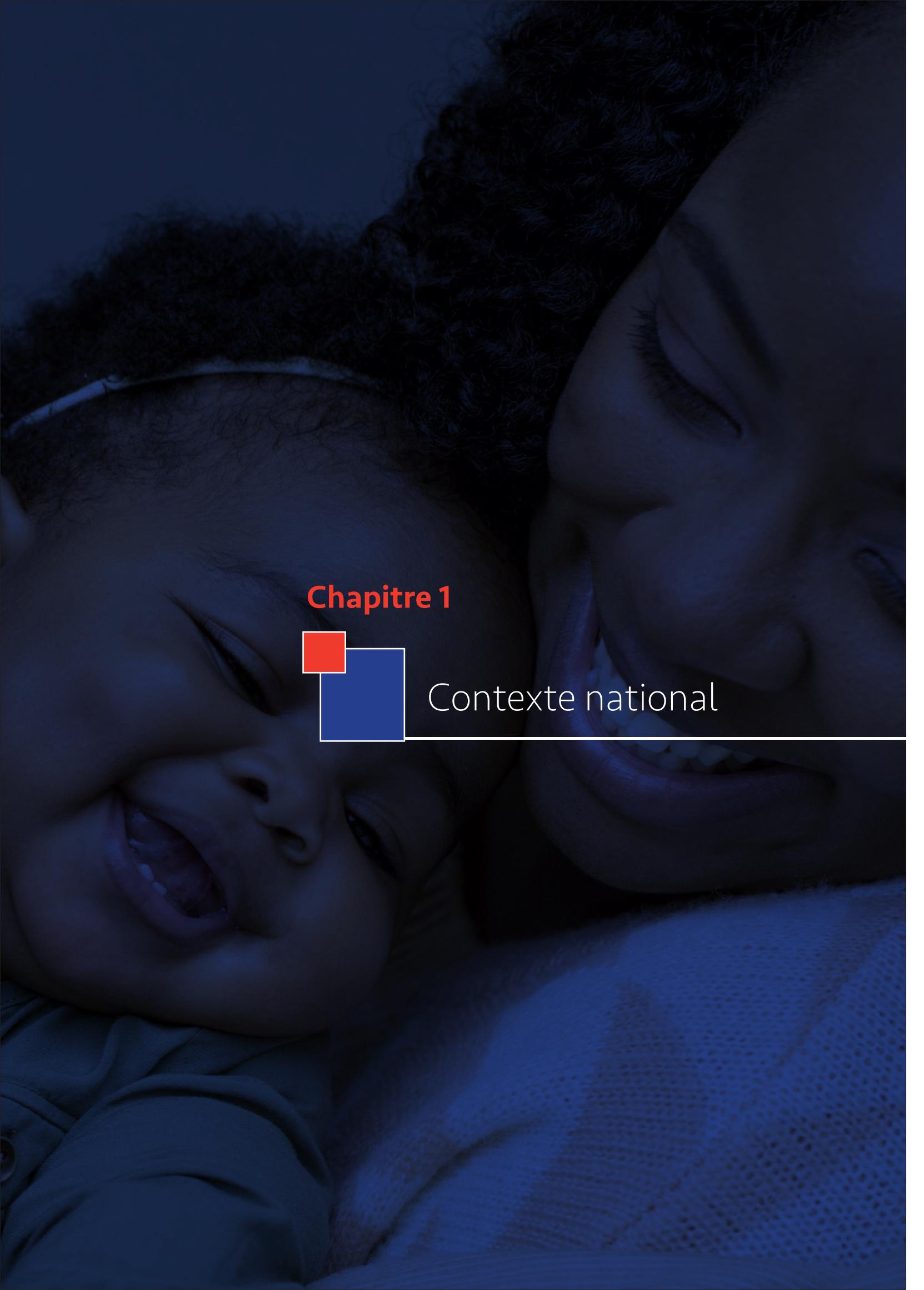
Le PSN 2018-2022 est le résultat d'un processus cohérent et participatif d'analyse de la situation et de la riposte, et d'une planification axée sur les résultats, associant, à travers une large concertation, l'ensemble des acteurs du niveau décentralisé, du secteur public, des organisations de la société civile y compris les représentants des populations clés, des associations et réseaux des PVVIH, ainsi que des universitaires, du secteur privé, et des partenaires internationaux.

Une équipe nationale sous le leadership du Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS), du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, avec la Division de la Lutte contre le VIH et les IST (DLSI), a préparé et conduit toutes les étapes du processus d'élaboration avec le soutien de l'ONUSIDA.

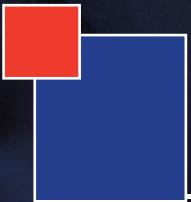
Des orientations stratégiques centrées sur le patient, avec des approches différencierées tant au niveau de la prévention que des soins, afin que chacun se sente reconnu selon ses besoins.

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida (PSN) 2018-2022 sera le cadre unique pour tous les acteurs de la lutte contre le sida au Sénégal. Il constitue la référence pour la programmation des activités aux niveaux national et régional, et sera l'outil indispensable pour l'harmonisation et l'alignement des partenaires.

Ce plan traduit la vision et les engagements du Gouvernement du Sénégal à maintenir les acquis et à orienter la riposte vers l'élimination du sida en utilisant toutes les opportunités et ressources, aussi bien domestiques qu'internationales.



## Chapitre 1



### Contexte national

Le Sénégal a adopté un nouveau modèle de développement pour accélérer sa marche vers l'émergence. Cette stratégie, dénommée Plan Sénégal Émergent (PSE), constitue le référentiel de la politique économique et sociale sur le moyen et le long terme. Cette aspiration à un mieux-être se décline en une vision qui est celle d'un « **Sénégal émergent en 2035 avec une société solidaire dans un État de droit** ».

Les orientations stratégiques qui guident les initiatives pour traduire cette vision en actions et résultats tangibles pour le bénéfice des populations, s'appuient sur trois axes visant :

- **Une transformation structurelle de l'économie** à travers la consolidation des moteurs actuels de la croissance et le développement de nouveaux secteurs créateurs de richesses, d'emplois, d'inclusion sociale et à forte capacité d'exportation ainsi que d'attraction d'investissements,
- **Une amélioration significative des conditions de vie des populations**, une lutte plus soutenue contre les inégalités sociales tout en préservant la base de ressources, et en favorisant l'émergence de territoires viables,
- **Le renforcement de la sécurité, de la stabilité et de la gouvernance**, de la protection des droits et libertés, et de la consolidation de l'État de droit en vue de créer les meilleures conditions d'une paix sociale et de favoriser le plein épanouissement des potentialités.

Le Plan Sénégal Emergent (PSE) constitue la référence des politiques publiques gouvernementales au sein des quelles s'inscrit le Plan Stratégique National de lutte contre le sida. L'Etat du Sénégal a également défini une Politique Nationale de Santé à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018, actuellement en cours d'exécution et qui intègre la stratégie de lutte contre le sida. Le PNDS a pour objectif d'améliorer l'offre et la qualité des services de santé, d'améliorer les performances en matière de prévention et de lutte contre les maladies.

Le système de santé sénégalais est composé des structures publiques, privées et communautaires. En plus du Ministère en charge de la santé et de l'action sociale, d'autres ministères comme les Forces Armées, l'Education, etc. assurent la tutelle de formations sanitaires publiques. L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire avec au sommet, l'hôpital qui constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de cette pyramide sans qu'il existe, toutefois, une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des deux systèmes à chaque niveau.

Au niveau communautaire, le système est complété par des initiatives matérialisées sur le terrain, entre autres, par le développement des cases de santé. Il faut noter, en plus, la part non négligeable de la médecine traditionnelle dans le secteur de la santé, de même que les Organisations non gouvernementales (ONG) (PNDS, 2009- 2018).

La politique publique du secteur de la santé demeure dans la dynamique de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), du Plan Sénégal Emergent (PSE), et de la réalisation des objectifs prioritaires du deuxième Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 avec notamment, la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile juvénile, la maîtrise de la fécondité et une meilleure accessibilité aux services de base pour les plus démunis.



## Chapitre 2

Synthèse de l'analyse de la situation et de la riposte nationale au VIH

## 2.1. Synthèse de l'analyse de la situation

### 2.1.1. Prévalence du VIH dans la population générale

L'épidémie du VIH au Sénégal est de type concentré avec une prévalence basse dans la population générale. Ce concept a permis de développer une approche pour connaître et répondre à l'épidémie. Actuellement, avec la nouvelle Approche basée sur la localisation et les populations, l'épidémie de sida est présentée sous la somme de plusieurs épidémies locales interconnectées, au sein desquelles les populations clés et certaines régions en sont les plus touchées.

Les dernières estimations de l'ONUSIDA (2017) montrent une baisse progressive de la prévalence du VIH, chez les 15 à 49 ans depuis 2005, et qui est estimée à 0,5 % en 2016 (Spectrum ONUSIDA, 2017).

Cette tendance à la stabilisation voire à la baisse de la prévalence est certainement attribuable aux investissements précoces et ciblés qui sont effectués dans le cadre de la riposte au VIH (CNLS, Mars 2017). Selon les données d'estimation Spectrum (ONUSIDA, 2017), en 2016 le nombre de personnes vivant avec le VIH s'élève à 41 000, dont 26 000 femmes et 15 000 hommes. Le nombre d'Orphelins enfants vulnérables (OEV) âgés de 0 à 17 ans est estimé à 27 000 (Spectrum ONUSIDA, 2017).

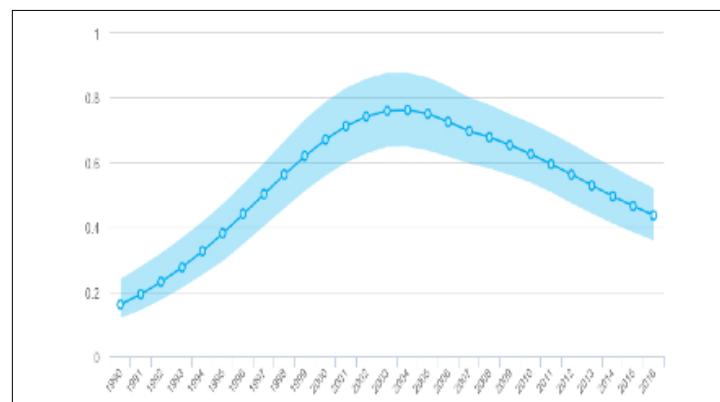


Figure 1. Evolution de la prévalence estimée du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans, Sénégal 1990 à 2016.

Source : Estimation Spectrm ONUSIDA, 2017

### 2.1.2. Prévalence du VIH selon la région géographique

La répartition de la prévalence selon la région géographique montre des disparités. En effet, les régions du Sud, de l'Est, du Nord et certaines du Centre présentent des prévalences supérieures à la moyenne nationale. Il s'agit respectivement des régions de Kolda (2,4 %) suivie de Kédougou (1,7 %), de Tambacounda (1,4 %), de Sédiou (1,1 %), de Kaolack (1,1 %), de Ziguinchor (1,0 %), de Fatick (1,0 %) et Saint Louis avec 0,9 % (Figure 2)

#### Prévalence du VIH dans les régions du Sénégal

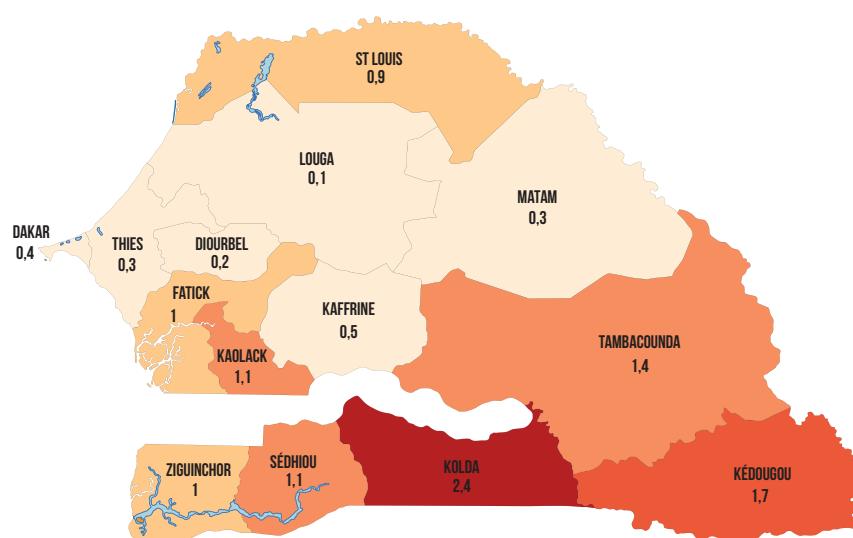


Figure 2. Répartition de la prévalence du VIH selon la région.

Source : EDS-MICS 2010-2011

### 2.1.3. Prévalence du VIH selon le sexe et l'âge

Les femmes présentent une vulnérabilité plus élevée face au VIH que les hommes au Sénégal. Parmi les PVVIH âgées de 15 ans et plus, 64,0 % sont des femmes avec une prévalence de 0,8 % versus 0,5 % pour les hommes. Il en résulte un ratio d'infection femmes/hommes de 1,6.

Chez les jeunes de 15-24 ans, bien que la prévalence soit relativement basse (0,2 %), les jeunes filles sont 3 fois plus infectées que les garçons soit 0,3 % contre 0,1 % (EDS-MICS, 2010-2011).

La prévalence augmente proportionnellement avec l'âge jusqu'à 44 ans autant chez les hommes que chez les femmes. Les femmes âgées de 45-49 ans présentent les prévalences les plus élevées (2,4 %), tandis que chez les hommes, les 40-44 ans enregistrent les plus fortes prévalences soit 1,5 %. L'ancienneté de la contamination et la durée d'exposition au VIH pourraient expliquer le fait que les personnes âgées de 40 à 49 ans sont les plus infectées (Figure 3).

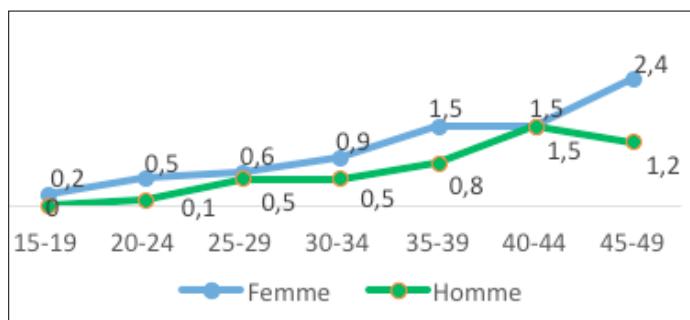


Figure 3. Répartition de la prévalence du VIH selon le sexe et le groupe d'âge

Source : EDS-MICS 2010-2011

### 2.1.4. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes

Les résultats de la dernière enquête de surveillance sentinelle réalisée en 2015, dans les différentes régions et au niveau des sites sentinelles, révèlent une prévalence de 0,8 % chez les femmes enceintes (LBV, 2015). Ce que confirment les résultats de l'EDS chez les femmes au niveau national (EDS-MICS 2010-2011).

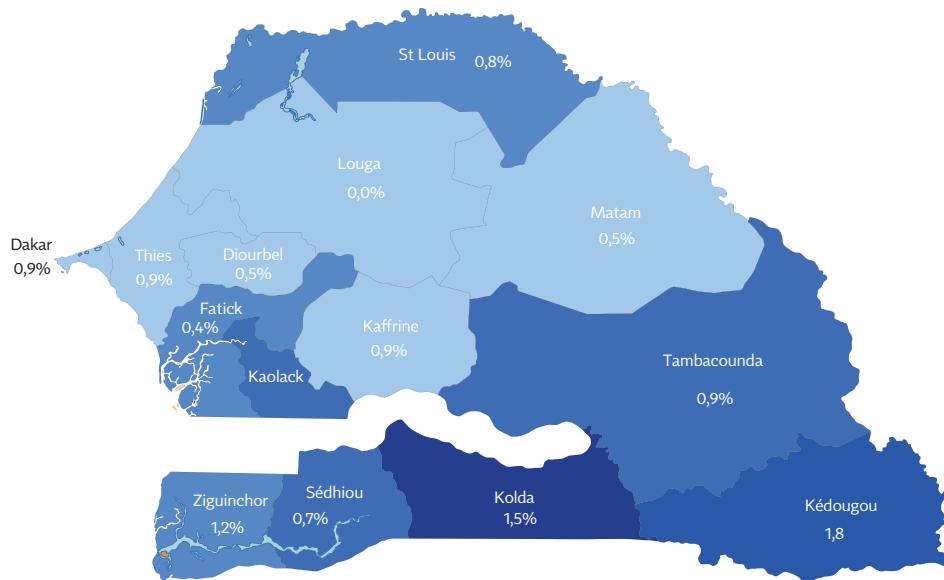


Figure 4. Répartition de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes selon la région.

Source : Rapport de surveillance sentinelle 2014

Trois régions présentent des prévalences supérieures à 1,0 %. Il s'agit respectivement de Kédougou (1,8 %), Kolda (1,5 %) et Ziguinchor avec 1,2 %.

La plupart des régions présentent des prévalences qui varient entre 0,5 et 1,0 %. Il s'agit des régions de Dakar, Kaffrine, Thiès, Tambacounda avec 0,9 % ; Saint-Louis (0,8 %) ; Kaolack et Sédhiou avec 0,7 % (Figure 4).

## 2.1.5. Prévalence du VIH chez les populations clés

### 2.1.5.1. Professionnelles du sexe (PS)

La prévalence du VIH a baissé chez les PS. En effet, elle est passée de 18,5 % à 6,6 % entre 2010 et 2015 (ENSC, 2010 et 2015).

Selon la catégorie, la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe officielles (PSO) est passée de 23,8 % en 2010 à 8,7 % en 2015 alors que chez les professionnelles du sexe clandestines (PSC), elle est passée de 12,1 % à 5,4 % pour la même période (ENSC, 2010 et 2015).

### 2.1.5.2. Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH)

La prévalence estimée du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) est passée de 21,8 % en 2007 à 17,8 % en 2014 (ELIHoS, 2007 et 2014).

Les résultats de cette dernière enquête, ELIHoS (2014) montrent que la prévalence du VIH a augmenté de près de 3 fois et demie dans la tranche d'âge de 18 à 19 ans en 2014, soit 19,9 % (versus 5,2 % en 2007). Cette même tendance est observée chez les élèves où la prévalence est passée respectivement de 13,1 % à 18,1 % (ELIHoS, 2007 et 2014).

Ce constat peut être lié au fait que la pratique de l'homosexualité est très précoce chez les jeunes et sans protection. Par contre, chez les HSH âgés 35 ans et plus, cette prévalence a diminué, passant de 40,6 % à 17,2 % durant la même période (ELIHoS, 2007 et 2014).

### 2.1.5.3. Consommateurs de drogues injectables

La prévalence estimée du VIH dans la population de consommateurs de drogues injectables se situe à 5,2 %. Elle est plus élevée chez les femmes (13,0 %) que chez les hommes avec 3,0 % (UDSEN, 2011).

Selon le mode de consommation des drogues, les injecteurs présentent les plus fortes prévalences avec 9,4 % contre 2,5 % pour les non injecteurs (UDSEN, 2011).

### 2.1.5.4. Prisonniers

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

## 2.1.6. Prévalence chez les populations en contexte de vulnérabilité

Le groupe des populations vulnérables est constitué par : les militaires et les policiers, les populations mobiles (pêcheurs, camionneurs etc.), les orpailleurs et les populations handicapées. Certains facteurs contextuels liés à la situation sociale, au statut ou la mobilité, rendent souvent ces derniers vulnérables. La mobilité est corrélée à plusieurs facteurs de vulnérabilité dont le recours à des rapports sexuels rémunérés.

### 2.1.6.1. Militaires et policiers

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

### 2.1.6.2. Camionneurs

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

### 2.1.6.3. Pêcheurs

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

#### **2.1.6.4. Orpailleurs**

Chez les orpailleurs, la prévalence est passée, entre 2010 et 2015, de 1,3 % à 1,5 %.

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

#### **2.1.6.5. Personnes Handicapées**

La prévalence du VIH est de 1,9 % chez les personnes handicapées. Les femmes ont une prévalence beaucoup plus élevée que les hommes 2,5 % contre 1,3 %, soit un ratio femme/homme de 1,9 (ENSC, 2015).

La répartition selon certains types d'handicap montre que les personnes présentant une incapacité intellectuelle ont une prévalence de 7,7 %, suivie des personnes ayant des incapacités multiples ou une incapacité physique soit respectivement 3,5 % et 1,7 % (ENSC, 2015).

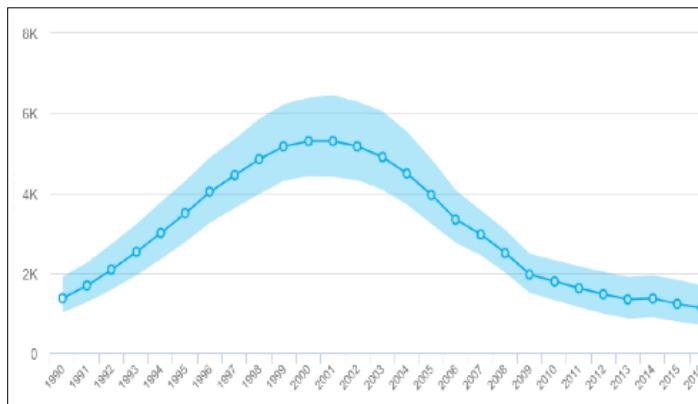
#### **2.1.7. Dynamique de l'épidémie**

Le mode de transmission dominant du VIH reste essentiellement la voie sexuelle.

Les estimations du Spectrum (ONUSIDA, 2017) font part d'environ 1 121 nouvelles infections en 2016. Les femmes sont plus touchées par les nouvelles infections soit 631 versus 490 pour les hommes (ONUSIDA, 2017).

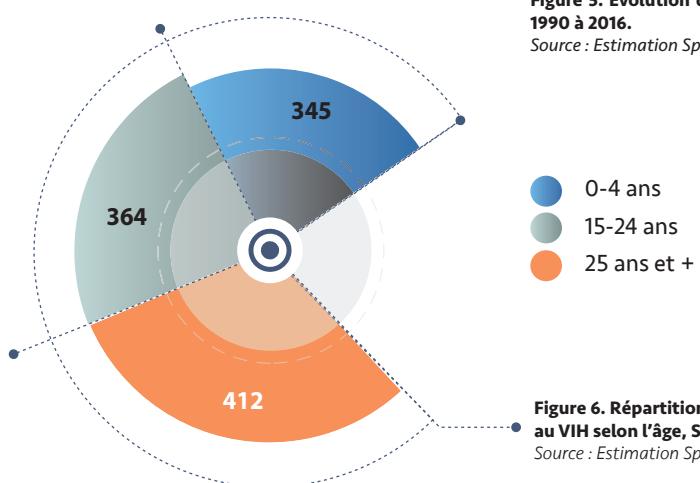
Une tendance à la baisse des nouvelles infections est observée depuis 2001 (figure 5). Au cours de la période 2014-2017, les nouvelles infections sont passées de 1 358 à 758 soit une diminution d'environ 44,2 % (ONUSIDA, 2017).

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



**Figure 5. Evolution du nombre estimé des nouvelles infections au VIH, Sénégal de 1990 à 2016.**

Source : Estimation Spectrum ONUSIDA, 2017



**Figure 6. Répartition des nouvelles infections au VIH selon l'âge, Sénégal 2016**

Source : Estimation Spectrum ONUSIDA, 2017

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

Chez les femmes de 25 à 49 ans, la majorité des nouvelles infections (53,8 %) reste attribuable au travail du sexe (Optima, 2016).

### **2.1.8. Décès**

Les estimations du Spectrum font état d'environ 1 900 décès liés au VIH en 2016 (ONUSIDA, 2017). On observe globalement une tendance à la baisse des décès à partir de 2005.

Durant la période 2014-2017, les décès liés au VIH sont passés de 2 113 à 1 285, soit une diminution de 39,2 % (ONUSIDA, 2017).

### **2.1.9. Situation des Infections sexuellement Transmissibles (IST)**

Durant l'année 2016, au total 138 074 cas d'IST ont été notifiés dont 129 096 (93,5 %) chez les femmes selon les données de routine recueillies auprès des sites de prise en charge des IST.

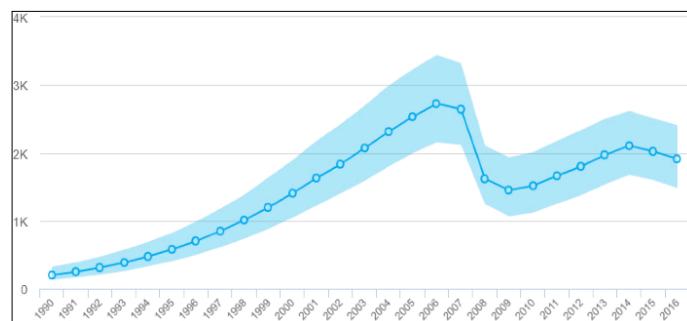


Figure 7. Evolution des décès liés au VIH, Sénégal de 1990 à 2016.

Source : Estimation Spectrum ONUSIDA, 2017

L'écoulement génital reste le syndrome le plus répertorié (75 313), soit 54,5 % de l'ensemble des notifications. Selon le sexe, l'écoulement génital est plus fréquemment répertorié chez les femmes (67 991) soit 90,3 % que chez les hommes (7 322) soit 9,7 %. Il est suivi des douleurs abdominales basses 35,5 %, des ulcérations génitales soit 5,5 % (82,1 % des cas notifiés chez les femmes) et des cas de syphilis positif 4,5 %.

Les résultats de l'enquête démographique et santé continue (EDS) de 2016 montrent que parmi les femmes ayant affirmé avoir déjà eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 19,3 % ont déclaré avoir eu au moins une IST ou des symptômes d'IST contre 12,3 % en 2015. Concernant les hommes la prévalence déclarée est de 3,9 % en 2016 contre 1,5 % en 2015.

Chez les femmes enceintes, la prévalence de la syphilis est passée de 1,9 % à 1,5 % entre 2009 et 2014. Les régions du nord du Sénégal comme Saint-Louis et Matam présentent les plus fortes prévalences d'IST avec respectivement 20,6 % et 17,7 % (LBV 2009 et 2014). Cette situation serait en rapport avec la syphilis endémique qui prévaut dans cette partie nord du pays.

### **2.1.10. Situation sur la co-infection TB/VIH et autres co-morbidités**

#### **2.1.10.1. Co-infection TB/VIH**

En 2016, sur 13 116 cas de tuberculose diagnostiqués, 11 227 ont été testés au VIH soit 86,0 % de taux de dépistage (contre 80,0 % en 2015) pour un objectif de 90,0 %. Le nombre total de co-infectés TB/VIH était de 727 cas, ce qui représente 6,5 % de l'ensemble des tuberculeux dépistés au VIH en 2016 (CNLS, Avril 2017).

### **2.1.10.2. Virus hépatite B et C**

Au Sénégal, la prévalence de l'hépatite B est passée de 17,0 % à 11,0 % entre 1999 et 2015 dans la population générale. Chez les HSH, la prévalence de l'hépatite B est passée respectivement de 26,4 %, 17,0 % et 15,7 % entre 2004, 2007 et 2014 et celle de l'hépatite C de 1,4 % (*ELIHoS 2014*).

La prévalence de l'hépatite B, nouvellement introduite dans l'Enquête nationale de surveillance combinée (2015) a connu des pourcentages qui sont au-dessus de la moyenne nationale de 11,0 % dans presque toutes les cibles, sauf chez les PS (6,6 %). La prévalence la plus élevée d'hépatite B a été notée chez les militaires avec 20,5 %, suivi des camionneurs (16,1 %) et des pêcheurs (16,0 %) (*ENSC 2015*).

La prévalence de l'hépatite C dans la population générale n'est pas disponible. Celle-ci était de 0,7 % chez les donneurs de sang en 2013 et 0,5 % en 2014 (*CNTS, 2013 et 2014*).

## **2.1.11. Facteurs de risque comportementaux et vulnérabilité**

### **2.1.11.1. Facteurs de risque comportementaux**

Selon l'EDS continue de 2016, on constate qu'une jeune fille de 15-19 ans sur six (16,0 %) a déjà commencé sa vie sexuelle. La précocité des relations sexuelles constitue un facteur de risque qui peut affecter le niveau de prévalence du VIH et des IST. L'âge des premiers rapports sexuels des jeunes de 15-24 ans est un déterminant important du risque d'infection à VIH chez les jeunes.

### **2.1.11.2. Vulnérabilité**

Au cours de la mise en œuvre du PSN 2014-2017, le CNLS avec l'appui de FHI360 a réalisé une analyse et une cartographie de la vulnérabilité au VIH/sida à travers 7 régions du Sénégal. Les résultats sont résumés dans le tableau 1.



**Tableau 1. Facteurs de vulnérabilité des populations cibles**

<b>Populations cibles</b>	<b>Facteurs de vulnérabilité</b>
<b>Professionnelles du sexe</b>	Multi partenariat avec des rapports non protégés avec les clients stables Faible capacité de négociation des rapports sexuels protégés notamment, avec les policiers Faible niveau d'instruction et absence de cadre de prise en charge pour les PS clandestines Stigmatisation et violences sociales et sexuelles Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication facilite aussi la recherche des clients via les sites de rencontre et les blogs
<b>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</b>	Marginalisation sociale et stigmatisation, faible accès aux services de prévention et de prise en charge  Auto-stigmatisation Faible connaissance du statut sérologique Partenaires multiples, rapports non protégés chez les jeunes, travail du sexe, pauvreté
<b>CDI</b>	Marginalisation et stigmatisation Faible accès aux services Travail du sexe Faible connaissance du statut sérologique VIH/VHB et le VHC Faible connaissance des facteurs de risque
<b>Jeunes et adolescents</b>	Partenaires multiples, Mariages précoces, travail du sexe, pauvreté, la drogue, CDI, les touristes Faible perception du risque sur le VIH/sida. Certaines filles analysent le risque sous l'angle des grossesses non désirées Sexualité précoce Mobilité des jeunes avec les phénomènes de « motos Jakarta » et pratiques sexuelles en échange des services de transports
<b>PVVIH</b>	Faible accompagnement psychosocial Difficultés socio-économiques Situation d'auto stigmatisation Connaissance tardive du statut sérologique Nombre élevé de perdus de vue
<b>Personnes en situation de handicap</b>	Pauvreté Prostitution clandestine ; les rapports sans protection, Education faible
<b>Prisonniers</b>	Surpopulation carcérale induit la promiscuité l'homosexualité Faible accès aux services de prévention Vulnérabilité souvent antérieure à la détention

## 2.2 Synthèse de la riposte nationale

### 2.2.1. Organisation de la riposte au VIH/SIDA

La gouvernance, la coordination et la gestion de la riposte nationale sont assurées par des structures à différents niveaux de responsabilité que sont :

- A. Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS)** créé par Décret n°2005-550 et placé sous la présidence du Premier Ministre. C'est l'instance de décision politique de la lutte contre le sida au Sénégal. Il est représenté au niveau régional par le comité régional de lutte contre le sida sous la présidence du Gouverneur.
- B. Le Secrétariat Exécutif** est l'organe exécutif du CNLS. Conformément aux orientations du CNLS, il est chargé de coordonner et de suivre la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le Sida déclinée successivement à travers les différents Plans Stratégiques (PSN).
- c. Les entités de mise en œuvre**, compte tenu de la dimension multisectorielle et pluridisciplinaire de la riposte au VIH, la mise en œuvre du programme est assurée par les acteurs communautaires et tous les secteurs offrant des services et/ou ciblant les populations vulnérables à l'infection à VIH. Au total neuf (09) Ministères sont impliqués dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans sectoriels.

### 2.2.2. Financement de la riposte au VIH/SIDA

Le PSN 2014-2017 avait estimé les ressources financières nécessaires pour l'atteinte des résultats à 75 752 000 650 F CFA. Sur la période 2014-2017, le gouvernement avec l'appui de ses partenaires a pu mobiliser 61,0 % du budget soit un Gap budgétaire de 29 265 615 209 F CFA comme le montre la figure 8.

L'analyse des dépenses par source de financement montre la baisse des ressources malgré une forte dépendance aux ressources extérieures. Bien que le Sénégal soit un pays à faible revenu, des efforts significatifs sont consentis par le Gouvernement pour le financement de sa riposte qui se traduit par la prise en charge du coût de 50,0 % des ARV sur le budget national. Malgré cela, les ressources disponibles à travers le budget de l'Etat restent limitées, et il est, par conséquent, nécessaire de poursuivre le soutien assuré par les partenaires et d'envisager des mécanismes nationaux de financement innovants permettant de mobiliser des ressources additionnelles.

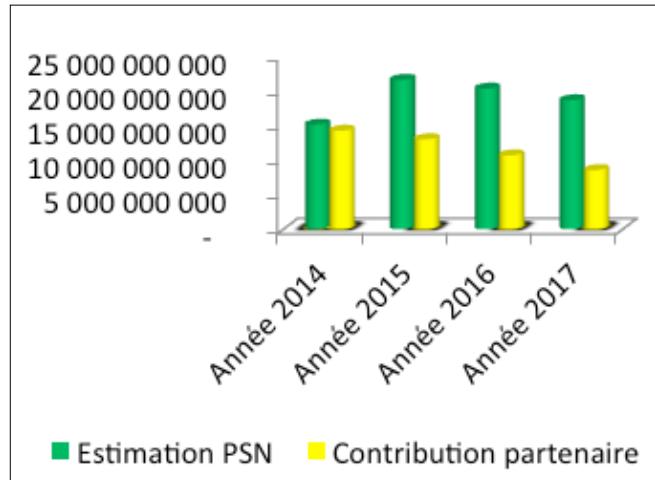


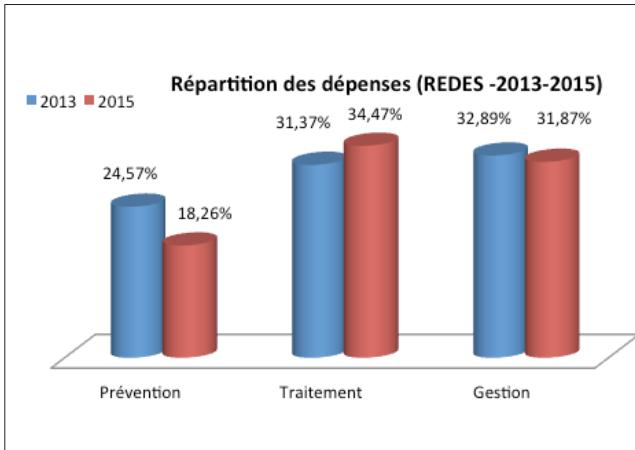
Figure 8. Répartition des ressources financières estimées par le PSN 2014-2017 et la contribution des partenaires.

Sources : Rapport de l'évaluation à mi-parcours du PSN 2014-2017, CNLS 2016.

L'analyse de l'allocation des ressources montre une diminution des ressources allouées à la prévention et à la gestion au profit du traitement comme l'illustre la figure 9.

Cette situation témoigne de la volonté politique d'opérationnaliser les trois 90 initiés par l'ONUSIDA (2014).

Selon l'étude OPTIMA (2014) sur l'efficacité allocative : « Des améliorations épidémiologiques substantielles sont possibles à travers une meilleure efficacité allocative de la riposte au VIH, même dans le cadre du plan stratégique national actuel (2014 – 2017) et sans accroître l'enveloppe budgétaire de 24 millions de dollars par an : il a été estimé que les Investissements (et la répartition entre les programmes) effectués par le pays au cours de la période couverte par le PSN en vigueur permettraient de réduire de 400 (14,8 %) le nombre de nouvelles infections au VIH et de 100 (4,3 %) les mortalités liées au sida, comparativement à l'année de référence 2013 » (CNLS & Banque Mondiale, 2014).



**Figure 9. Répartition des dépenses par composante.**  
Sources : Rapport de l'évaluation à mi-parcours du PSN 2014-2017, CNLS 2016

Cependant, si ce même budget était reparti de façon plus optimale, le nombre de nouvelles infections évitées passerait en 2017 à 900 (49,3 pour cent) et le nombre de décès liés au sida à 550 (31,0 %) par rapport à 2013. Ceci signifie qu'avec une même enveloppe allouée de façon optimale, le Sénégal pourrait presque atteindre les cibles d'impact de son PSN, soit la réduction 50,0 % des nouvelles infections VIH et faire des progrès considérables vers sa seconde cible d'impact axée sur la réduction de 50,0 % des mortalités liées au sida. Ainsi, une répartition optimale des ressources accorderait la priorité au TARV (pour tous) et aux programmes de prévention hors TARV a l'intention des PS et des HSH.

### 2.2.3. Principales réalisations

#### 2.2.3.1. Prévention au sein de la population générale

Les actions spécifiques de prévention au sein de la population générale ont porté sur la communication pour un changement de comportement. Des actions pour la promotion des comportements sexuels à moindre risque, l'utilisation des préservatifs, la prise en charge des IST et le dépistage du VIH ont été les principaux axes d'intervention. Très peu d'actions ont été initiées à l'endroit de la population générale du fait des options de ciblage des interventions auprès des populations clés au regard de la situation épidémiologique du pays.

Les résultats de l'EDS Continue de 2015 montrant un faible niveau de connaissance en matière de prévention et la non utilisation systématique du préservatif dans les rapports sexuels à risque, pourrait être liés à la baisse des interventions de l'IEC/CCC et le marketing social en direction de la population générale. Parmi les hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, seulement 21,0 % ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant les derniers rapports sexuels. Les hommes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 3,7 partenaires sexuelles au cours de leur vie. Ce nombre moyen témoigne de la pratique courante du multi partenariat.

Les interventions de prévention, ont été plus axées sur l'IEC au détriment de la CCC. La communication interpersonnelle qui est une approche à forte potentialité pour susciter les changements de comportements n'est pas suffisamment utilisée au cours de ces dernières années et cela apparaît à travers les attitudes, les comportements et la persistance des fausses croyances.

C'est pourquoi, le SE/CNLS en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers a mis en place en 2015 un programme national de communication sur le VIH.

La Contribution de la CCC à l'atteinte des 90-90-90 passe nécessairement par des interventions ciblées et de qualité, tout en mettant en avant dans le discours, les avancées thérapeutiques et la classification du VIH comme étant une maladie chronique.

Les principaux défis identifiés sont relatifs à :

- la prise en compte des résultats des différentes études et enquêtes pour la définition des cibles primaires et secondaires et le choix des thèmes de communication,
- la mise en avant des avancées thérapeutiques dans la délivrance du message,
- la sensibilisation avec les déficients auditifs, de communication, intellectuels et mentaux reste un défi à relever,
- l'évaluation des actions de communication pour en mesurer les effets et l'impact.

#### **2.2.3.2. Prévention au sein des populations clés**

Dans le contexte sénégalais, les populations clés sont principalement les Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH), les Professionnels du Sexe (PS), les Consommateurs de Drogues Injectables et récemment les Prisonniers.

Le paquet de services offert aux populations clés est assuré par les organisations de la société civile en complémentarité des actions des services publics de santé, conformément aux orientations du PSN 2014-2017. Le paquet de services auquel les populations clés et leurs clients ont bénéficié est composé de :

- Communication pour le Changement de Comportement (CCC)
- Accès au préservatif et au lubrifiant
- Conseil- dépistage
- Prophylaxie et prise en charge des IST
- Assistance pour l'orientation vers les structures de prise en charge (PEC) en cas de positivité au VIH
- Traitement ARV et PEC psychosociale
- Assistance pour la protection des droits humains et contre les VBG
- Renforcement des capacités et de l'estime de soi
- Réduction des risques pour les CDI.

En tant que bénéficiaire principal de la subvention du Fonds mondial et avec l'appui technique de l'Alliance Internationale, de l'USAID/FHI, et l'ONUFEMME, l'ANCS, en collaboration avec 12 sous bénéficiaires, a mis en œuvre des stratégies et réalisé plusieurs activités en direction des populations clés. Deux organisations communautaires interviennent dans la prise en charge médicale des PVVIH avec dispensation des ARV malgré l'existence des compétences et des infrastructures communautaires adéquates.

Actuellement, l'offre de services aux populations clés est limitée du fait de la méconnaissance de leur taille dans le pays. Seules des études localisées d'estimation sont disponibles. Ainsi, le besoin d'une estimation globale de la taille des populations clés est indispensable. L'estimation nationale est présentée dans le tableau 2 ci-dessous. Elle a été faite par extrapolation sur la base d'une enquête réalisée en 2011 à Dakar.

**Tableau 2. Estimation de la taille des populations clés**

<b>Populations clés</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>HSH</b>	9 900	10 231	10 570
<b>PS</b>	22 033	22 694	23 371
<b>CDI</b>	3 067	3 140	3 214

Le plan stratégique en cours envisage de réaliser une enquête nationale d'estimation de la taille des populations clés dans le but de définir de façon plus précise ces populations pour une meilleure planification des interventions, et une allocation optimale des ressources.

#### **2.2.3.2.1. Hommes Ayant des Rapports sexuels avec des Hommes (HSH)**

On estimait à 1 840 le nombre de HSH actifs à Dakar en 2012, 1 032 HSH à Ziguinchor, 284 HSH à Kolda et 145 à Sédiou en 2015 (PSN 2014-2017 ; Enda Santé, 2016).

Le paquet de services offert aux HSH est fourni au niveau des centres publics de santé (par la DLSI) et communautaire en collaboration avec les médiateurs, la société civile notamment ENDA/Santé, l'ANCS et onze associations de HSH. La prise en charge des HSH est de plus en plus intégrée au niveau du dispositif sanitaire dans toutes les régions. Cependant, l'homosexualité est illégale et réprimée par le code pénal. Ceci engendre de véritables obstacles à l'accès aux services de prévention et de soins de qualité, compromettant par conséquent les droits humains.

Les dernières données nationales relatives à l'utilisation de préservatifs chez les HSH remontent à 2015. Le taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire masculin est de 86,0 % alors que pour les partenaires féminins le taux est de 88,0 %. Cependant, chez les jeunes HSH, on constate entre 2007 et 2014, une régression du taux d'utilisation du préservatif qui est passé de 82,3 % en 2007 à 69,0 % en 2014 (Rapport GAM, 2017).

Concernant le dépistage chez les HSH, le rapport 2016 de l'ANCS montre que seuls 17,6 % ont fait le test et en connaissent le résultat.

#### **2.2.3.2.2. Professionnelles du sexe**

Les interventions ont été développées sur toute l'étendue du territoire national principalement dans les régions dites prioritaires avec l'appui des paires éducatrices. Toutefois, ces interventions ont relativement peu touché les professionnelles du sexe clandestines (PSC) qui peuvent présenter des facteurs de risque très élevés. L'âge inférieur à 21 ans, les préjugés qui entourent l'inscription au fichier sanitaire, conduisent certaines professionnelles du sexe à rester dans la clandestinité et par conséquent, en marge des dispositifs de prévention et de soins.

Il ressort des résultats de l'Enquête Nationale de Surveillance Combinée de 2015 que 26,2 % des PSC âgées de moins de 25 ans ont utilisé le préservatif avec leurs clients contre 52,2 % pour les plus de 25 ans (vs 24,2 % et 63,7 % pour l'ENSC de 2010). Parmi les PSC âgées de moins de 25 ans, on note une stabilité par rapport à l'utilisation du préservatif avec leurs clients, entre 2010 et 2015 avec successivement 86,1 % et 86,2 % (ENSC 2015).

Pour les Professionnelles du Sexe Officiel (PSO) âgées de moins de 25 ans, on note que l'utilisation du préservatif avec leurs clients était systématique en 2010 et reste presque systématique en 2015 (99,0 %). La même tendance était maintenue chez les PSO âgées de 25 ans et plus où l'utilisation du préservatif était quasi systématique durant la période 2010-2015 avec successivement 99,3 % et 98,0 %.

Le taux d'utilisation du préservatif chez les PSO témoigne de l'efficacité des activités de prévention combinée menées par les organisations de la société civile avec l'appui des pairs éducatrices. Concernant le dépistage, le rapport 2016 de l'ANCS montre un taux très faible de 4,7 %. Ce faible taux, en contradiction avec les données d'enquête, pourrait être dû à la qualité des données de rapportage et aussi un faible accès aux services généraux de santé.

Lors des entretiens et des focus group, les professionnelles du sexe ont évoqué des difficultés majeures d'accès aux services de prévention et de traitement :

- la stigmatisation en milieu de soin,
- l'accessibilité du lubrifiant,
- la non gratuité de certains médicaments contre les IST,
- la non gratuité des bilans.

### **2.2.3.2.3. Consommateurs de drogue Injectables (CDI)**

En raison des résultats préoccupants de l'enquête de 2011, les consommateurs de drogues injectables ont été considérés comme population clé dans le PSN 2014-2017. Ainsi, un programme de réduction des risques a été retenu et mis en œuvre par des acteurs du secteur public et de la société civile. Il s'agit principalement pour le secteur public du CNLS, de la DLSI, du Centre Régional de Recherche et de Formation du CHNU de Fann (CRCF) et du Centre de Prise en Charge Intégrée des Addiction de Dakar (CEPIAD). Au rang des structures de la société civile figurent l'ANCS, et le centre Jacques Chirac.

Premier centre consacré aux addictions en Afrique de l'Ouest, le CEPIAD a démarré les traitements de substitution aux opiacés par la méthadone le premier trimestre 2015.

En fin décembre 2016, le nombre de CDI inclus dans le programme méthadone était de 178 parmi lesquels on compte 26 arrêts pour diverses raisons. L'administration de la méthadone est assurée par la pharmacie du CEPIAD sous la supervision du pharmacien en chef du CHUF. Les doses prescrites varient entre 10-140ml/jour selon l'évaluation addictologique.

Les activités d'Outreach réalisées en 2015 dans 04 zones de Dakar (Grand-Dakar, Médina, Ouakam et Pikine) ont permis de distribuer des préservatifs, des seringues et d'autres matériels d'injection (tampons alcoolisés, cupules, etc.).

La coordination des activités du CEPIAD se fait à travers un comité de pilotage pluridisciplinaire présidé par le CNLS.

### **2.2.4. Prévention de la Transmission Mère Enfant**

La prévention de la transmission de la mère à l'enfant repose sur quatre piliers selon l'OMS :

- la prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer et leurs partenaires,
- la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives au VIH,
- la prévention de la transmission du VIH des femmes infectées à leurs bébés avec adoption de l'option B+ et,
- l'offre d'un traitement, de soins et de soutien appropriés aux mères séropositives, à leurs enfants et à leurs familles.

Suite à l'élaboration du plan national d'élimination de la transmission mère enfant du VIH, les quatorze (14) régions du Sénégal ont mis en œuvre ce dernier. Ainsi, l'accès aux services PTME a fait l'objet d'une extension importante jusqu'au niveau des postes de santé offrant ainsi des services de PTME comme le dépistage du VIH en CPN et le traitement. Selon les données de la DLSI, en 2017 sur 1351 postes de santé, 577 offrent des services de PTME soit une proportion de 43,0 %. Les régions de Thiès, Kédougou et Fatick ont décentralisé totalement la PTME avec le paquet de services depuis le counseling dépistage VIH jusqu'au diagnostic précoce des enfants, en passant par la PEC, par les ARV du couple mère-enfant dans tous les postes de santé dans le cadre de la mise en œuvre de la délégation des tâches. Ainsi, le personnel paramédical des centres de santé (sages-femmes infirmiers) et les Infirmiers Chefs de Poste et sages-femmes des Postes de Santé sont autorisés à prendre en charge le couple mère enfant dans le cadre de l'eTME.

---

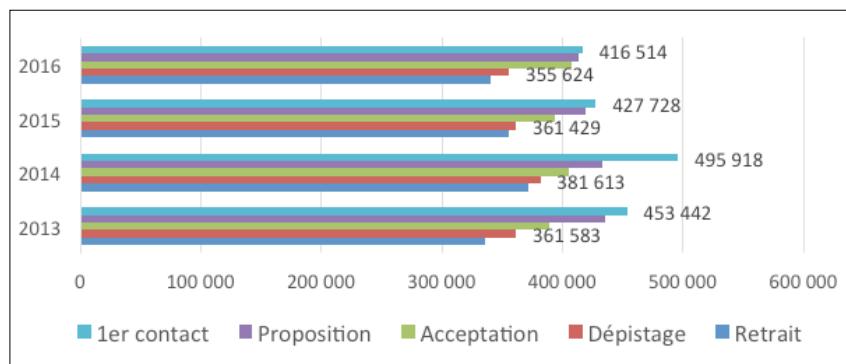
*Enquête de 2011 estimant la population de Consommateurs de Drogues Injectables (CDI) ainsi que la prévalence et les pratiques à risques VIH, VHB et VHC dans la région de Dakar*

### **Analyse des principales réalisations de l'eTME**

L'analyse du « **Dépistage au cours de la CPN** » montre qu'en 2016, sur 567 144 grossesses attendues, le test de dépistage a été réalisé sur 355 624 femmes enceintes soit 67,3 %. Parmi les naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, environ les trois-quarts (76,0 %) se sont déroulés dans un établissement de santé.

Parmi les naissances de femmes qui n'ont reçu aucun soin prénatal, 88,0 % se sont déroulées à la maison contre 12,0 % parmi celles dont la mère avait effectué au moins les quatre visites recommandées. Cette situation doit pousser à développer des stratégies communautaires pour l'élimination de la transmission mère enfant.

L'analyse des données de routine de la PTME de 2016 montre que parmi les femmes enceintes VIH+, 37,0 % étaient déjà sous trithérapie ARV avant leur Grossesse avec des régions qui ont atteint plus de 50,0 %. Il s'agit de Louga (78,0 %) ; Fatick (68,0 %) et Diourbel (54,0 %). Les données qualitatives ont mis en évidence des facteurs contribuant au désir de grossesse parmi les femmes enceintes sous traitement antirétroviral (TAR), notamment les avancées thérapeutiques. L'analyse opérationnelle de la mise en œuvre de la PTME est résumée dans la figure 10 ci-dessous.



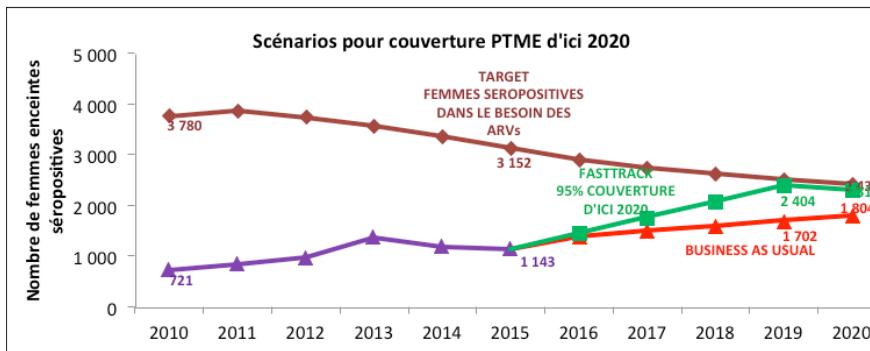
**Figure 10. Cascade de la PTME, selon l'année.**

Sources : Données de routines, USER -SE/CN LS

En 2015 parmi les femmes vues en CPN, 88,0 % ont été dépistées. Certaines régions comme Diourbel (61,0 %) et Dakar (64,0 %) sont encore loin de la systématisation du dépistage des femmes enceintes. Entre 2014 et 2015, le programme a manqué une opportunité de dépister près de 179.000 femmes enceintes comme le montre la figure 10.

Concernant « la mise sous ARV des femmes enceintes séropositives », conformément aux recommandations nationales, les femmes séropositives sont actuellement mises sous TAR à vie dès que le diagnostic de grossesse est posé (Option B+). Avec l'adoption de la délégation des tâches, les sages-femmes sont autorisées à prendre en charge les femmes enceintes séropositives et leurs nourrissons. C'est ainsi que le taux de mise sous traitement antirétroviral des femmes enceintes a augmenté passant de 52,0 % en 2015 à 55,0 % (Spectrum, 2016).

Les principales raisons qui ont entravé l'atteinte des cibles de la PTME sont, entre autres, les ruptures fréquentes des TDR et la non application des directives nationales par les prestataires, notamment la systématisation de la proposition de test à toutes les femmes en CPN.

**Figure 11. Scénarios pour la couverture PTME d'ici 2020.**Source : *Éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant : ce qui reste à investir, 2015*

En 2016, 11 femmes enceintes séropositives sur 100 nouvellement diagnostiquées n'avaient pas bénéficié d'un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant. Seuls, 28,0 % des enfants nés de mère séropositives ont bénéficié de la prophylaxie aux ARV.

Le recrutement des enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié du diagnostic précoce a connu certes une augmentation passant de 24,0 % en 2015 contre 30,0 % en 2016, mais nous sommes encore loin des objectifs d'eTME. Cependant, l'augmentation de la couverture en ARV des femmes séropositives permettra de réduire les gaps comme le montre la figure 11.

L'allaitement maternel protégé était pratiqué par 80,6 % des mères, l'allaitement maternel exclusif (AME) par 17,4 %, l'alimentation artificielle 6,6 % et l'alimentation mixte 1,6 %. L'alimentation mixte est formellement proscrite car pouvant favoriser le risque de transmission postnatale.

Concernant le **diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositive**, en 2016, 39,6 % des enfants ont effectué le test entre 4 et 8 semaines, selon les rapports annuels concernant le diagnostic précoce par DBS, représentant une régression de 0,4 % par rapport à la situation de 2015. Ces résultats contrastent avec la bonne couverture vaccinale qui était de 74,0 % en 2015. En effet, les contacts pour vaccination n'ont pas été capitalisés pour les prélèvements sur DBS. Selon le rapport de l'évaluation de la TME de 2015, 77,8 % des enfants nés de mères séropositives avaient bénéficié d'une PCR1.

Cependant, on note une décroissance dans la réalisation des PCR entre la PCR1 et la PCR3 conformément à l'algorithme pour le diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositives. Cette décroissance est due, d'une part, à des pertes de prélèvements jugés non conformes faute de documentation (fiche de transmission et transfert), et d'autre part, à une rupture de papier buvard. Cette diminution importante de la réalisation des PCR2 et PCR3 a été également retrouvée dans le bilan annuel du diagnostic précoce par DBS en 2016. L'absence de circuit formel pour l'acheminement des DBS semble également être un écueil pour l'atteinte des objectifs en ce qui concerne le diagnostic précoce. Il ressort également de l'analyse des différents rapports que la diminution des performances est liée, en partie, à l'arrêt des supervisions des activités relatives au diagnostic précoce.

Concernant la **sérologie à 14 mois**, en 2015 sur 1571 enfants nés de mère séropositive, 1452 ont bénéficié d'une sérologie avec 1366 négatifs, 52 positifs et 28 indéterminés. Parmi les 52 enfants positifs 40 étaient sous AMP, 12 sous AME, 2 sous-alimentations mixtes et 4 sous-alimentations artificielles. Le taux de transmission était évalué à 3,4 % en 2015 (enquête TME 2015).

**Tableau 3. Résultats de la PTME en 2016**

Indicateurs	Résultats atteints 2014	Résultats atteints 2015	Résultats atteints 2016	Résultats attendus 2016	Performance 2016(%)
Pourcentage de nourrissons nés de mères séro-positives qui sont porteurs du VIH	4,3 (2010)	3,1 (2014)	NA	NA	NA
Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage au VIH et qui ont reçu leurs résultats	381 613	361 429	355 624	411 427	86,4
Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des ARV pour réduire la transmission de la mère à l'enfant	1 122	1 352	1 353	1 508	89,7
Nombre d'enfants nés de femmes séropositives recevant un test virologique dans les 2 mois qui suivent leur naissance	411	355	696	1 508	46,0
Nombre d'enfants nés de femmes séropositives bénéficiant d'une prophylaxie par les ARV pour la réduction de la TME	703	589	688	1 508	45,6

Sources : Rapport CNLS 2016

## 2.2.5. Prise en charge des IST

Au Sénégal, la prise en charge des IST est intégrée dans les Soins de Santé Primaires pour la population générale. Le diagnostic se fait par l'approche syndromique de prise en charge des IST mise en œuvre dans les structures de santé publiques et parapubliques. Le dépistage sérologique de la syphilis est incorporé dans les services de Santé de la Reproduction et, les laboratoires de référence aux niveaux national et régional appliquent le diagnostic étiologique. La couverture du dépistage sérologique de la syphilis a été améliorée par la disponibilité de tests rapides au niveau de plus de 100 postes de santé. A ceux-là s'ajoutent les hôpitaux, les centres de santé, les CMG et certaines structures du privé.

## 2.2.6. Transfusion et sécurité sanguine

Au Sénégal, le centre national de transfusion sanguine, chargé de la promotion de la sécurité transfusionnelle, a mis en place des antennes permettant une large couverture nationale.

Toutes les poches de sang ont été testées pour les 4 marqueurs : Ag HBs, HCV, VIH et syphilis et représentent 100,0 % de poches de sang soumis à un dépistage de qualité selon les normes pour valider la qualification biologique.

Entre 2014, 2015 et 2016, la prévalence du VIH chez les donneurs de sang est restée stable à 0,2 %. Le CNTS est confronté aux enjeux et défis suivants (i) la pérennisation du financement de l'achat des réactifs pour la sécurité transfusionnelle, aujourd'hui assuré par le Fonds Mondial (ii) l'insuffisance du personnel qualifié pour la gestion des structures de transfusion sanguine (iii) le déficit d'infrastructures adaptées aux activités de banque de sang (v) les mauvaises conditions d'utilisation des produits sanguins dans les services cliniques.

## 2.2.7. Dépistage et prise en charge du VIH

### 2.2.7.1. Dépistage

La Loi n°2010-03 du 9 avril 2010 relative au VIH/sida fixe les conditions de dépistage du VIH au Sénégal. En dehors du dépistage obligatoire après don de sang et ses dérivés, de tissus ou d'organes, la stratégie actuelle repose sur le dépistage individuel volontaire à l'initiative de toute personne souhaitant connaître son statut sérologique vis-à-vis du VIH, dans le cadre ou non d'une situation d'exposition à un risque.

En 2016, on dénombre 1619 structures offrant les services de dépistage avec une augmentation d'une année à une autre couvrant 100, 0 % des Centres de Santé, des hôpitaux, des Centres de Dépistage Volontaire et Anonyme (CDVA), des Centres Conseil Adolescents (CCA) et des Etablissements Publics de Santé (EPS) et 82,4 % pour les Postes de santé. Ce dispositif est renforcé par 3 unités mobiles de dépistage.

Ce dépistage offert de façon anonyme et gratuite n'attire pas toujours les personnes les plus à risque notamment certaines populations clés du fait, entre autres, de risque (perçues ou vécues) de stigmatisation et de la discrimination en milieu de soins. Le dépistage ciblé à l'endroit des femmes enceintes en CPN avoisine les 80,0 % annuellement mais celui des femmes enceintes attendues est de l'ordre de 61,0 % en 2015. Quant aux partenaires des femmes enceintes, l'absence de données ne permet pas d'apprécier les performances. Par ailleurs, l'application des recommandations de l'OMS pour l'aide à la notification du partenaire des personnes vivant avec le VIH pourrait changer la donne.

Concernant le dépistage à l'initiative du prestataire et du soignant, il est rarement utilisé. Il est cependant constaté que même pour les patients dont le risque est avéré, comme ceux venant pour IST, la proposition du dépistage sur le VIH n'est pas systématique. Le dépistage à l'initiative du soignant ou du prestataire devra être développé, et systématisé pour certains groupes (patients ayant des signes et symptômes, ayant une tuberculose, une IST, femmes enceintes, populations clés).

En 2016, 9005 personnes ont été dépistées séropositives soit un taux de séropositivité de 1,5 % comme le montre le tableau 4.

Ce taux de positivité démontre les efforts de ciblage que le programme est en train de réaliser pour le dépistage à l'endroit des populations clés, groupes vulnérables et dans les zones à forts prévalence. Ces résultats pourraient être légèrement surestimés à cause des doublons du fait que certains patients n'acceptent pas au premier test leur statut.

De même, en 2015, 37,8 % des nouveaux patients enrôlés dans les sites et qui ont bénéficié de test CD4, ont eu un résultat inférieur à 200 CD4/mL, attestant d'un diagnostic tardif de l'infection par le VIH. Une épidémie non repérée précocement avec un diagnostic trop tardif de l'infection empêche l'effet protecteur du traitement sur la transmission.

**Tableau 4. Evolution annuelle du dépistage et taux de positivité**

Années	Nombre de personnes dépistées au VIH par an	Nombre de personnes dépistées positives par année	Taux de positivité en %
2013	750 233	6 194	0,83
2014	831 603	8 707	1,05
2015	750 466	5 809	0,77
2016	611 175	9 005	1,47

Sources : Données de routines, USER -SE/CNLS

L'analyse des populations dépistées et ayant retiré leurs résultats montre que plus de la moitié est représentée par les femmes enceintes soit 57,8 % ; 33,3 % viennent de la population générale et les populations clés les plus exposées. Les jeunes représentent le tiers de la population générale qui connaît leur statut sérologique en 2016. Le dépistage lors des dons de sang et chez les tuberculeux ont augmenté de 8,0 % et 1,7 % respectivement.

Sur un potentiel de 41 000 PVVIH estimées par le Spectrum, 28 311 PVVIH ont été diagnostiquées en 2016; ce qui laisse un gap de 21,0 % par rapport à l'atteinte du 1er 90 soit 12 689 PVVIH qui ignorent leurs statuts sérologiques. Toutefois si les performances de 2016 sont maintenues en termes de PVVIH nouvellement diagnostiquées (9 005 PVVIH) les années à venir, le Sénégal pourrait atteindre le premier 90. Ce nombre de PVVIH nouvellement diagnostiquées pourraient ce pendant cacher des doublons avec les personnes qui se dépistent plusieurs fois.

#### **2.2.7.2. Prise en charge du VIH**

##### **2.2.7.2.1. Traitement**

En 2016, la prise en charge des PVVIH adultes et enfants reste effective dans la quasi-totalité des hôpitaux et centres de santé publiques avec une couverture de 86,4 % des hôpitaux et 90,0 % des centres de santé pour les adultes contre respectivement 80,0 % et 85,0 % pour les enfants.

Le Sénégal est passé de 13 sites de PEC de PVVIH adultes en 2004 à 123 sites principaux et 118 sites secondaires (postes de santé) en 2016 et de 3 à 106 sites de PEC pour les enfants.

En 2013, les autorités sénégalaises se sont engagées dans la stratégie « tester, traiter et retenir » et l'ont dénommée TATARSEN avec comme finalité de relever le défi de l'élimination de l'épidémie VIH à l'horizon 2030. La faisabilité et la capacité des structures sanitaires à la mettre en œuvre sont en train d'être testées dans les régions sud, les plus affectées par le VIH.



En 2016, 21 708 PVVIH sont régulièrement suivies dont 21 157 sous traitement ARV avec une prise en charge pédiatrique qui demeure toujours faible. En effet, sur la file active, 1 279 enfants ont moins de 15 ans parmi lesquels 1 214 sont sous ARV.

Le nombre de PVVIH nouvellement enregistré dans la PEC en 2016 est de 5 740. Celles qui ont démarré un traitement ARV durant la même année s'élèvent à 5 541 soit un taux de prise en charge ARV des nouveaux dépistés de 96,0 %. Selon la région, le 1/3 des patients sont suivis à Dakar suivis par les régions de Ziguinchor (11,6%), Thiès (7,6 %), Kolda (7,4 %) et Kaolack (6,7 %).

L'analyse par région montre que les files actives globales et files actives sous ARV n'ont pas de différence importante pour toutes les régions. Cependant, pour les régions sud, pilotes du TATARSEN, les nouveaux patients enregistrés dans la PEC en 2016 sont superposables aux nouveaux patients mis sous ARV à la même année.

S'agissant de la répartition des malades par protocole, le tableau 5 ci-dessous permet de constater que 95,7 % des malades sont sur la 1ère ; 4,2 % sur la 2ème ligne ; 0,1 % sur la 3ème ligne.

**Tableau 5. Répartition (%) des patients suivant les lignes thérapeutiques**

Lignes thérapeutiques	%
Première ligne	95,7
Deuxième ligne	4,2
Troisième ligne	0,1
Total	100,0

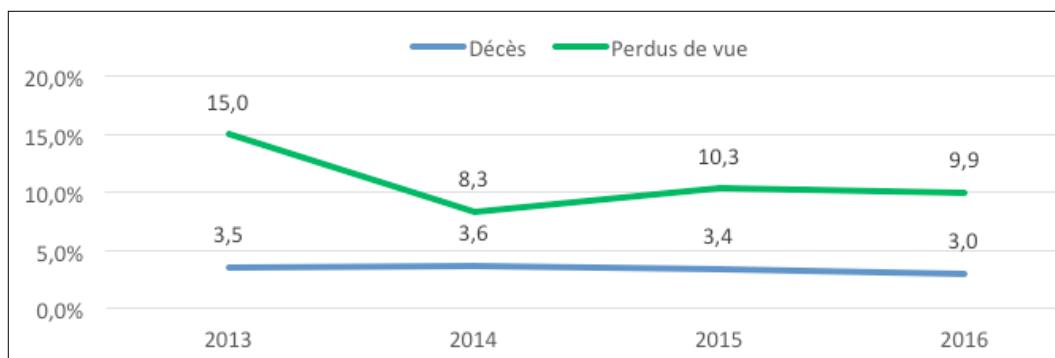
Sources : Données de routines, USER -SE/CNLS

Le taux de décès a légèrement baissé allant de 3,4 % en 2015 à 3,0 % 2016.

Le taux de PDV passe de 10,3 % à 9,9 % comme le montre la figure 17.

La rétention à 12 mois des patients sous ARV était globalement en 2016 de 75,7 %, de 81,6 % chez les enfants est de 75,3 % chez les adultes.

Les rétentions à 24, 36 et 60 mois étaient respectivement de 65,4 %, 58,8 % et 55,4 %.



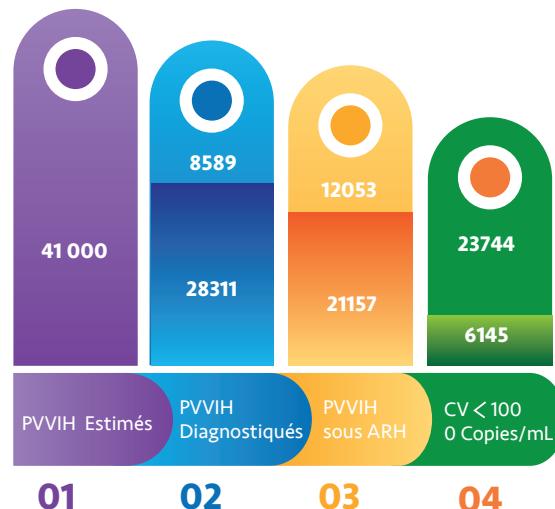
**Figure 12. Evolution (%) des décès et perdus de vue de 2013 à 2016**

Sources : Evaluation du taux de survie, USER 2016

Les taux de perdus reste très élevés dans certaines régions, notamment à Kédougou (23,6 %), Kolda (22,0 %), Tambacounda (17,7 %), Kaffrine (15,5 %) et Thiès (11,0 %). Une étude sur les déterminants des PDV s'avère indispensable pour une prise en charge de qualité des PVVIH.

#### **2.2.7.2.2 Traitement anti- rétroviral pédiatrique**

La prise en charge des enfants est moins développée que celle des adultes même si elle a progressé. Sur 1279 enfants infectés dans la file active, 1214 étaient effectivement sous ARV et si on estime à 4800, le nombre d'enfants infectés au VIH. Un déficit de dépistage de l'infection pédiatrique est noté. Un nombre non négligeable d'enfants infectés de plus de 5-6 ans vivent dans la communauté et ne sont dépistés que tardivement avec un taux de décès élevé (*EnPRISE* en 2015).



**Figure 13. Cascade des soins en 2016.**  
Sources : Evaluation du taux de survie, USER 2016

L'analyse de la file active pédiatrique montre que 94,9 % des enfants dépistés en 2016 ont été traités par les ARV. Cependant, la stratégie de traitement pour tous nous ramène à comparer ceux qui reçoivent les soins par rapport à ceux qui devraient connaître leur statut VIH+. En conclusion, 7 enfants vivant avec le VIH sur 10 ne sont pas encore diagnostiqués et donc pas traités

Il a été noté une légère augmentation de la file active d'EVVIH avec ou sans TARV de 1 243 en 2015 à 1 279 en 2016. La file active sous ARV est passée de 1 183 à 1 214 pour la même période. Les résultats de l'évaluation de la prise en charge décentralisée des enfants infectés par le VIH suivi hors de Dakar réalisée dans le cadre du Projet *EnPRISE* en 2015 et portant sur près de 55,0 % (666/1214) des enfants montrent que :

- 64 % des enfants étaient en échec virologique,
- 86 % des enfants en échec virologique présentaient des résistances virales,
- les échecs virologiques étaient associés à différents facteurs, notamment les interruptions prolongées de traitement.

L'analyse de ces résultats suggère la nécessité d'un renforcement de l'observance et d'un passage aux ARV de deuxième ligne. Aussi, les résultats de cette évaluation de la prise en charge décentralisée des enfants infectés par le VIH montrent que :

- La majorité des structures de santé suivent moins de 20 enfants,
- 30,0 % des enfants souffrent de malnutrition modérée ou sévère,
- Seuls 2,0 % des enfants avaient bénéficié d'une mesure de la charge virale depuis le diagnostic de leur infection,

- 57,0 % des familles dans lesquelles il y a un enfant VIH+ n'ont pas fait dépister l'ensemble de la fratrie,
- Seuls 8,8 % des enfants, pour qui cette donnée était disponible (513) ont bénéficié de la PTME,
- Seuls 14,0 % des enfants âgés de plus de 8 ans sont informés de leur statut.

Ces résultats montrent :

- les limites actuelles de la PTME,
- la faiblesse du suivi virologique des enfants,
- la faiblesse du dépistage de la fratrie,
- l'absence d'annonce de la séropositivité chez les enfants et,
- l'annonce tardive chez les adolescents.

Concernant **la prophylaxie au Cotrimoxazole**, 57,5 % des enfants nés de mères séropositives pour le VIH, ont reçu une prophylaxie en 2016, avec une grande disparité selon les régions (enquête TME 2015). En effet, à Dakar on note une proportion de 88,3 % d'enfants sous Cotrimoxazole contre 12,5 % à Tambacounda. Seuls 40,0 % des enfants nés de femmes séropositives commencent une prophylaxie par le Cotrimoxazole dans les deux mois qui suivent la naissance, ce qui correspond à un gap de 40,0 % par rapport aux objectifs du programme de PTME. Une plus grande sensibilisation devrait être menée chez les prestataires pour l'administration du Cotrimoxazole aux enfants nés de mères séropositives.

#### **2.2.7.2.3. Prise en charge communautaire des PVVIH**

L'implication des organisations de la société civile et des PVVIH a été d'un apport inestimable à la réponse nationale. La cartographie des interventions a montré leur présence dans toutes les composantes de la lutte et dans toutes les régions du pays même si par ailleurs certains domaines sont peu exploités au regard de leurs potentiels. Au rang des structures figurent Enda Santé, le réseau des acteurs de développement (RESAD), l'association clinique conseil/SIDA à Tambacounda et du réseau OASIS/RNP+ ainsi que de l'Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS). A nos jours, le Sénégal compte 46 associations de PVVIH réparties dans les 14 régions.

Sous la coordination de l'ANCS récipiendaire principal du FM pour la Société Civile, la PEC communautaire est déroulée spécifiquement par quatre organisations Sous Récipiendaires notamment : HACI (Initiative pour l'espoir des enfants africains), le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA), Synergie pour l'enfance (SPE) et Santé Service et Développement (SSD). Ces organisations assurent l'accompagnement médical, thérapeutique et biomédical, la promotion et l'offre du service de CDVA, la contribution aux frais médicaux et de Prise en charge médico-sociale (paiement de frais de consultations, d'analyses et de bilans médicaux, l'achat d'ordonnances, les frais d'hospitalisation et de soins spécifiques, etc.) au profit des adultes PVVIH et OEV, en s'appuyant sur des associations de PVVIH exécutant les activités à la base.

A ces activités s'ajoutent, l'appui nutritionnel (repas communautaire, kits alimentaires, éducation nutritionnelle) et l'accompagnement soutien par les pairs, avec notamment les groupes de parole, les visites à domicile, les recherches de perdus de vue, les clubs d'observance, etc.

Par ailleurs, les communautaires s'activent dans l'accompagnement, l'appui et l'offre de services de soins palliatifs à domicile et dans les structures de santé. Cette activité est mise en œuvre par des bénévoles communautaires (médiateurs psychosociaux, religieux etc.).

L'apport du système communautaire dans la prise en charge de l'enfant centrée sur la famille. Il s'agit d'une approche de soins et de soutien globaux utilisant la famille ou son substitut comme cadre fonctionnel de l'organisation des différentes interventions. Elle s'appuie sur la promotion des ressources de la famille utilisées comme levier de la prise en charge de ses différents membres sous l'impulsion du soutien extérieur. Elle est aussi une réponse à la carte aux besoins de chaque famille considérée.

#### **2.2.7.2.4. Prise en charge psychosociale**

La prise en charge psychosociale est un élément central de la prise en charge globale de l'infection à VIH. Basée sur l'écoute et le conseil personnalisé, la prise en charge psychosociale apporte un accompagnement et de l'aide morale aux personnes vivant avec le VIH.

Pour l'amélioration de l'offre de services d'assistance juridique en faveur des PVVIH et populations clés, des actions encourageantes sont menées par des associations en partenariat avec l'USAID/FHI 360 pour venir en aide aux personnes qui en expriment le besoin. Il s'agit : a) La mise en place de l'observatoire genre, VIH et droits humains, b) La mise en place des boutiques de droit en collaboration avec l'ANCS et l'association des jeunes juristes du Sénégal.

#### **2.2.7.2.5. Prise en charge VIH/TB**

En 2016, sur 13 116 cas de tuberculose diagnostiqués, 11 227 ont été testés au VIH soit 86,0 % de taux de dépistage. Ce taux a évolué positivement de 80,0 % en 2015 à 86,0 % en 2016 pour un objectif de 90,0 %. Des efforts considérables ont été consentis par les acteurs pour arriver à ce résultat qui cependant doit être amélioré.

Le nombre total de Co-infectés TB/VIH était de 727 cas en 2016, ce qui représente 6,0 % de l'ensemble des tuberculeux dépistés au VIH. La mise sous TAR des patients Co-infectés TB/VIH est passée de 85,0 % en 2014 à 98,0 % en 2016. Pour cet indicateur l'objectif de 95,0 % a été atteint et dépassé.

#### **2.2.7.2.6. Laboratoire**

Le défi de l'élimination du VIH nécessite dès lors le renforcement du dispositif de laboratoire de façon à accroître l'accès aux services de dépistage et de suivi biologique des PVVIH, à quelques niveaux que ce soit de la pyramide sanitaire. Les activités de laboratoire que sont le dépistage et la réalisation de la charge virale sont un élément central du dispositif pour l'atteinte des « 90-90-90 ». Les activités de dépistage de l'infection à VIH au Sénégal sont aujourd'hui réalisées jusqu'au niveau des postes de santé, alors que les autres structures de santé (Centre de Santé, Hôpital régional) effectuent, en plus des activités de dépistage sérologique, le bilan hémato-biochimique, le suivi immunologique par la numération des lymphocytes TCD4 et la réalisation des prélèvements sur papier buvard pour le diagnostic précoce chez l'enfant.

Avec la politique de décentralisation de la charge virale qui a débuté de façon graduelle en 2012 au Sénégal, le suivi virologique est également plus accessible aux populations avec l'installation des plateformes dans 8 hôpitaux régionaux (Thiès, Touba, Kaolack, Kolda, Tambacounda, Richard Toll, Ziguinchor, Sédiou). De plus, il est prévu d'ici la fin de l'année 2017 d'en installer 3 à 4 autres dans les hôpitaux régionaux de Fatick, Matam ou Ourrossogui, Louga et dans la banlieue de Dakar.

A côté de ces activités spécifiques au VIH, il faut aussi prendre en compte les autres activités du laboratoire jouant un rôle important pour une prise en charge optimale de l'infection à VIH. Elles peuvent, pour la plupart, être intégrées dans plusieurs autres programmes. Ces activités de laboratoire concernent :

- le diagnostic étiologique des infections sexuellement transmissibles (IST),
- le diagnostic de la tuberculose,
- le diagnostic des hépatites,
- le bilan hématobiochimique.

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

Le LBV est le premier laboratoire de santé public accrédité depuis 2009 pour le génotypage de résistance et en 2015 pour les activités de sérologie VIH, de comptage des LTCD4, du diagnostic néonatal par PCR et la charge virale VIH-1. Cependant, avec l'ouverture de l'IRESSEF, ce laboratoire a connu un départ de personnel non étatiques et a donc besoin d'un renforcement en personnel, en équipement (congélateur -80°C, réfrigérateur 2-8°C, automate de numération des CD4), et en fonctionnement pour maintenir son accréditation valable pour 5 ans.

Il faut noter aussi de réelles insuffisances des documents de laboratoire actualisés, de système informatisé pour la gestion des données. On y note aussi la présence d'anciens équipements non utilisés comme le Dynabeads pour le dosage des taux de CD4 et des équipements en panne sans contrats de maintenance (spectrophotomètre, appareil de numération des LTCD4). Beaucoup de problèmes notés, entre autres, les pratiques de laboratoires ne sont pas standardisées, les ruptures en intrants sont fréquentes et les données sont parcellaires et peuvent ne pas refléter la réalité, à l'exception de la tuberculose pour laquelle une bonne couverture en matière de diagnostic standardisé existe dans le pays.

#### **2.2.7.2.7. Gestion des approvisionnements en médicaments et réactifs**

La gestion des intrants pharmaceutiques du VIH/Sida est assurée par le SE/CNLS à travers les subventions reçues du Fonds Mondial et par la DLSI sur la contrepartie de l'Etat du Sénégal. Le système d'approvisionnement et de distribution s'articule autour de la PNA avec ses 11 PRA fixes, renforcée d'une logistique roulante appelée PRA mobile au niveau des trois régions. La mise en œuvre du PSN 2014-2017 a été ponctuée de ruptures ou tension de façon récurrente.

#### **2.2.8. Genre et droits humains**

Le Sénégal a ratifié la quasi-totalité des instruments juridiques internationaux en matière de droits de l'homme. Ce qui témoigne de l'engagement et de la volonté politique des pouvoirs publics de protéger et de promouvoir les droits humains.

La constitution sénégalaise et les textes réglementaires qui organisent les structures de santé du Sénégal définissent un cadre d'interventions du VIH dont les bases sont l'éthique et la déontologie des intervenants médicaux et sociaux. En effet, le Sénégal dispose d'un arsenal législatif et juridique conséquent qui protège les droits humains en garantissant notamment, des soins sans discrimination, avec une prise en charge de qualité. Une loi VIH portant protection des personnes vivant avec le VIH/sida a été votée depuis 2010.

Malgré le dispositif législatif et juridique, des cas de stigmatisation et de discrimination continuent à être signalés aussi bien dans les familles qu'en milieu de soins. La féminisation de l'épidémie montre que la lutte contre le VIH n'est pas seulement un combat contre la maladie mais aussi contre les inégalités liées au genre et les violations des droits humains, du fait de la vulnérabilité accrue des femmes au VIH.

En 2015 des actions encourageantes ont été menées, par des associations en partenariat avec l'USAID/FHI 360, dans le but d'améliorer l'offre de services d'assistance juridique en faveur des PVVIH et populations clés notamment, par la mise en place de l'observatoire genre, VIH et droits humains et des boutiques de droit en collaboration avec l'ANCS et l'association des jeunes juristes du Sénégal. Ces boutiques de droits mis en place dans les régions du sud ont permis l'intégration dans le paquet de services de 80,0 % des districts, le genre et les droits humains.

Au bilan, en 2015 les résultats suivants ont été atteints : 54 personnes ont été prises en charge, 424 personnes sont touchées par les journées d'échanges et de plaidoyer pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation (y inclus le contenu de la loi) ; 21 comités de veilles ont été mis en place dont 06 ont été installés par arrêté préfectoral pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale des PVVIH dans 08 régions d'intervention de FHI/360; 498 leaders et membres d'associations (PVVIH, Religieux et MSM) ont bénéficié d'un support technique (domaine médical, gestion programme, stratégies communication, plaidoyer, estime de soi etc.) incluant les formations ; 361 leaders PVVIH sont touchés dont 81 formés.

### **2.2.9. Recherche sur le VIH**

Le Sénégal, à travers sa longue expérience dans la recherche fondamentale et appliquée dans la lutte contre le sida a mis en place un partenariat varié dans le domaine de la recherche sur le VIH. Les recherches sur le VIH ont été menées en collaboration avec le Comité Ethique de la Division Recherche du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, par le Laboratoire de Bactériologie Virologie (LBV), le Centre Régional de Recherche et de Formation sur la Prise en charge Clinique (CRCF), l'ISED, l'IRD, les Universités de Dakar et des régions. Par ailleurs, de nombreuses recherches sur le VIH sont menées par des experts issus de diverses structures non spécialisées du Gouvernement ou de la Société Civile : CNLS, Division de Lutte contre le Sida, Enda Santé, l'ANCS, CTA, RNP+.

Au cours de ces dernières années, les principaux résultats de la recherche ont permis d'orienter les priorités des différents plans stratégiques de lutte contre le sida et d'améliorer les stratégies de prévention et de prise en charge du VIH.

Pour l'atteinte des cibles 90 90 90, il serait important de mener des études sur les domaines

- du dépistage des personnes vivants avec le VIH
- de la mise sous ARV des personnes vivant avec le VIH
- de la rétention des PVVIH
- de la suppression virale des personnes sous traitement entre autres.

Investir dans la recherche opérationnelle contribuera à une meilleure identification des lacunes et à la définition de solutions adaptées au contexte.

Cependant, la recherche est confrontée à certaines contraintes notamment le faible niveau de financement et l'absence d'un plan national de la recherche sur le VIH/sida qui permettra de développer des synergies avec les différents acteurs et d'optimiser les ressources.

L'analyse de la situation en rapport avec les performances du programme ont permis d'identifier pour les cinq prochaines années les priorités de recherche suivants pour accompagner le programme:

- Estimation de la taille des populations clés
- Analyse des déterminants des perdus de vue
- Etude des barrières à l'implication du partenaire masculin de la femme enceinte aux services de PTME
- Tester des nouvelles approches de dépistage VIH pour les populations clés et la population générale (auto test, dépistage familial)
- Analyser et évaluer les approches de prévention et d'accompagnement des populations clés
- Suivre l'évolution bioclinique et sociale, ainsi que la survie à long terme des PVVIH sous ARV et les effets du vieillissement
- Analyser l'impact des interventions de prévention et de prise en charge du VIH sur la mortalité, la morbidité et la prévalence du VIH
- Mesurer l'évolution de la résistance aux ARV chez les enfants et les adultes
- Analyser et évaluer l'impact des interventions pour prévenir et prendre en charge les échecs thérapeutiques chez les enfants sous ARV

- Analyser et évaluer des modèles de délégation des tâches pour la PEC des PvVIH au niveau décentralisé
- Analyser les effets de l'évolution des dispositifs de gouvernance du VIH à tous les niveaux du système de santé
- Tester et analyser des modèles pour l'accès des populations clés à un système d'assurance sanitaire public (CMU) ou privé
- Analyse de la pérennisation des mécanismes de financement de la lutte contre le sida (gratuité, financement domestique)
- Co-infection VIH/hépatite
- Analyse des effets des interventions pour la promotion d'un environnement juridique, social et économique respectueux des droits humains
- Tester et analyser l'impact des stratégies de prévention et de prise en charge du VIH en référence aux 3X90 pour accélérer la fin du sida au Sénégal.

### **2.2.10. Suivi évaluation**

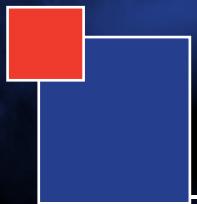
Depuis plus d'une décennie, le Sénégal a développé un système de suivi et d'évaluation national basé sur les standards internationaux. L'approche met l'accent sur le suivi et l'évaluation axé sur les résultats, avec une collecte des données routinières et non routinières. Ce plan de suivi et évaluation est calqué sur le système d'information sanitaire. Ainsi, il s'appuie essentiellement sur les différents niveaux de la pyramide sanitaire et le concours des ministères sectoriels et des organisations de la société civile. Le système de suivi et évaluation utilise la plateforme DHIS2 du ministère de la santé et un logiciel de gestion des Cohortes LONAGEV. Ce dernier a été remplacé en 2017 avec le module gestion des cohortes de la plateforme DHIS2.

Bien que des progrès significatifs aient été réalisés, l'évaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National 2014-2017 réalisée en 2016 et l'analyse MESST (auto-évaluation du système national de suivi-évaluation) effectuée en avril 2015 ont identifié plusieurs faiblesses du système actuel, d'ordres structurel, organisationnel et opérationnel.

L'un des défis majeurs du système de suivi et d'évaluation de la réponse nationale au VIH/sida demeure sans doute le système de reporting. Le processus et les acteurs sont bien définis dans le plan de suivi et d'évaluation. Cependant, il faut noter que les entités décentralisées n'ont pas joué pleinement leurs rôles et assumé leurs responsabilités notamment, dans la validation des données et la transmission des rapports.

Dans la perspective de mise en œuvre du dépistage communautaire et de la PreP, et de l'analyse des cascades à différents niveaux (national, régional, nexe, âge, populations clés, PTME et les coïnfections) les outils de collecte des données devront être simplifiés avec un renforcement des capacités de tous les acteurs

## **Chapitre 3**



Orientations du PSN  
2018-2022

### **3.1. Vision de la riposte nationale au sida à l'horizon 2030**

L'engagement au plus haut niveau du Président de la République, du Premier Ministre du Ministre de la Santé et de toutes les parties prenantes, est un exemple et est un levier essentiel à même de mobiliser l'ensemble des acteurs autour de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2018-2022 afin d'assurer l'atteinte des objectifs fixés.

La Déclaration Politique sur le VIH/sida « Accélérer la riposte et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 », adoptée le 8 juin 2016 lors de la Soixante-dixième session de l'Assemblée Générale des Nations Unies, constitue la feuille de route que le Sénégal a adopté sur le chemin de l'élimination

*La vision stratégique du Sénégal est d'apporter une réponse efficace, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale pour mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030 dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD)..*

Le PSN 2018-2022 contribue, à ce que toutes les personnes vivant avec le VIH, les populations clés ou vulnérables, bénéficient d'actions de prévention pour que chacun développe ses propres compétences pour se protéger du VIH. Cette vision axée sur l'équité et la solidarité nationale permettra de marquer un tournant décisif vers l'élimination de l'infection par le VIH. Toutes les communautés participeront à la traduction de cette orientation stratégique en actions de prévention, de prise en charge et de soutien, afin que personne ne soit laissé pour compte.

### **3.2. But**

Le PSN 2018-2022 vise la réduction des nouvelles infections chez les adultes et les adolescent(e)s, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité liée au VIH, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH, la lutte contre toutes les formes de discrimination et la promotion des droits humains ainsi que le renforcement de la gouvernance pour une riposte durable et efficiente.

### **3.3. Principes directeurs du PSN**

1. *Les PVVIH et les populations les plus exposées au cœur de la riposte : Les interventions ciblées et les services de soins simplifiés centrés sur la personne, les familles et les communautés.*
2. *Le leadership au plus haut niveau à travers l'engagement du Président de la République, la déclaration politique du Premier Ministre de 2017 : Les 10 engagements pour mettre fin la riposte fixent la feuille de route qui mobilise les pays ainsi que les partenaires internationaux autour de l'accélération de la riposte.*
3. *L'adoption des Objectifs de Développement Durable (ODD) qui intègrent la vision de la fin de l'épidémie du sida d'ici 2030.*
4. *Le respect du genre et des droits humains : La dimension genre et droits humains sont considérées fondamentales*
5. *L'approche multisectorielle et le partenariat avec les parties prenantes : Tous les partenaires nationaux seront impliqués dans la riposte nationale selon un paradigme qui permet à chacun de prendre sa part de responsabilité avec un devoir de redevabilité.*
6. *Les organisations communautaires sont parties prenantes de la riposte nationale : Elles apportent une contribution remarquable dans les différents domaines, prévention, prise en charge globale et droits humains.*
7. *Les PVVIH, les associations et réseaux des populations clés et des populations vulnérables sont associés à différents niveaux de la mise en œuvre du PSN 2018-2022, pour l'atteinte des résultats nationaux.*
8. *L'innovation, l'efficience, l'efficacité et la pérennité de la riposte : La gestion efficiente de la riposte au VIH se fonde sur la responsabilité partagée, la transparence et l'obligation de rendre compte autour de l'atteinte des résultats (impact, effet ou produit) de la part de tous les acteurs, communauté universitaire, professionnels de santé, responsables institutionnels et associatifs et partenaires internationaux et du secteur privé.*

### **3.4. Cadre des résultats et programmes du PSN 2018-2022**

Le monde dispose d'une « fenêtre d'opportunités » de cinq ans, très courte, pour briser la trajectoire des nouvelles infections et espérer un contrôle de l'épidémie d'ici à 2030. L'ONUSIDA a récemment appelé la communauté internationale à adopter l'objectif « 90-90-90 » d'ici à 2020 : 90 % des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique, 90 % des personnes séropositives reçoivent des traitements antirétroviraux et 90 % des personnes sous traitements antirétroviraux ont une suppression virale durable.

En s'appuyant sur les avancées scientifiques dont le Sénégal est un acteur prospectif, sur les acquis de l'expérience sénégalaise, la réalisation des objectifs définis s'accompagnera de l'accélération de la mise en œuvre des approches intégrées de prévention et de traitement du VIH permettant de contenir l'épidémie, d'influencer la courbe afin de progresser vers la phase de l'élimination.

- **En termes de prévention,** il s'agit de poursuivre la réduction des nouvelles infections parmi les populations les plus touchées en particulier, et de l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants.
- **Dans le cadre du dépistage,** les initiatives seront plus stratégiquement ciblées pour atteindre efficacement les populations les plus exposées au risque, notamment à partir de stratégies multiples (les campagnes de dépistage communautaire, le dépistage et la fourniture de conseils initiés par un prestataire ainsi que le dépistage communautaire et l'auto-dépistage) pour atteindre le résultat consistant à s'assurer que 90 % du total des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut.
- **En termes de prise en charge,** il s'agit de renforcer la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les PVVIH et les femmes enceintes, au-delà des objectifs mondiaux de « 90-90-90 » pour le traitement contre le VIH. Un plan de ratrappage sera déroulé en 2018 pour assurer l'atteinte des résultats.
- **En termes de dynamique participative,** les acteurs communautaires, les réseaux des PVVIH, les représentants des populations clés participent activement à la fourniture de services de prévention, de renforcement de l'accès aux soins, de soutien psychologique et social dans le cadre de la mise en œuvre pour l'atteinte des résultats.
- **En termes de dynamique inclusive,** s'attaquer à la discrimination au sein de la société contribue à la réalisation de plusieurs des Objectifs de Développement Durable (ODD), en veillant à ce que personne ne soit laissé en marge des programmes. Il est fondamental de garantir les progrès vers l'atteinte de l'ODD 3, une bonne santé et le bien-être notamment, la réalisation de la couverture maladie universelle et l'éradication des épidémies de SIDA et de tuberculose ; l'ODD 4, l'éducation de qualité ; l'ODD 5, l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes.

Pour le Sénégal, poursuivre cet objectif est un impératif de solidarité nationale qui affirme une responsabilité permettant de prévenir les nouvelles infections, de sauver des milliers de vies dans la perspective d'une génération future sans sida en escomptant un retour sur investissement sans précédent. La seule façon d'y parvenir est d'adopter des approches non coercitives et des mesures inclusives garantissant à tous et aux nouvelles générations un accès réel à l'éducation et l'information, à la prévention et aux traitements capables de les protéger.

#### **Vaincre le Sida par Tous, une Riposte pour Tous**

Le respect de ces engagements concerne toutes les parties prenantes allant du niveau politique jusqu'au niveau opérationnel. Ceci se réalisera à travers des stratégies novatrices de prévention, de prise en charge médicale et psychosociale, des droits humains, du genre et de l'équité.

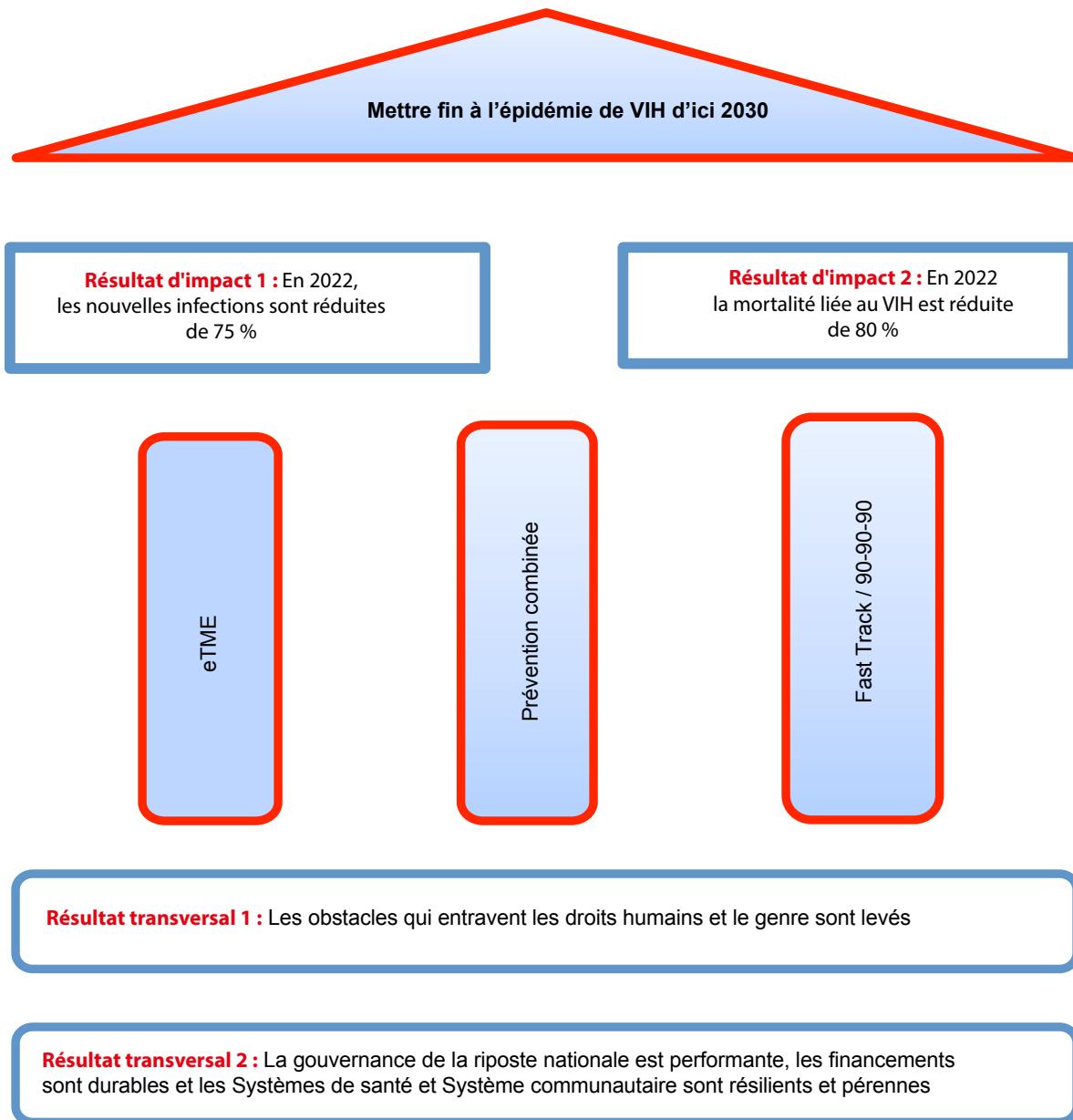


Figure 14. Axes stratégiques du PSN 2018-2022

### Description des résultats

L'adhésion au concept de la chaîne de résultats, par les parties prenantes durant l'élaboration du présent PSN 2018-2022 et les différents ateliers de validation, a permis de construire les différents niveaux de résultats, leur hiérarchie, leur lien de causalité et les synergies nécessaires entre ces résultats. Enfin, cette approche se fonde sur le choix de priorités populationnelles et thématiques qui engendrent des investissements stratégiques de ressources.

Aussi, le cadre de résultats PSN 2018-2022 constitue désormais le référentiel auquel tous les partenaires nationaux et partenaires au développement se référeront pour conjuguer leurs efforts dans la mise en œuvre.

Quatre résultats dont 02 résultats d'impact et 02 résultats transversaux ont été définis pour les axes stratégiques du PSN 2018-2022. Chaque résultat global est décliné en résultats effets qui regroupent plusieurs produits.

### **Résultat d'impact 1 : En 2022, les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 75%**

L'analyse de la situation épidémiologique du VIH au Sénégal montre que la prévention des nouvelles infections est un enjeu national de santé publique. Des mesures énergiques seront mises en œuvre pour renforcer les programmes de prévention et de traitement du VIH, afin de maintenir les acquis et contribuer aux objectifs internationaux à l'horizon 2020.

La diminution lente des nouvelles infections chez les adultes menace aussi la durabilité des programmes de traitement, chaque nouvelle infection augmentant les coûts d'un traitement à vie. Il est clairement prouvé que les programmes de prévention peuvent être efficaces lorsqu'ils sont mis en œuvre à grande échelle, et dans les localités géographiques qui conjuguent plusieurs facteurs de risques.

Les méthodes de prévention biomédicales telles que les préservatifs, la réduction des risques (programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, traitement de substitution aux opiacés) et la prophylaxie pré-exposition (PrEP) contribuent à la prévention primaire lorsqu'elles sont combinées avec des approches comportementales et structurelles (telles que l'autonomisation des femmes, l'éducation, la réduction de la stigmatisation et une forte mobilisation communautaire). En outre, il est prouvé que la prévention du VIH offre un très bon rapport coût-efficacité lorsqu'elle met l'accent sur les personnes les plus exposées et si elle est réalisée avec suffisamment de qualité et d'intensité. Enfin la mise en place du dépistage démedicalisé à caractère communautaire et au niveau des zones de haute vulnérabilité (hots spots) est une option stratégique retenue dans le cadre du présent PSN

### **Les communautés s'engagent autour des 90-90-90**

Pour cela 08 résultats d'effets relevant de la prévention ont été retenus pour la réduction effective de l'incidence de l'infection par le VIH dans la population, principalement parmi les personnes les plus exposées. Il s'agit de réduire les nouvelles infections, afin de diminuer le risque pour les personnes d'être infectées ou de transmettre le virus.

L'accélération de la prévention du VIH constitue un axe majeur du PSN 2018-2022 qui nécessite la mise à l'échelle des programmes avec une focalisation sur les zones géographiques et les populations à risque élevé, la fourniture d'une combinaison de services adaptés, l'introduction d'innovations et de nouvelles approches pour augmenter l'efficacité, le renforcement de la coordination nationale et locale entre les différents acteurs ainsi qu'un engagement et un financement soutenus.

L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant reste encore un défi majeur pour l'élimination du VIH chez les enfants. De même que la création d'un environnement favorable aux populations clés, aux jeunes, aux adolescent(e)s et aux femmes pour réduire les inégalités de genre ainsi que les violences basées sur le genre selon une approche droits humains est nécessaire.

- **Résultat d'effet 1.1 :** En 2022, 90 % des populations clés (PS, HSH, CDI, Prisonniers) utilisent le paquet de services de prévention combinée.
- **Résultat d'effet 1.2 :** En 2022, 80 % des CDI utilisent les services de Réduction des Risques (RdR).
- **Résultat d'effet 1.3 :** En 2022, 70 % des populations vulnérables utilisent les services de prévention.
- **Résultat d'effet 1.4 :** En 2022, 90 % des personnes présentant des symptômes d'IST qui ont recours aux services de Santé publics, privés ou communautaires reçoivent une prise en charge de qualité.
- **Résultat d'effet 1.5 :** En 2022, 90 % des adolescent(e)s et des jeunes filles et garçons disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST.
- **Résultat d'effet 1.6 :** La disponibilité du préservatif pour la prévention du VIH est assurée dans toutes les régions.
- **Résultat d'effet 1.7 :** Les personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE).
- **Résultat d'effet 1.8 :** En 2022, la transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduite à moins de 2 %

### **Résultat d'impact 2 : En 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 80 %**

Le Sénégal est engagé dans l'accélération de la riposte en vue de mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030 en passant par les objectifs intermédiaires des 90.90.90 d'ici 2020 à savoir :

- A l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.
- A l'horizon 2020, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable.
- A l'horizon 2020, 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

Ainsi, cet impact se déclinera sur 04 résultats d'effet et leurs résultats produits permettront d'ici 2022, de réduire de 80 % la mortalité liée au VIH.

Le PSN se focalisera sur la mise en œuvre d'une stratégie nationale de dépistage pour atteindre 90 % de connaissance du statut sérologique et ce par l'extension du conseil et test VIH avec un meilleur ciblage tenant compte de la modélisation réalisée et du guide national.

La couverture des sites de prise en charge médicale, psychologique et sociale et communautaire des PVVIH adultes et enfants est organisée dans les principales régions du pays à travers l'élargissement de l'offre de soins et de diagnostic conformément à l'extension et au volet prise en charge du plan de rattrapage.

L'extension, la décentralisation et la délégation des tâches est mise en œuvre pour assurer une couverture optimale. L'amélioration de la qualité de la PEC globale dans tous les sites est également renforcée avec un focus particulier sur les consultations, l'observance pour la rétention et l'adhésion des PVVIH à la dynamique de soins.

La réalisation de l'objectif des 90-90-90 nécessite également d'assurer la disponibilité continue des tests, des médicaments, des équipements de laboratoire et intrants stratégiques avec un système adéquat de gestion des approvisionnements pour accompagner l'accélération des programmes de dépistage et de traitement. Aussi, un lien est opéré avec le système de santé et le système communautaire afin qu'ils soient résilients et pérennes, constituant ainsi le socle pour l'atteinte des performances.

Les résultats d'effets qui seront mis en œuvre seront au nombre de 04 :

- **Résultat d'effet 2.1 :** En 2022, 92 % des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique pour le VIH.
- **Résultat d'effet 2.2 :** En 2022 95 % des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral.
- **Résultat d'effet 2.3 :** En 2022, 90 % des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois.
- **Résultat d'effet 2.4 :** En 2022, 80 % des PVVIH suivies bénéficient du paquet minimum de services pour un accompagnement psychologique et social.

#### **Résultat transversal 1 :** D'ici 2022, les obstacles qui entravent les droits humains et le genre sont levés

---

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH mais aussi à l'égard des populations clés constituent d'importantes barrières à la réalisation des droits à la santé.

La riposte au VIH au Sénégal se fonde sur les droits humains et constitue un cadre d'interventions qui vise à s'attaquer à l'impact que le VIH et les droits humains ont l'un sur l'autre et vice-versa. Une riposte au VIH fondée sur les droits humains comporte trois piliers principaux, à savoir : l'application des normes de droits humains, la mise en œuvre des engagements en faveur de la riposte au VIH fondée sur les droits humains et l'application des principes des droits humains par rapport à la programmation du VIH.

Lever les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre renforce l'efficacité et l'impact des ripostes au VIH et donne de vraies opportunités pour l'accès aux services.

Ce premier résultat transversal du PSN 2018-2022 vise la concrétisation du troisième but de la déclaration politique sur le VIH/sida « **Éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH d'ici 2020** » notamment les objectifs. « **Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination contre les femmes et les filles** » et « **Éliminer la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé** ».

Les résultats d'effet qui seront mis en œuvre sont au nombre de 02 :

- **Résultat d'effet 3.1 :** En 2022 l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination
- **Résultat d'effet 3.2** La stratégie nationale contribue à réduire l'inégalité entre les sexes et les violences basées sur le genre



## Résultat Transversal 2 : D'ici 2022 la gouvernance de la riposte nationale est efficace et efficiente pour aller vers l'élimination

Ce résultat transversal est central pour le PSN 2018-2022. Il permettra de mettre en œuvre toutes les orientations stratégiques et veille à assurer la réalisation des objectifs d'accélération des programmes et de l'impact en termes de réduction des nouvelles infections, des décès et de la discrimination définis dans les Résultats 1, 2 et 3.

En effet, l'accélération des programmes de prévention, de traitement et de lutte contre la discrimination dans le cadre du PSN 2018-2022, implique un ensemble d'acteurs institutionnels, associatifs, du secteur privé et des collectivités territoriales, ce qui nécessite un haut niveau de coordination nationale et locale, de partenariat et de suivi-évaluation.

Un élément central concerne le renforcement du partenariat avec le système communautaire et l'implication accrue de ce dernier pour une contribution efficace aux résultats nationaux. Enfin, le financement du PSN 2018-2022 et la préparation de la transition du programme VIH de l'appui des donateurs pour assurer sa durabilité, figurent également parmi les composantes clés de ce résultat transversal.

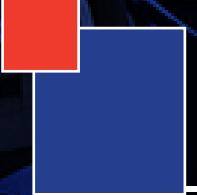
Les résultats d'effet qui seront mis en œuvre sont au nombre de sept :

- **Résultat d'effet 4.1 :** La coordination et le leadership de la riposte nationale au sida sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé d'ici 2022.
- **Résultat d'effet 4.2 :** Le leadership des grandes villes du Sénégal, à travers les Mairies et autres collectivités territoriales est renforcé.
- **Résultat d'effet 4.3 :** Le système communautaire apporte une contribution stratégique et opérationnelle à l'accélération de la riposte.
- **Résultat d'effet 4.4 :** Le financement durable du PSN 2018-2022 est assuré.
- **Résultat d'effet 4.5 :** Le système de santé est résilient et pérenne pour l'atteinte des résultats
- **Résultat d'effet 4.6 :** Le système d'approvisionnement et de distribution des produits de santé est efficace.
- **Résultat d'effet 4.7 :** Les informations stratégiques de qualité sur les IST, le VIH et les comorbidités sont produites et utilisées pour la prise de décision.



The background of the slide shows a large group of school children from behind, walking in a line. They are all wearing blue polo shirts and carrying backpacks. The scene is set outdoors, likely on a school campus or street.

## Chapitre 4



Cadre de mise en œuvre  
du PSN 2018-2022

Le PSN constitue la référence pour tous les programmes qui seront mis en œuvre dans le cadre de la riposte au VIH. Toutes les parties prenantes participent de façon responsable dans l'atteinte des performances. Ce qui exige un haut niveau de coordination, de programmation, de redevabilité et de suivi évaluation, ainsi que le renforcement de la synergie d'actions entre le secteur public, le secteur privé et la société civile.

## 4.1. Investissements prioritaires

### 4.1.1. Cibles prioritaires

Les cibles prioritaires de la stratégie sont résumés dans le tableau suivant

**Tableau 6. Les cibles prioritaires du PSN 2018-2022**

Cibles prioritaires	
<b>Personnes vivant avec le VIH</b>	Adultes, adolescents et enfants
<b>Populations clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnelles du Sexe</li> <li>• Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes</li> <li>• Consommateurs de drogues injectables</li> <li>• Prisonniers</li> </ul>
<b>Populations en contexte de vulnérabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes handicapées</li> <li>• Populations mobiles</li> <li>• Femmes</li> <li>• Jeunes filles et garçons</li> <li>• Orpailleurs</li> <li>• Militaires et policiers</li> <li>...</li> </ul>

### 4.1.2. Interventions prioritaires

Les différentes revues et évolutions ont identifié des domaines d'intervention qui seront mis en œuvre avec une priorisation selon les ressources disponibles et selon les partenariats existants. Les interventions pour les 5 prochaines années sont :

- **Renforcement de l'eTME** pour préserver les acquis actuels et la durabilité des résultats auprès des femmes enceintes qui constituent une cible prioritaire. Accélérer la mise en œuvre c'est aussi regrouper toutes les parties prenantes nationales (institutions et associations) ainsi que les PTF (UNICEF, OMS, ONUSIDA...) pour des actions concrètes permettant d'augmenter immédiatement les performances.
- **Développement de la prévention combinée** auprès des populations clé (PS, HSH, CDI, Prisonniers) et autres groupes vulnérables (les clients des PS), et notamment, les adolescents et les jeunes dont certains sont issus des populations clés.

Ce renforcement passe par la définition d'un paquet cohérent de services clairement inscrit dans un guide national de prévention combinée (CCC, mise à disposition des préservatifs, accroître la connaissance du statut sérologique à grande échelle, accompagnement du dépistage vers les soins, respects des droits humain...). Il est important d'harmoniser les pratiques pour plus d'impact. Il s'agit également de renforcer le système de référence et de contre référence pour les populations clé.

Pour la mise en œuvre de cette politique mettre en place un groupe technique de suivi des interventions, pour développer le dispositif de « Traitement pour Tous ».

- **Renforcement de la prise en charge globale** des PVVIH adultes, adolescents et enfants selon une approche holistique, en améliorant la qualité des services médicaux et de suivi biologique et virologique afin de mettre en œuvre l'initiative des 90-90-90.
- **Renforcement de continuum de soins aux PVVIH** adultes adolescents et enfants à travers la mise en place d'un dispositif d'accompagnement psychologique et socio-économique. Ce dispositif définira le paquet de services comprenant des prestations sur les aspects de suivi de l'observance et l'éducation thérapeutique du patient afin d'améliorer la rétention dans les soins et faciliter l'accès des populations clé.
- **Renforcement des capacités des ONG** pour accroître le partenariat, dans le cadre de la riposte nationale, axé sur la complémentarité entre les ONG et le système de santé dans une perspective d'élargir immédiatement la mise en œuvre.
- **Renforcement de la gouvernance autour d'un cadre institutionnel** capable de répondre de façon efficiente aux enjeux de la réponse, notamment en termes d'accélération « fast track ».
- **Renforcement du leadership national** à travers le suivi évaluation et une meilleure coordination de tous les acteurs nationaux (Ministères et communautaires) et partenaires des Nations Unies/FM impliqués dans la lutte contre le sida au Sénégal. La contribution des Ministères clés devra être repensée afin que les prestations offertes deviennent accessibles à tous (protection sociale, CMU).
- **Soutien pour la création d'un environnement favorable**, mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation des droits humains, avec un système d'alerte assuré par les associations et les communautaires. Il est fondamental de lever les obstacles dans l'accès aux soins.
- **La disponibilité et l'accessibilité géographique des intrants et produits de santé de qualité** au niveau de l'ensemble des structures engagées dans la réponse contre l'infection à VIH et les IST constitue un préalable pour rompre la chaîne de transmission du VIH. Ainsi, l'opérationnalisation du TATARSEN et la suppression de la chaîne de transmission du VIH par la mise en œuvre des 3X90 ne sera possible que si les tests, médicaments ARV et réactifs des laboratoires sont disponibles aux points de prestation de service de santé.
- **Participation financière domestique** pour assurer une durabilité à la réponse nationale qui reste encore trop dépendante de l'aide extérieure. Cet engagement pourrait être complémentaire entre l'aide extérieur et le partage des coûts par différents ministères et le secteur privé selon l'approche des synergies entre les secteurs de développement dans le cadre de la responsabilité partagée.
- **Assistance technique** pour l'accélération de la mise en œuvre du prochain PSN 2018-2022 en partenariat avec les agences des Nations Unies, le Dispositif d'appui technique de l'ONUSIDA (DAT/AOC) Expertise France et autres fournisseurs de l'AT.

#### 4.1.3. Domaines prioritaires

Un exercice de priorisation a permis de définir les 5 interventions les plus prioritaires dans le cadre de la stratégie 2018-2022, voir tableau 7

**Tableau 7. Domaines prioritaires du PSN 2018-2022**

Domaines prioritaires	Facteurs déterminants	Synergies avec les secteurs de développement
<b>Traitemen t ARV de tous les adultes, adolescents et enfants</b>	Genre et droits humains	Protection sociale (Couverture Maladie Universelle)  Partenariat avec les collectivités territoriales et les Mairies des grandes villes
<b>Programmes ciblant les populations clé les plus exposées</b>	Stigmatisation et discrimination sociale	Prise en compte du genre et lutte contre les violences sexistes
<b>Elimination de la transmission Mère enfant</b>	Système de santé résilient et pérenne	Partenariat avec les secteurs de développement pour les programmes sociaux liés aux orphelins (OEV) ex Fonds de solidarité nationale
<b>Prévention en direction des populations vulnérables et de la population générale</b>	Gestion efficiente de programme  Mobilisation communautaire  Renforcement du système communautaire	Partenariat avec les collectivités territoriales et les Mairies des grandes villes
<b>Droits humains et genre</b>		

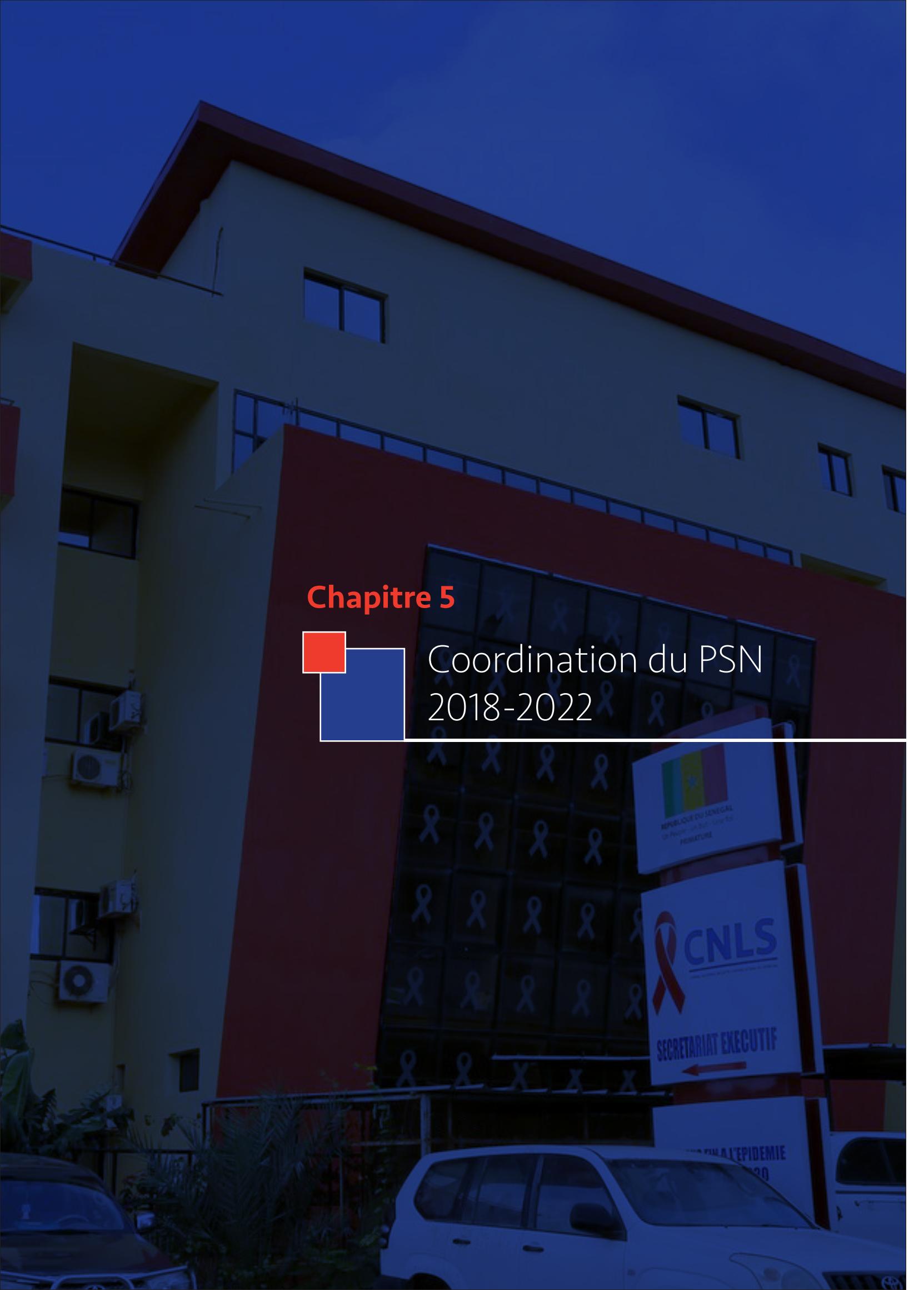
#### 4.2. Plan de rattrapage pour l'élimination du VIH au Sénégal 2018

Pour inverser la tendance et combler les gaps, les présidents de l'Union Africaine ont adopté un plan de rattrapage de l'Afrique de l'Ouest, le 3 juillet 2017. C'est dans cette dynamique que le Sénégal s'est engagé à mettre en œuvre en 2018, un plan de rattrapage pour accélérer les interventions vers l'atteinte de la cible des 90-90-90.



## Chapitre 5

Coordination du PSN  
2018-2022



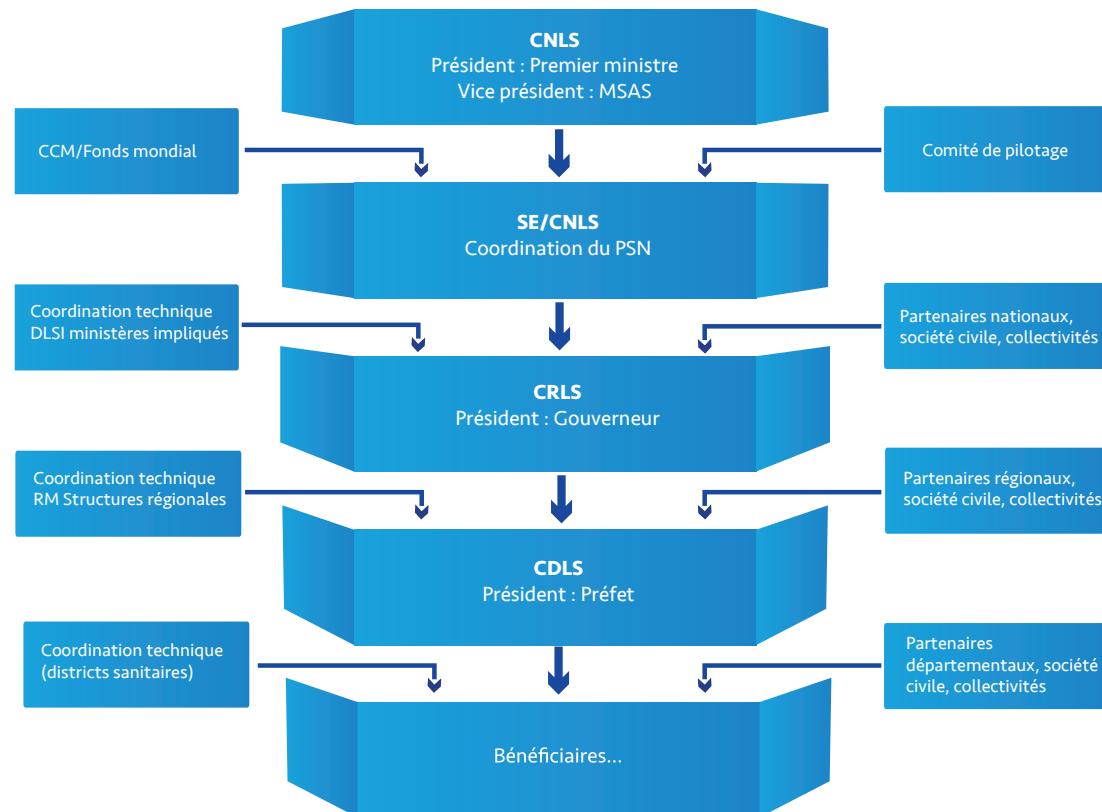
## 5.1 Conseil National de Lutte contre le Sida National (CNLS)

Pour une coordination adéquate de la riposte nationale au VIH/sida, le Gouvernement a créé et installé différents organes : le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), les Conseils Régionaux de Lutte contre le Sida (CRLS), les Comités Départementaux de Lutte contre le Sida (CDLS) et les Comités Sectoriels.

Dans le cadre des «Trois principes», le CNLS est l'instance unique de coordination de la réponse nationale. Il est présidé par le Premier Ministre. Le Ministre de la Santé en est le Vice Président. Pour assurer le secrétariat du CNLS ainsi que la coordination du plan stratégique, le Secrétariat Exécutif est mis en place au niveau national.

Au niveau régional, le comité régional assure le leadership de la riposte au VIH. Les régions médicales s'occupent de la coordination technique. Les mises en œuvre sont assurées par différents secteurs (santé, non santé) et par la société civile

### Prévalence du VIH dans les régions du Sénégal



**Figure 15.** Cadre institutionnel de la lutte contre le VIH/SIDA  
Source : Rapport CNLS 2016

Le PSN 2018-2022 est mis en œuvre à travers des plans nationaux annuels multisectoriels. Ces plans annuels apporteront plus de précisions sur la priorisation des actions, le ciblage des interventions, la couverture géographique, et la budgétisation. Ils sont déclinés en plans d'actions régionaux adaptés aux contextes dans lequel les interventions vont se réaliser et mis en œuvre avec l'implication de toutes les parties prenantes. Il s'agit d'une approche décentralisée de l'offre de prévention et de soins, et de soutien répondant aux besoins spécifiques de la région et des principales villes, tout en respectant les grandes orientations nationales.

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

Plusieurs Ministères seront impliqués à la riposte nationale en fonction de leurs mandats et sur la base d'un modèle de contribution qui renforce l'accès aux services assurés par chacun d'entre eux. Il s'agit d'intégrer la composante Santé/VIH dans les stratégies sectorielles des ministères clés avec un système de suivi et de redevabilité.

## **5.2. Partenariat national pour la mise en œuvre du PSN 2018-2022**

La stratégie de lutte contre le sida nécessite la mise en place d'un nouveau modèle de partenariat qui repose sur la responsabilité mutuelle, le co-investissement et la redevabilité.

**Au niveau parlementaire**, l'Assemblée Nationale a mis en place le réseau des parlementaires pour la santé et la population incluant la lutte contre le sida. Les commissions santé et lois de l'Assemblée Nationale, accompagnent le programme dans la mise en œuvre et la révision de la loi VIH. Les parlementaires sont engagés dans le plaidoyer pour les droits humains et la mobilisation des ressources domestiques.

**Au niveau des ministères** : Neufs ministères clés mettent en œuvre des plans sectoriels de lutte contre le sida avec l'appui du SE/CNLS. Certains d'entre eux ont mis en place une ligne budgétaire. Il existe des comités de coordination sectoriels de lutte contre le sida qui ont pour mission de fixer au sein des départements ministériels les orientations relatives à la lutte contre le VIH.

**Au niveau des Collectivités Territoriales** : A l'instar du constat au niveau mondial, les données sur la situation épidémiologique et la dynamique du VIH au Sénégal montrent que les villes portent une grande part du fardeau du VIH/sida. L'accélération de la riposte au sida dans les villes, sans pour autant négliger les efforts à mener dans les localités rurales sera donc cruciale pour atteindre les objectifs du PSN.

La stratégie consiste à mobiliser à travers un plaidoyer les Maires et les élus des grandes villes. En 2016, les 15 villes qui concentrent 51 % des PVVIH et 76 % de la cible PTME ont signé une déclaration d'engagement pour soutenir la riposte au sida. Cette approche permet une responsabilisation des acteurs de la ville et l'intégration de l'appui à la réponse locale dans les plans de développement communaux à travers des actions conjointes et le financement des projets locaux de la société civile. Elle permettra de placer les personnes au cœur de toutes les actions pour répondre à leurs besoins en matière de prévention, dépistage, prise en charge, réduction de la stigmatisation et la discrimination.

Après la déclaration de Paris du 1er décembre 2014, relative à l'objectif 90-90-90, les Maires des principales villes du monde se sont engagés pour mettre fin à l'épidémie de sida à l'horizon 2030 en accélérant leur riposte au sida d'ici l'année 2020. Le Sénégal souscrit à cette initiative mondiale.

Afin de contribuer à l'atteinte des résultats nationaux, les principales municipalités du pays sont mobilisées pour déployer des actions qui se concentrent surtout sur les zones où les populations sont exposées à un risque accru d'infection par le VIH. Les responsables municipaux participeront à la réduction de la stigmatisation et la discrimination. Les municipalités développent une offre de services (dépistage, prévention et soins) aux citoyens sénégalais vivant dans les sites urbains et leurs périphéries.

Il s'agit d'une réponse locale appropriée inscrite dans les plans de développement communaux déclinaison du plan national de développement durable. Il s'agira de mobiliser les ressources financières locales pour intégrer les besoins de santé publique et le développement avec les leaders municipaux et communautaires

**Au niveau du secteur privé :** on note l'existence d'une coalition du secteur privé pour la lutte contre le VIH et le sida, la mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH et le sida dans plusieurs entreprises privées, l'organisation et la mise en place d'un cadre de suivi évaluation opérationnel au sein des entreprises privées, le renforcement des compétences des entreprises privées face au VIH et la mise en place de stratégies de communications efficaces.

Cependant, l'implication du secteur privé dans le financement de la santé permettra des investissements pour la riposte au sida. Pour cela, la stratégie nationale de financement de la santé devra être efficacement mis en œuvre.

**Au niveau de la Société Civile :** Les organisations de la société civile assurent un rôle crucial dans la riposte notamment, par le biais des programmes de prévention de proximité parmi les populations clés, de conseil et dépistage et d'appui psychosocial aux PVVIH.

La participation de la société civile à la riposte sera renforcée et un partenariat institué sur la base d'un modèle de prestation de services avec le renforcement des capacités d'intervention et de gestion.

Les programmes de lutte contre le VIH mobilisent les communautés, les plaçant ainsi au centre de la riposte, comme suit :

- Les communautés participent en tant que partenaires à part entière à tous les aspects de la programmation du VIH, y compris la planification, la recherche et le Suivi et Evaluation (S & E).
- Les communautés sont impliquées dès la phase initiale, en vue d'identifier les parties prenantes importantes et les populations clés, vulnérables et exposées à un risque accru d'infection par le VIH.
- Les communautés participent à l'évaluation des droits humains pour identifier les inégalités et les déséquilibres, les questions clés, les priorités et les préoccupations.
- Les communautés sont impliquées dans la planification, la conception et l'élaboration des programmes de lutte contre le VIH qui protègent et promeuvent leurs droits en matière de santé.
- Les communautés participent à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH et soutiennent cette dernière.
- Les communautés participent pleinement au suivi et évaluation des programmes de lutte contre le VIH.

### **5.3. CCM-Sénégal**

Le CCM Sénégal est l'organisme de coordination nationale des projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Il a pour missions entre autres de :

- Coordonner l'élaboration des propositions à soumettre pour financement au Fonds Mondial ;
- Suivre la mise en œuvre des projets financés par tous les moyens de vérification appropriés à travers son comité stratégique ;
- Assurer le lien et la cohérence entre les interventions subventionnées par le Fonds mondial et les programmes nationaux de développement.

Le CCM Sénégal participe à l'élaboration des demandes de financement dans le cadre du nouveau modèle de financement du FM (NFM 2).

### **5.4. Forum des Partenaires**

Pour renforcer la coordination des partenaires nationaux et internationaux de la lutte contre le sida, un cadre de concertation est mis en place à travers le Forum des partenaires et les réunions mensuelles des partenaires. Ce cadre permet de faire le point sur l'état d'avancement de la réponse à l'épidémie à tous les niveaux, de garantir la synergie des actions, d'échanger les informations stratégiques, d'évaluer les performances du programme, d'identifier les points faibles et les gaps d'interventions et de faire les recommandations pour les ajustements nécessaires.

### **5.5. Equipe conjointe des Nations Unies**

La coordination de la lutte contre le VIH au sein du système des Nations Unies se fait à travers l'équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH.

La responsabilité de l'Equipe Conjointe des Nations Unies sur le VIH et le sida repose sur la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'un Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et le sida.

Les missions assignées à l'Equipe Conjointe des Nations Unies sur le VIH et le sida sont :

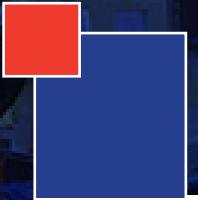
- Apporter un soutien au SE/CNLS pour la mise en place d'une réponse nationale multisectorielle, efficacement coordonnée, conforme à l'obligation d'accès universel aux services de prévention et de traitement,
- Apporter une assistance technique et financière à la réponse nationale selon les avantages comparatifs des co-sponsors,
- Renforcer les capacités de leadership et d'engagement politique des membres du CNLS au plus haut niveau.

# NOS PARTENAIRES





## Chapitre 6



Cadre de suivi et d'évaluation  
du PSN 2018-2022

Le système de suivi et d'évaluation constitue une partie intégrante de la stratégie nationale. Il assure des indicateurs clés du PSN. Il mesure les résultats, précise les sources d'informations, les méthodes et les responsabilités pour la collecte, la gestion, l'analyse et l'assurance de la qualité des données. Il décrit également le système de communication pour la diffusion des données et produits d'information. Un manuel de suivi et évaluation sera élaboré et mis à la disposition des acteurs.

## **6.1. Organisation et structures de Suivi & Evaluation**

Calqué sur le système d'information sanitaire, le système de Suivi et d'évaluation national s'appuie essentiellement sur trois niveaux (opérationnel, intermédiaire et central). Les acteurs de chaque niveau jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation de ce système de suivi et évaluation. Au niveau opérationnel, les données sont collectées à partir d'outils harmonisés puis transmises au niveau intermédiaire qui constitue le niveau d'agrégation, d'analyse et d'interprétation des résultats avant de les partager avec le niveau central. C'est à ce stade que les performances du programme sont analysées pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du programme.

## **6.2. Mécanisme de suivi et d'évaluation**

Le mécanisme mis en place doit permettre la collecte systématique de données à des fins de suivi des patients et d'évaluation des performances du programme. Le suivi des patients se fera à travers un système de notification et de surveillance des cas. L'évaluation des performances du programme se fera à travers des études approfondies à partir des données issues du suivi et d'enquêtes spéciales.

## **6.3. Système de surveillance et de notification**

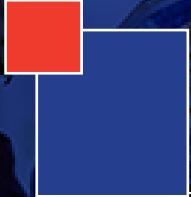
Dans le contexte actuel des 90-90-90, le système de suivi et d'évaluation mettra le focus sur les personnes dépistées, suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne. Ainsi le système de notification des cas, actuellement mis en œuvre au niveau 27 sites dans 8 régions avec l'appui du CDC et Westat, sera étendu progressivement dans toutes les régions. Une saturation des 8 régions déjà couverte sera privilégiée. La notification des cas devrait permettre de suivre le patient tout au long de son parcours de soins et sera facilité par un identifiant unique et l'informatisation et la mise en réseau d'un formulaire harmonisé.

## **6.4. Etudes et enquêtes**

Le suivi stratégique de l'épidémie de VIH est une priorité du Plan Stratégique National 2018-2022, afin de prendre des décisions opérationnelles conformes à la dynamique de l'épidémie. Les indicateurs d'impact et résultats sont collectés à partir des études et enquêtes. Aussi un agenda de recherches est prévu pour le PSN 2018-2022, comprenant : des enquêtes bio-comportementales RDS (Respondent Driven Sampling) pour accéder aux informations sur l'incidence de l'épidémie de VIH et l'estimation de la taille parmi les populations clés; les enquêtes de population réalisées toutes les 4 ou 5 années par le Ministère de la santé, touchant différents volets de la santé de la reproduction et les IST/VIH/sida; l'étude NASA (National AIDS Spending Assessment) qui permet d'évaluer les ressources et dépenses allouées à la riposte nationale au sida; l'étude sur Stigma-Index qui permet d'évaluer la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et populations clés. Les revues des programmes et du PSN permettent une évaluation globale des interventions menées.

A photograph of a woman from the waist up, smiling broadly. She is wearing a blue headwrap and a patterned shawl. On her head is a large, woven basket overflowing with colorful items like beads, shells, and small containers. She is holding a young child in front of her; the child has braids decorated with colorful ribbons. The background is a soft-focus outdoor scene.

## Chapitre 7



Financement du PSN  
2018-2022

## 7.1. Estimation budgétaire du Plan Stratégique National 2018-2022

La mise en oeuvre de la stratégie nationale de mobilisation est un engagement qui s'accompagne de la nécessité de mobiliser des ressources domestiques et internationales suffisantes pour atteindre cette ambition.

Mobiliser plus de ressources au niveau gouvernemental et du secteur privé est par conséquent un enjeu national pour la durabilité de la réponse au VIH

**Tableau 8. Estimation budgétaire du PSN 2018-2022**

Résultats d'Impact	2018	2019	2020	2021	2022	Total	%
<b>Résultat impact 1 : En 2022, les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 75 %</b>	6 833 719 219	5 021 856 380	5 329 628 025,00	6 774 268 777	5 892 398 589	<b>29 851 870 990</b>	39,0
<b>Résultat d'impact 2 : En 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 80 %</b>	4 629 409 593,11	4 362 651 223,62	4 870 610 270,09	4 787 790 789,34	5 051 550 120,14	23 702 011 996,29	31,0
<b>Résultat transversal 1 : D'ici 2022, les obstacles qui entravent les droits humains et le genre sont levés</b>	301 216 000,00	149 706 000,00	201 221 000,00	173 491 000,00	204 271 000,00	1 029 905 000,00	1,0
<b>Résultat transversal 2 : D'ici 2022 la gouvernance de la réponse nationale est efficace et efficiente pour aller vers l'élimination</b>	4 783 570 484	3 868 074 351	3 724 210 852	4 975 264 803	4 759 986 536	22 111 107 024	29,0
<b>Total</b>	16 547 917 314	13 402 289 973	14 125 672 167	16 710 817 390	15 908 208 267	<b>76 694 895 010</b>	100,0

## 7.2. Stratégies pour la mobilisation des ressources

L'analyse de l'environnement des ressources national et local montre qu'il existe des opportunités pour un financement durable de la riposte nationale.

Le Plan stratégique 2018-2022 vise à mobiliser les partenaires potentiels au niveau national et international. L'identification des partenaires fournisseurs potentiels de ressources selon un processus continu :

- Les fonds nationaux (Etat, Collectivités, Mairies, secteur privé national, ménages), les fonds internationaux (Fonds mondial, etc...),
- Les Fonds des partenaires bilatéraux fournisseurs de ressources, les Institutions financières internationales (Banque mondiale, BAD etc.)

### **La stratégie de mobilisation de ressources passe par :**

- L'augmentation des financements domestiques pour des investissements durables avec l'Etat à travers le budget national.
- L'implication des collectivités locales, dans le cadre de la mobilisation des financements domestiques et l'approche villes.
- Le financement des plans d'action des secteurs impliqués dans la riposte à partir de la stratégie nationale et affectation du budget propre à la riposte dans leur secteur.
- Le développement d'une politique de partenariat public privé.
- Les financements innovants reposant notamment, sur des contributions et taxes sur les activités à large assiette.
- L'exploration d'autres pistes pour la création de taxes (tabac, appels téléphoniques, transferts financiers).
- Le co-investissement pour le maintien du financement des partenaires extérieurs.
- Appel pour la contribution de la communauté sénégalaise de l'étranger.

### **Les mécanismes en place sont :**

- **Cartographie des financements** : elle se base sur la transparence des financements mobilisés tant à l'échelle national qu'international. A travers le reporting annuel, un récapitulatif des financements effectivement mobilisés et décaissés est nécessaire tout en indiquant les domaines programmatiques financés et les résultats obtenus.
- **La mobilisation des ressources internationales** : la disponibilité du plan stratégique donnera une meilleure prédictibilité/programmation des appuis techniques et financiers de la part des PTF.
- **Gestion du risque et redevabilité** : l'approche du PSN 2018 - 2022 met l'accent sur la redevabilité envers les partenaires nationaux et internationaux. Cette redevabilité s'adresse également aux communautés, aux personnes vivant avec le VIH en plus de la transparence des actions, de la participation, et de la gouvernance.

### 7.3. Pérennisation de la riposte

Le gouvernement du Sénégal a affirmé sa détermination à intensifier sa riposte au VIH au cours des prochaines années par une augmentation des investissements, de l'achat de médicaments, des ressources humaines et des dépenses pour le fonctionnement du programme.

Cet accroissement des investissements dans la lutte contre VIH devra se traduire par une augmentation des ressources domestiques afin de maintenir la mise à l'échelle des avancées réalisées par le programme de lutte contre le VIH, surtout pour compenser toutes les réductions futures, prévues ou non, des financements externes alloués par le Fonds mondial, l'USAID pour la lutte contre le sida, et d'autres donateurs.

Pour cette raison, le pays s'est engagé dans l'élaboration d'un plan national de transition et de pérennisation de la lutte contre le VIH sous la coordination du Conseil nationale de Lutte contre le Sida (CNLS).

Dans ce cadre le CNLS s'engage à superviser l'élaboration d'un plan pluriannuel pour la pérennisation des financements pour le Programme national de lutte contre le Sida du Sénégal et à garantir la pleine participation des intervenants clés impliqués dans la lutte contre le VIH et le Sida, incluant le ministère de la Santé et de l'action sociale, le ministère des Finances, le Programme national de lutte contre le Sida, le Mécanisme de coordination du pays pour l'appui du Fonds mondial au Sénégal, les organisations de la société civile, les populations clés et groupes vulnérables, le secteur privé, les universités, les partenaires donateurs parmi d'autres.

Dans le cadre de la mise en œuvre du présent plan stratégique, des objectifs de pérennisation et d'augmentation des ressources seront fixés. Pour le Sénégal, les principaux domaines d'intérêt pour la définition financière et organisationnelle reposent sur : a) Synergies de financement du VIH et de la santé, b) Mobilisation des ressources intérieures et suivi des ressources ; c) Gouvernance et coordination de la riposte au VIH c) Intégration des programmes VIH et le suivi des patients dans le système de santé ; et, e) la coordination du partenariat avec la société civile et les ONG.



## REFERENCES

1. Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (2013). *Evaluer les interventions de prévention des IST et du VIH auprès des homosexuels masculins au Sénégal. : Projet ELIHoS.* Dakar : ANRS.
2. Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (2014). *Etude ANRS 12243 Enquête de prévalence et de pratiques à risque d'infection à VIH, VHB et VHC chez les Usagers de drogues dans la région de Dakar : Rapport Projet UDSEN.* Dakar : ANRS.
3. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International (2016). *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2016).* ICF International Rockville, Maryland, USA.
4. Agence nationale de la statistique et de la démographie [Sénégal], et ICF International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé à indicateurs Multiples (EDS-MICS) de 2010-2011.* Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.
5. Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal (Avril 2017). *Appui à l'élaboration des composantes Populations clés, Droits Humains & Genre de la subvention VIH-SIDA.* Dakar: CNLS.
6. Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal (Mars 2017). *Cadre d'investissements pour une Riposte durable et efficace contre le VIH au Sénégal.* Dakar: CNLS.
7. Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal (2017). *Eliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant: ce qui reste à investir.* Dakar: CNLS.
8. Conseil national de lutte contre le SIDA (2017). *Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie du VIH/SIDA Sénégal 2015-2016: Suivi de la déclaration politique sur le VIH 2016.* Dakar Sénégal: CNLS.
9. Conseil national de lutte contre le SIDA, le groupe de la Banque Mondiale et Optima (2016). *Optimiser les investissements pour une riposte durable et efficace au VIH au Sénégal : Constats d'une étude de l'efficacité allocative de la riposte au VIH.* Dakar: Gouvernement du Sénégal.
10. Conseil national de lutte contre le sida et Handicap International (Août 2016). *Enquête Bio-comportementale sur la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH au Sénégal 2015 : Rapport d'analyse.* Dakar : CNLS/Handicap International/APAPS/LBV/Expertise France/Initiative 5%.
11. Conseil national de lutte contre le SIDA (2016). *Enquête Nationale de Surveillance Combinée de 2015. Rapport de synthèse.* Dakar : CNLS/APAPS/MSAS/DLSI-MST.
12. Conseil national de lutte contre le SIDA (2016). *Evaluation à mi-parcours du Plan stratégique national de lutte contre le sida 2014-2017.* Dakar Sénégal : CNLS.
13. Conseil National de Lutte contre le sida du Sénégal (2014). *Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2014-2017.* Dakar: Primature, Gouvernement du Sénégal.
14. Conseil National de Lutte contre le sida du Sénégal (2013). *Analyse de la distribution des nouvelles infections par le VIH au Sénégal Recommandations pour la prévention : Rapport M.o.T.* Dakar : CNLS/ONUSIDA

15. *Family Health International 360 (2016). Rapport annuel. Dakar : FHI.*

16. *Gouvernement du Sénégal (2014). Plan Sénégal Emergent (PSE) : Dakar : Gouvernement du Sénégal. Disponible au : <https://www.sec.gouv.sn/-Plan-Senegal-Emergent-PSE,65-.html> Consultée le 23/11/2017.*

17. *Laboratoire de Bactériologie et de Virologie (2016). Surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes en 2014 : Evaluation des données du programme de transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) au Sénégal. Dakar : CNLS-CDC-IRESSEF.*

18. *Ministère de la santé et de la prévention (2009). Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), 2009-2018. Dakar : Gouvernement du Sénégal. Disponible au : [http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country\\_Pages/Senegal/PNDS2009\\_2018.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Senegal/PNDS2009_2018.pdf) Consultée le 23/11/2017.*

19. *Nations Unies (Juin 2016). Déclaration politique sur le VIH/sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. New York : NU. Disponible au : [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_fr.pdf) Consultée le 02/12/2017.*

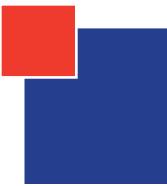
20. *Nations Unies (2016). Objectifs de développement durable : 17 Objectifs pour transformer notre monde. New York : NU. Disponible au : [https://www.unric.org/html/english/library/backgrounder/sdgs\\_french.pdf](https://www.unric.org/html/english/library/backgrounder/sdgs_french.pdf) Consultée le 02/12/2017.*

21. *Nations Unies (2015). Objectifs du Millénaire pour le Développement : Rapport 2015. New York : NU. Disponible au : [http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport\\_2015.pdf](http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf). Consultée le 23/11/2017.*

22. *Organisation Mondiale de la Santé (2015). Orientations Mondiales relatives aux critères et procédures de validation : Elimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la Syphilis. Genève : OMS. Disponible au : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177834/1/9789242505887\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177834/1/9789242505887_fre.pdf) Consultée le 02/12/2017.*

23. *Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida-ONUSIDA (2017). Estimations des données du VIH au Sénégal en 2016 par le logiciel Spectrum : ONUSIDA.*

24. *Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida-ONUSIDA (2014). 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Genève : ONUSIDA. Disponible au : [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf). Consultée le 23/11/2017.*



## Annexe

---

### Matrice du cadre des résultats

Résultat impact 1 : En 2022, les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 75 %		
Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
<b>Effet 1.1</b> : En 2022, 90 % des populations clé (PS, HSH, CDI, Détenus) utilisent le paquet de services de prévention combinée	<b>Produit 1.1.1</b> : 90 % des PS et des HSH ont accès à un paquet complet de services de prévention combinée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualisation de la cartographie des sites des PS et HSH dans les différentes régions pour identifier les « hots spots » (approche population et location)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation du web et réseaux sociaux pour la sensibilisation et la promotion des services auprès des populations clés.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des centres de Santé dans l'environnement des « Hots spots » pour la fourniture de services bio-médicaux aux HSH et PS (prise en charge IST, dépistage, préservatifs, etc.)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mises- en œuvre des approches et services adaptés aux adolescent(e)s et jeunes PS et HSH</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place la Prophylaxie pré Exposition (PrEP) pour la prévention du VIH parmi les HSH et PS dans les sites de plus forte prévalence.</li> </ul>
	<b>Produit 1.1.2</b> : Les prisonniers reçoivent un paquet adapté de services dans tous les établissements pénitentiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement de la promotion et de l'offre de dépistage dans le cadre de 90-90-90</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement de la coordination et du réseautage entre les acteurs œuvrant dans la fourniture des services de prévention combinée pour les PS et les HSH dans les différents sites d'intervention</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartographie des établissements pénitentiaires offrant les services adaptés de prévention d'IST/VIH/TB</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Plaidoyer auprès des responsables des établissements pénitentiaires pour les actions de prévention</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Définition d'un paquet de service adapté au contexte de détention (offre de dépistage IST/VIH, TB orientations vers la PEC en cas de séropositivité)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Action de sensibilisation et de prévention du VIH auprès des prisonniers</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement de la promotion et de l'offre de dépistage dans le cadre de 90-90-90</li> </ul>

<p><b>Effet 1.2 :</b> En 2022, 80 % des CDI utilisent les services de Réduction des Risques (RdR)</p>	<p><b>Produit 1.2.1 :</b> 90 % des CDI ont accès aux matériaux de prévention et autres services de Réduction des Risques (RdR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation aux méfaits des drogues</li> <li>• Mise en œuvre et extension de l'éducation de proximité et la distribution des kits d'injection et préservatifs, orientation pour le dépistage VIH et VHC</li> <li>• Prise en charge médicale et psychothérapeutique des addictions</li> <li>• Appui Psychosocial aux CDI et auto-support</li> <li>• Appui à l'insertion/réinsertion socioprofessionnelle</li> <li>• Renforcement de la promotion et de l'offre de dépistage dans le cadre de 90-90-90</li> </ul> <p><b>Produit 1.2.2. :</b> 60 % des CDI ont accès au traitement de substitution aux opiacés</p>
<p><b>Effet 1.3 :</b> En 2021 70 % des populations vulnérables utilisent les services de prévention</p>	<p><b>Produit 1.3.1 :</b> Les femmes en situation de vulnérabilité accès aux services de prévention</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie des principaux sites de vulnérabilité des femmes pour planifier les interventions de prévention IST/VIH</li> <li>• Amélioration de la prise en charge des IST chez les femmes et leurs partenaires</li> <li>• Renforcement de la promotion et de l'offre de dépistage</li> <li>Implication des unités de prise en charge des femmes victimes de violence sexuelle</li> <li>• Renforcement de la promotion et de l'offre de dépistage dans le cadre de 90-90-90</li> </ul> <p><b>Produit 1.3.2 :</b> Les hommes en situation de vulnérabilité Pêcheurs, Personnel en uniforme, population mobiles Personnes handicapées, et autres, sont sensibilisé et ont accès aux services de prévention du VIH ont accès aux services</p>
<p><b>Effet 1.4 :</b> En 2022, 90% des personnes présentant des symptômes d'IST qui ont recours aux services de Santé publics, privés ou communautaires reçoivent une prise en charge de qualité</p>	<p><b>Produit 1.4.1 :</b> les services de santé publics et privés offrent une prise en charge optimale aux personnes consultant pour IST</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion des services de prévention et de prise en charge des IST du système public et privé</li> <li>• Prise en charge syndromique précoce et correcte des cas IST y compris la syphilis (intégrant la PEC des partenaires)</li> <li>• Renforcement des capacités des prestataires de soins au niveau public, privé</li> <li>• Approvisionnement régulier des structures de santé et ONG en médicaments pour la prise en charge des IST</li> <li>• Renforcement de la promotion et de l'offre de dépistage dans le cadre de 90-90-90</li> </ul> <p><b>Produit 1.4.2 :</b> Les organisations de la société civile offrent une prise en charge adaptée et de qualité aux populations clés souffrant d'IST</p>

<p><b>Effet 1.5 :</b> En 2022 90% des adolescent(e)s et des jeunes les plus vulnérables disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST</p>	<p><b>Produit 1.5.1 :</b> 90% des jeunes scolarisés ont bénéficié de sensibilisations sur les modes de transmission et les moyens de prévention des IST/VIH dans le cadre de leur curricula de formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration de l'Éducation sexuelle complète et d'un module sur le VIH dans le programme scolaire y compris d'éducation non formelle</li> <li>• Mise en œuvre/extension de l'éducation par les pairs dans les collèges et les lycées</li> <li>• Utilisation des réseaux sociaux et plateformes</li> </ul>
	<p><b>Produit 1.5.2 :</b> 60% des adolescent(e)s et jeunes les plus vulnérables sont sensibilisés et ont accès à des services de SSR et de prévention des IST/VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement des activités de proximité et de soutien sensibilisation des jeunes non scolarisés (Jeunes de la rue, milieu de travail, jeunes à besoin spécifiques) avec l'implication des établissements sociaux de la protection de l'enfance et des OSC</li> <li>• Renforcement des capacités des animateurs œuvrant auprès des jeunes non scolarisés</li> <li>• Renforcement des interventions des centres conseils pour ados avec intégration d'un paquet de services adapté</li> <li>• Renforcement de l'approche d'éducation par les pairs</li> <li>• Production de nouveaux supports d'information (Web, média sociaux, Spots, Vidéos...)</li> </ul>
<p><b>Effet 1.6 :</b> La disponibilité du préservatif pour la prévention du VIH est assurée dans toutes les régions</p>	<p><b>Produit 1.6.1 :</b> 90 % des besoins nationaux en préservatifs masculins ou féminins sont couverts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité au préservatif</li> <li>• Mise en œuvre d'un système de gestion intégré avec le programme de PF (commande et distribution)</li> </ul>
	<p><b>Produit 1.6.2 :</b> une stratégie de promotion, et de distribution des préservatifs est mise en œuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie et diffusion de l'information des points de distribution dans les services de santé, les associations et autres lieux de proximité</li> <li>• Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité au préservatif et du gel lubrifiant au niveau des points de distribution dans les services de santé, les associations et autres lieux de proximité.</li> <li>• Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif</li> </ul>
<p><b>Effet 1.7 :</b> Les personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la -Prophylaxie Post-Exposition (PPE)</p>	<p><b>Produit 1.7.1 :</b> 100 % des hôpitaux offrent la PPE en cas d'AES ou sexuels selon les procédures nationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des mesures de protection contre l'infection à VIH en milieu de soins</li> <li>• Renforcement de la prise en charge des cas d'accidents d'exposition au sang ou sexuels dans les structures de santé</li> <li>• Promotion du protocole national des AES</li> <li>• Promotion de l'information auprès des victimes de VBG pour le recours au traitement préventif</li> </ul>
	<p><b>Produit 1.7.2 :</b> les structures de santé mettent en œuvre un renforcement des compétences du personnel sur la prévention et la prise en charge des AES ou sexuels</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des professionnels de santé pour l'application des protocoles d'AES</li> <li>• Formation et renforcement de la collaboration avec les unités médicales et les centres sociaux pour la prise en charge des VBG</li> <li>• Suivi et documentation de tous les cas d'AES ou Violence sexuelle</li> </ul>

<p><b>Effet 1.8 :</b> En 2020, la transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduite à moins de 2 %</p>	<p><b>Produit 1.8.1 :</b> 100 % des femmes qui fréquentent les services de SMI/PF sont sensibilisés sur PTME et le dépistage du VIH dans le cadre de la SSR</p> <p><b>Produit 1.8.2 :</b> 95 % des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH (en CPN ou lors de l'accouchement, dans les structures publiques et privées) et reçoivent des ARV pour réduire le risque de transmission à leur enfant</p> <p><b>Produit 1.8.3 :</b> 95% des enfants nés de mères séropositives bénéficient d'un dépistage précoce du VIH et d'un suivi au cours des 18 premiers mois après l'accouchement</p> <p><b>Produit 1.8.4 :</b> 95 % des femmes séropositives suivies utilisent les services de SSR/PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroissement de l'offre de conseil et dépistage du VIH chez les femmes enceintes et leur conjoint/partenaire</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un dispositif pour une disponibilité pérenne des intrants</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initier un partenariat fécond avec l'association des Sages-Femmes et de « badienou gox »</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage communautaire autotests (partenaires, jeunes, adolescentes, le milieu scolaire, les vendeuses ambulantes)</li> <li>• Extension du paquet de PTME au niveau des structures de santé du secteur privé</li> <li>• Accroissement de la couverture des structures publiques offrant la PTME à toutes les maternités et cliniques privées</li> </ul>	
<p><b>Effet 1.8 :</b> En 2020, la transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduite à moins de 2 %</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des capacités des prestataires et des structures</li> </ul>	
<p><b>Produit 1.8.2 :</b> 95 % des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH (en CPN ou lors de l'accouchement, dans les structures publiques et privées) et reçoivent des ARV pour réduire le risque de transmission à leur enfant</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de la disponibilité des ARV pour les femmes enceintes séropositives</li> <li>• Promotion de l'utilisation continue des services PTME par les femmes enceintes séropositives</li> <li>• Promotion de l'accouchement assisté par un prestataire qualifié</li> <li>• Renforcement de l'offre de service de dépistage précoce dans les services de santé maternelle et infantile</li> <li>• Campagne de dépistage actif des cibles pédiatrique (CPON, Séances Vaccinations, Unité de PEC de la malnutrition ...)</li> </ul>	
<p><b>Produit 1.8.3 :</b> 95% des enfants nés de mères séropositives bénéficient d'un dépistage précoce du VIH et d'un suivi au cours des 18 premiers mois après l'accouchement</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion du dépistage précoce des enfants exposés au VIH</li> </ul>	
<p><b>Produit 1.8.4 :</b> 95 % des femmes séropositives suivies utilisent les services de SSR/PF</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un dispositif pour une disponibilité pérenne des intrants pour le diagnostic précoce et sérologique.</li> <li>• Définir un circuit clair pour l'acheminement des échantillons des sites vers les laboratoires de réalisation des tests</li> <li>• Mettre en place un mentoring pour la rétention des enfants</li> <li>• Mettre en place la surveillance de la résistance</li> <li>• Mettre en place un dispositif pour une disponibilité pérenne des ARVs pédiatriques avec des formulations adaptées.</li> <li>• Renforcement du suivi actif du couple mère-enfant</li> </ul>	
<p><b>Produit 1.8.4 :</b> 95 % des femmes séropositives suivies utilisent les services de SSR/PF</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement du système de suivi et évaluation des activités des sites PTME</li> <li>• Renforcer l'intégration PTME / SMNI</li> <li>• Renforcer le système de référence et contre référence et l'accompagnement social de femmes enceintes séropositives entre les interventions communauté – centre de santé- maternité</li> </ul>	

Résultat transversal 1 : D'ici 2022, les obstacles qui entravent les droits humains et le genre sont levés		
Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
<b>Effet 3.1 :</b> En 2022, l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination	<p><b>Produit 3.1.1 :</b> Le dispositif juridique et la réglementation nationale existants sont utilisés pour protéger les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination</p> <p><b>Produit 3.1.2 :</b> La stigmatisation et la discrimination y compris en milieu institutionnel et de soins est réduite grâce aux renforcements des capacités des intervenants des prestataires de santé</p> <p><b>Produit 3.1.3 :</b> Les PVVIH ayant besoin bénéficient des services de protection relatifs aux droits humains en lien avec la lutte contre la stigmatisation et la discrimination prenant en compte le genre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diffusion de textes et de la réglementation nationale qui protègent les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination</li> <li>Interventions de plaidoyer auprès des décideurs pour la protection des intervenants qui agissent auprès des populations clés</li> <li>Révision/Vulgarisation de la loi VIH</li> <li>Renforcement des capacités des autorités judiciaires et prestataires sur la loi VIH</li> <li>Collecte des données</li> <li>Plaidoyer et sensibilisation des décideurs et des acteurs de la riposte (prestataires de santé, les médias, forces de défense et de sécurité) sur le VIH et les enjeux de santé publique</li> <li>Formation des professionnels de santé en matière de stigmatisation et discrimination des PVVIH</li> <li>Identification et information des PVVIH sur tous les dispositifs de protection des droits humains</li> <li>Protection juridique des droits économiques et sociaux des PVVIH et des groupes vulnérables (l'assistance juridique et judiciaire, formation juridique...)</li> </ul>
<b>Effet 3.2 :</b> La stratégie nationale contribue à réduire l'inégalité entre les sexes et les violences basées sur le genre	<p><b>Produit 3.2.1 :</b> Les stratégies nationales en matière d'égalité et intègrent la composante VIH</p> <p><b>Produit 3.2.2 :</b> Les programmes de lutte contre les violences fondées sur le genre intègrent la composante VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui aux acteurs de la riposte au VIH pour l'intégration du genre dans les interventions</li> <li>Plaidoyer pour l'intégration du VIH dans les programmes sur l'égalité</li> <li>Identification des programmes sur la promotion de l'égalité des droits</li> <li>Plaidoyer pour l'intégration du VIH dans les programmes sur l'équité et l'égalité de genre</li> <li>Prioriser la cible femme dans les stratégies de riposte au VIH;</li> <li>Mettre en place une plateforme sur la dimension genre et VIH (Dialogue, information, veille et alerte sur les violences)</li> <li>Développement de programmes de leadership auprès des OEV pour porter le combat de la lutte contre le VIH</li> <li>Mise en place de partenariat avec les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux pour la promotion de l'égalité et de la lutte contre les violences basées sur le genre</li> </ul>

<b>Résultat transversal 2 : D'ici 2022, la gouvernance de la riposte nationale est efficace et efficiente pour aller vers l'élimination</b>		
Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
<b>Effet 4.1 :</b> La coordination et le leadership de la riposte nationale au sida sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé d'ici 2022.	<b>Produit 4.1.1 :</b> Les organes de coordination de la riposte au niveau national et régional sont fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des capacités humaines, techniques et financières des structures de coordination de lutte contre le sida, au niveau national, et régional. (CNLS)</li> </ul>
	<b>Produit 4.1.2 :</b> La multisectorialité dans la riposte nationale est renforcée et les ministères clés y contribuent selon leur mandat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redynamisation les instances de coordination de lutte de contre le sida au niveau régional, départemental et local</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des capacités managériales et financières des organes d'orientation dans le cadre de la multisectorialité</li> </ul>
	<b>Produit 4.1.3 :</b> La veille informationnelle du SIDA est maintenue	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégie intégrée du VIH dans les stratégies sectorielles avec un système de suivi et de redevabilité des ministères</li> <li>Appui à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans sectoriels de lutte contre le sida et leur mise en œuvre par les départements concernés</li> <li>Renforcement de la coopération transfrontalière, sous régionale, régionale et internationale</li> <li>Synergie d'actions entre le secteur public, privé et société civile, et armées (militaire)</li> <li>Renforcement de la communication institutionnelle sur le VIH/SIDA</li> </ul>
<b>Effet 4.2 :</b> Le leadership des grandes villes du Sénégal, à travers les Mairies et autres collectivités territoriales est renforcé.	<b>Produit 4.2.1 :</b> Les grandes villes intègrent l'appui à la réponse locale au VIH dans le plan de développement communal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaboration du profil des villes (épidémiologie et services)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégration du VIH dans les plans communaux des municipalités</li> </ul>
	<b>Produit 4.2.2 :</b> Les ressources de collectivités territoriales affectées à la Santé/Sida sont disponibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plaidoyer pour un engagement plus fort des autorités politiques, administratives</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Plaidoyer auprès des collectivités territoriales</li> <li>Plan d'action des municipalités/conseil régional</li> <li>Appui et financement des projets locaux de la société civile</li> </ul>

<b>Effet 4.3 : Le système communautaire apporte une contribution stratégique et opérationnelle à l'accélération de la réponse</b>	<b>Produit 4.3.1 : Le cadre de coordination du système communautaire est renforcé au plan programmatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des capacités des réseaux de coordination et des OSC</li> <li>• Renforcement de capacités des acteurs communautaires sur les thématiques innovantes (auto test, traitement différencié)</li> <li>• Intégration des services lors des stratégies mobiles (prévention, dépistage, CV)</li> <li>• Mettre en place un réseau de bénévoles autour des sites de PEC pour l'accompagnement psychosocial (voir soins palliatifs)</li> <li>• Renforcement du réseautage des fai-faïères</li> <li>• Amélioration du système d'informations stratégique communautaire en mettant en place un outil harmonisé de collecte</li> <li>• Extension et renforcement de l'observatoire communautaire d'accès au traitement dans les autres régions</li> </ul>
	<b>Produit 4.3.2 : Le cadre de partenariat et le système de contractualisation et établit avec les institutions gouvernementales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement du cadre institutionnel de la plateforme du RSS</li> </ul>
	<b>Produit 4.3.3 : Les ressources financières allouées au système communautaire, y compris les groupes de PVVIH et groupes de populations clés sont accrues</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès aux financements nationaux internationaux</li> <li>• Mise en place de mécanisme de redélocalisabilité</li> </ul>



	<p><b>Produit 4.4.1 :</b> Le budget de l'Etat, relatif à la lutte contre le VIH/SIDA est augmenté et pérennisé pour couvrir les besoins en médicaments et intrants ainsi que les ressources humaines.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaidoyer pour l'intégration du budget de lutte contre le VIH/SIDA dans la programmation du budget de l'Etat (Augmentation progressive du budget).</li> <li>• Identification des mécanismes de financement.</li> <li>• Renforcement de l'implication du secteur privé</li> </ul>
	<p><b>Produit 4.4.2 :</b> La contribution du secteur privé et des collectivités territoriales au financement de la lutte contre le sida est augmentée</p> <p><b>Produit 4.4.3 :</b> La contribution des caisses d'assurance maladies CMU dans la PEC des PPVIH est assurée</p> <p><b>Produit 4.4.4 :</b> Le plan de transition et de durabilité des financements est disponible et mis en œuvre</p> <p><b>Produits 4.4.5 :</b> Les Ressources externes (FM- donateurs internationaux- les nations unis) sont mobilisées pour appuyer le PSN</p> <p><b>Produit 4.4.6 :</b> Un système de gestion des risques programmatiques et financiers est mis en place et est opérationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des opportunités de financements disponibles de la lutte contre le sida dans le secteur privé (état des lieux,)</li> <li>• Partenariat public privé</li> <li>• Création de mécanismes de financement innovant (taxes, téléphonie mobile...)</li> <li>• Assurer que toutes les PPVIH ne disposant pas de couverture médicale bénéficient de la CMU et autres dispositifs sociaux</li> <li>• Identification de toutes les sources de financement domestique</li> <li>• Elaboration du Plan de transition</li> <li>• Négociation avec les décideurs nationaux</li> <li>• Elaboration du plan opérationnel budgétisé du PSN</li> <li>• Analyse des gaps financiers</li> <li>• Préparation du dialogue national avec le CCM</li> <li>• Élaboration de la note conceptuelle dans le cadre du nouveau modèle de financement</li> <li>• Plan de gestion des risques financiers</li> <li>• Les audits opérationnels et financiers annuels sont réalisés</li> <li>• Développement d'un système fonctionnel d'alerte sur la gestion</li> </ul>

<b>Effet 4.6 :</b> Les informations stratégiques de qualité sur les IST, le VIH et les co-morbidités sont produites et utilisées pour la prise de décision.	<b>Produit 4.6.1 :</b> Le Système d'information est renforcé et opérationnel (Un système informatisé adapté et opérationnel au niveau local/provincial/régional et national et doté de moyens humains formés et matériels)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement et installation d'une application de suivi des cas centrés sur la personne (dossier individuel des patients) aux niveaux central et décentralisé</li> <li>• Renforcement du système de collecte et de gestion des données sur les IST et le VIH/sida, y compris les données communautaires ;</li> <li>• Développement et installation de bases de données sur le VIH aux niveaux central et décentralisé ;</li> <li>• Développement du Code Unique d'identification pour les bénéficiaires des services</li> <li>• Intégration du Système d'information du VIH dans le SNIS dans le cadre du RSS</li> </ul>
	<b>Produit 4.6.2 :</b> Un agenda de recherche national en matière de IST/VIH/sida est développé et mise en œuvre (Les enquêtes et les études bio-comportementales, recherches opérationnelles, études financières, études socio-économiques)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de la surveillance comportementale, de la surveillance épidémiologique, de la surveillance des résistances aux traitements</li> <li>• Renforcement de la Recherche opérationnelle</li> <li>• Réalisation d'Études d'impacts du VIH/sida</li> </ul>
	<b>Produit 4.6.3 :</b> Le partenariat entre les parties prenantes impliquées dans la production de l'information stratégique de qualité sur le VIH est renforcé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des capacités des associations partenaires et des autres entités qui participent à la riposte dans le suivi évaluation et la production de données stratégiques fiables</li> <li>• Renforcement de la rétro-information et la diffusion de l'information</li> <li>• Développement d'un partenariat entre le CNLS et les institutions de recherche</li> </ul>
	<b>Produit 4.6.4 :</b> L'information stratégique sur la riposte nationale est diffusée et utilisée pour le processus de planification, de gestion et de prise de décisions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de la coordination entre les partenaires en matière d'information stratégique (Partage systématique avec le CNLS des rapports des études et recherches effectuées au Sénégal, rapports nationaux, etc.)</li> <li>• Mise en place d'un système informatisé de notification des cas de dépistage (généralisation au niveau de tous les sites, l'expérience avec l'IRSSEF)</li> <li>• Utilisation du e-learning pour le renforcement des capacités des acteurs</li> </ul>

## Budget PSN 2018-2002 selon l'Orientation Stratégique

ORIENTATION STRATEGIQUE No 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 75 %		
Résultat impact 1 : En 2022, les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 75 %		
Résultats d'effet 1.1 : En 2022, 90 % des populations clé (PS, HSH, CDI, Détenus) utilisent le paquet de services de prévention combinée.	8 920 239 250	11,63 %
Résultat d'effet 1.2 : En 2022, 80 % des CDI utilisent les services de Réduction des Risques (RdR).	1 941 034 541	2,53 %
Résultat d'effet 1.3 : En 2022 70 % des populations vulnérables utilisent les services de prévention.	2 465 099 200	3,21 %
Résultat d'effet 1.4 : En 2022, 90 % des personnes présentant des symptômes d'IST qui ont recours aux services de Santé publics, privés ou communautaires reçoivent une prise en charge de qualité	1 108 281 156	1,45 %
Résultat d'effet 1.5 : En 2022 90 % des adolescent(e)s et des jeunes filles et garçons disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST	743 615 000	0,97 %
Résultat d'effet 1.6 : La disponibilité du préservatif pour la prévention du VIH est assurée dans toutes les régions.	452 521 336	0,59 %
Résultat d'effet 1.7 : Les personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE).	523 542 500	0,68 %
Résultat d'effet 1.8 : En 2022, la transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduite à moins de 2 %	13 697 538 007	17,86 %
29 851 870 990		
ORIENTATION STRATEGIQUE No 2 : La mortalité liée au VIH est réduite de 80%		
Résultat d'impact 2 : En 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 80%		
Résultat d'effet 2.1 : En 2022, 95 % des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique pour le VIH	2 608 876 607	3,40 %
Résultat d'effet 2.2 : En 2022 95 % des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral.	15 702 963 337	20,47 %
Résultat d'effet 2.3 : En 2022, 90 % des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois.	5 244 602 052	6,84 %
Résultat d'effet 2.4: En 2022, 80 % des PVVIH suivies bénéficient du paquet minimum de services pour un accompagnement psychologique et social.	145 570 000	0,19 %

23 702 011 996		
<b>ORIENTATION STRATEGIQUE No 3 : Lever les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre</b>		
Résultat transversal 1 : D'ici 2022, les obstacles qui entravent les droits humains et le genre sont levés		
Résultat d'effet 3.1 : En 2022 l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination	451 620 000	0,59 %
Résultat d'effet 3.2 : La stratégie nationale contribue à réduire l'inégalité entre les sexes et les violences basées sur le genre	578 285 000	0,75 %
1 029 905 000		
<b>ORIENTATION STRATEGIQUE No 4 : La gouvernance de la riposte au sida est renforcée</b>		
Résultat transversal 2 : D'ici 2022 la gouvernance de la riposte nationale est efficace et efficiente pour aller vers l'élimination		
Résultat d'effet 4.1 : La coordination et le leadership de la riposte nationale au sida sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé d'ici 2022.	11 038 062 348	14,39 %
Résultat d'effet 4.2 : Le leadership des grandes villes du Sénégal, à travers les Mairies et autres collectivités territoriales est renforcé.	1 374 475 000	1,79 %
Résultat d'effet 4.3 : Le système communautaire apporte une contribution stratégique et opérationnelle à l'accélération de la riposte	1 170 588 835	1,53 %
Résultat d'effet 4.4 : Le financement durable du PSN 2018-2022 est assuré.	1 330 409 000	1,73 %
Résultat d'effet 4.5 : Le système de santé est résilient et pérenne pour l'atteinte des résultats	362 641 250	0,47 %
Résultat d'effet 4.6 : Les informations stratégiques de qualité sur les IST, le VIH et les co-morbidités sont produites et utilisées pour la prise de décision.	3 136 848 765	4,09 %
Résultat d'effet 4.7: Les systèmes d'approvisionnement, de distribution des produits de santé et le système des laboratoires sont efficaces	3 698 081 826	4,82 %
22 111 107 024		
<b>TOTAL ANNÉE</b>	<b>76 694 895 010</b>	<b>100,00 %</b>

## Notes

## Notes





Chu Fann -Tél. 33 869 09 09  
[www.cnls-senegal.org](http://www.cnls-senegal.org)