



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Un peuple – Un but – Une foi

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL

POUR UNE RIPOSTE MULTISECTORIELLE INTEGREE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE, LES HEPATITES VIRALES ET LES IST



2023/2030



Mars 2023





Table des matières

Sigles et Abréviations.....	6
Liste des tableaux.....	10
Liste des figures.....	10
Préface du Ministre de la Santé et de l'Action sociale	12
Avant-propos.....	13
Remerciements.....	14
Résumé exécutif.....	15
Introduction	20
Processus d'élaboration du PSNI.....	21
Chapitre I : Contexte national.....	22
1.1. Contexte socio-économique	22
1.2. Système de santé	23
1.2.1. Pyramide sanitaire	23
1.2.2. Situation sanitaire.....	24
1.2.3. Gouvernance et leadership	24
1.2.4. Ressources humaines pour la santé.....	24
1.2.5. Financement de la santé.....	24
1.2.6. Équité sociale et Droits humains	25
1.2.7. Analyse de la résilience du système face aux urgences sanitaires	26
Chapitre II : Analyse de la situation épidémiologique et principaux résultats de la riposte au sida, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST.....	28
2.1 Situation du VIH/Sida au Sénégal.....	28
2.1.1 Prévalence de l'infection à VIH dans la population générale	28
2.1.2 Estimation des personnes vivant avec le VIH au Sénégal	29
2.1.3 Nouvelles infections par le VIH.....	31
2.1.4 Décès liés au VIH.....	31
2.1.5 Prévalence et nouvelles infections à VIH parmi les populations clés	32
2.1.6 Prévalence de l'infection à VIH chez les populations en contexte de vulnérabilité.....	33
2.2 Situation de la Tuberculose au Sénégal.....	34
2.2.1 Morbidité et mortalité liées à la tuberculose.....	34
2.2.2 Tuberculose de l'enfant et de l'adolescent.....	39
2.2.3 Tuberculose chez les personnes âgées de 55 ans et plus	39
2.2.4 Tuberculose multirésistante.....	40
2.1.5 Traitement préventif de la tuberculose.....	41

2.2.6 Comorbidités liées à la tuberculose	43
2.2.6.1 <i>Coinfection VIH et tuberculose</i>	43
2.2.6.2 <i>Tuberculose-Diabète</i>	44
2.2.6.3 <i>Tuberculose et Tabagisme</i>	44
2.2.6.4 <i>Tuberculose et Malnutrition</i>	45
2.2.6.5 <i>Performances thérapeutiques</i>	45
2.3 Situation des Hépatites Virales au Sénégal.....	47
2.3.1 L'hépatite B.....	48
2.3.2 L'hépatite C.....	49
2.3.3 Facteurs liés aux hépatites.....	49
2.3.4 Coinfection VIH avec les virus de l'hépatite B et C.....	50
2.4 Situation des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) au Sénégal.....	51
Chapitre III : Stratégie nationale intégrée pour une riposte multisectorielle contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST.....	54
3.1 Référentiels nationaux et internationaux.....	54
3.2 Cadre de riposte intégrée et multisectorielle	57
3.3 Priorités du PSNI 2023 – 2030.....	59
Chapitre IV : Orientations Stratégiques du PSNI 2023 – 2030.....	60
4.1 Vision stratégique, But et Principes Directeurs.....	60
4.2 Cadre de Résultats.....	61
4.3 Orientations Stratégiques selon le cycle de vie.....	73
4.3.1 Chez la femme enceinte et le nouveau-né	73
4.3.2 Chez les enfants, les adolescents et les jeunes de moins de 20 ans.....	80
4.3.3 Chez les adultes hommes et femmes de 20 à 49 ans.....	92
4.3.4 Chez les adultes hommes et femmes de plus de 50 ans et chez les personnes âgées	102
4.4 Orientations stratégiques spécifiques aux populations et aux maladies.....	106
4.4.1 Prévention, Dépistage et Prise en charge des populations clés.....	106
4.4.2 Réduction des Risques et prise en charge des CDI.....	104
4.4.3 Groupes clés et vulnérables de la Tuberculose	112
4.4.4 Stratégie de lutte contre la tuberculose et le VIH en milieu carcéral.....	113
4.4.5 Personnes en situation de handicap	117
4.4.6 Interventions prioritaires transversales en direction des populations clés et vulnérables.....	120
4.4.7 Prise en charge des Coinfections et des Comorbidités.....	122
4.4.8 Tuberculose Multirésistante (TB-MR).....	124
4.4.9 Promotion des services IST complets avec sensibilisation, prévention, dépistage et prise en charge des cas.....	126
4.4.10 Prévention de la transmission de l'hépatite dans les établissements de santé.....	127

4.5 Orientations stratégiques transversales et communes aux maladies	128
4.5.1 Équité, Genre et Droits Humains	128
4.5.2 Renforcement du système de surveillance et de gestion de l'information sanitaire.....	132
4.5.3 Renforcement du système national de Gestion des Approvisionnements et des Stocks.....	134
4.5.4 Renforcement du Système National de Laboratoire	137
4.5.5 Décentralisation et Renforcement de l'offre de services privés.....	141
4.5.6 Communication pour le Renforcement des Connaissances et les Changements de Comportements (IEC/CCC).....	143
4.5.7 Renforcement du système communautaire à l'accélération de la réponse.....	145
4.5.8 Promotion de la Recherche et de l'Innovation.....	149
Chapitre V : Cadre de Coordination et de Mise en œuvre du PSNI	154
5.1 Leadership et Coordination.....	154
5.1.1 Leadership, orientation et décision : Primature, Ministre de la santé	155
5.1.2 Coordination stratégique : DGS/DLM, SE/CNLS, DGES, DGAS, DPRS, CCM, Secteur privé, Réseaux des OSC, PTF	156
5.1.3 Organes de coordination Stratégique et Technique : DGS/DLM, SE/CNLS, DGES, DGAS, DPRS, CCM, Secteur privé, Réseaux des OSC, PTF, PNT, DLSI, PNLH, RM, DEPrS, ONG.....	157
5.2 Mise en œuvre du Plan stratégique intégré	161
Chapitre VI : Cadre de Suivi Évaluation du PSNI	164
6.1 Organisation et structures de Suivi & Évaluation.....	165
6.2 Collecte des données et informations non routinières.....	165
6.3 Système de surveillance et de notification.....	165
6.4 Supervisions.....	166
6.5 Cadre de performance	166
Chapitre VII : Financement du Plan stratégique intégré.....	170
7.1 Cadrage budgétaire du Plan stratégique intégré 2023-2030	171
7.2 Paysage financier	174
7.3 Stratégies pour la mobilisation des ressources.....	175
Chapitre VIII : Menaces, Risques/Urgences sanitaires et autres- Mesures de mitigation – Mécanisme d'audit et d'assurance ...	176
8.1. Menaces, risques d'urgence sanitaires, risques organisationnels de gestion intégrée et autres risques.....	176
8.2. Mesures d'atténuations.....	178
8.3. Mécanismes d'audit et d'assurance.....	180
IX Annexes du PSNI.....	181

Sigles et Abréviations

AADM	Adolescent Assessment and Decision Makers
ACE	Atteindre Chaque Enfant
ADO	Adolescent
ADVIH	Auto dépistage du VIH
AEMO	Action Éducative à Milieu Ouvert
ANCS	Alliance Nationale des Communautés pour la Santé
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
ANSFES	Association Nationale des Sages Femmes d'Etat du Sénégal
APSR	Approche Pratique Santé Respiratoire
ARV	Antirétroviral
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial
ASPP	Association Sénégalaise des Pédiatres Privés
Bajenu Gox	Marraines de quartiers
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BRH	Brigade Régionale de l'Hygiène
CAC	Cycle d'Actions Communautaires
CAOSP	Centre Académique de l'Orientation Scolaire Professionnelle
CAR	Collecte Acheminement et Rendu Résultats
CCA	Centre Conseil pour Adolescent
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CCSC	Communication pour un Changement Social de Comportement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDEPS	Centre Départemental de l'Éducation pour la Santé
CDI	Consommateur de Drogues Injectables
CDT	Chargé de Traitement de la Tuberculose
CDV	Conseils et Dépistage Volontaire
CEDAF	Centre Départemental d'Assistance et de Formation pour la Femme
CEDEAO	Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest
CEPIAD	Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions à Dakar
CMT	Comité médical Technique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNDN	Conseil National de Développement de la Nutrition
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNTS	Centre national de Transfusion Sanguine
CODEC	Collectifs des Directeurs d'Écoles
COVID 19	Coronavirus Disease 2019
CPN	Consultation Périnatale
CPRS	Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale

CRCF	Centre Régional de Recherche et de Formation
CREN	Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle
CRETf	Centre Régional d'Enseignement Technique Féminin
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT	Collectivité Territoriale
CV	Charge Virale
DAARAS	Ecoles Coraniques
DH	Droits Humains
DHIS2	District Health Information Software 2
DLSI	Division de Lutte contre le Sida et les IST
DPPD	Document de programmation pluriannuelle des dépenses
DS	District Sanitaire
DSISS	Direction Système d'information Sanitaire du Sénégal
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
ECD	Équipe Cadre de District
ECR	Équipe Cadre de Région
EDSC	Enquête démographique de Santé-Continue
ENCS	Enquête Nationale de Surveillance Combinée
END-TB	Mettre fin à la tuberculose
EPOA	Approche améliorée de sensibilisation par les pairs
EPS	Établissement Public de Santé
eTME	élimination de la Transmission Mère Enfant
ETP	Éducation Thérapeutique
EVF	Éducation à la Vie Familiale
EVVIH	Enfant Vivant avec le VIH
FAR	Femme en Age de Procréer
FNR	Fonds National de Retraites
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GHSS	Global Health Systems Solutions
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
HI	Humanité Inclusion
HMO	Hôpital Militaire de Ouakam
HP	Hépatite
HPV	Human Papilloma Virus
HSB	Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes
IEC	Information Éducation communication
IME	Inspection Médicale des Écoles
IO	Infection Opportuniste
IPM	Institut de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
IRRESSEF	Institut de Recherche en Santé, de Surveillance Épidémiologique et de Formations
IST	Infection Sexuellement Transmissible
ITPC	Coalition Internationale de Préparation au Traitement

JHU	Université John Hopkins
LPSD	Lettre de Politique Sectorielle de Développement
MAC	Maison d'arrêt et de Correction
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MNT	Maladie Non transmissible
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MVA	Maladie à VIH Avancé
NDEYE DICKE	Expression wolof de "amie fidèle"
NFM	Nouveau Modèle de Financement
OCB	Organisation Communautaire de Base
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des nations unies sur le VIH/Sida
OPH	Organisation de Personne en Situation de Handicap
OSC	Organisation de la Société Civile
PARECO	Programme en Afrique de l'Ouest de réduction des risques chez les consommateurs de drogues injectables
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCR	Réaction de Polymérisation en Chaîne
PEC	Prise En Charge
PECADOM	Prise en charge des Cas à Domicile
PEPFAR	Plan d'Urgence Présidentiel de Lutte contre le SIDA
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PH	Personnes Handicapées
PIS	Paquet Intégré de Service
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNLH	Programme National de lutte contre les Hépatites
PNLT	Programme National de Lutte contre le Tabac
PNP	Politiques Normes et Protocoles
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
POC	Point Of Care
PON	Procédures Opératoires Normalisées
PPJ	Projet Promotion des Jeunes
PPS	Point de Prestation de Service
PR	Principal Récipiendaire
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PrEP	Prophylaxie préexposition
PS	Professionnelle du Sexe
PSD	Prestation de services différenciés
PSE	Plan Sénégal Émergent

PSN	Plan Stratégique National
PSNI	Plan Stratégique National Intégré
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RDR	Réduction des Risques
RENAPOC	Réseau National des Populations Clés
RM	Région Médicale
RNB	Revenu National Brut
RSS	Renforcement Système de Santé
SC	Société Civile
SFE	Sage-Femme d'État
SIDA	Syndrome de d'Immunodéficience Acquise
SMIT	Service de Maladies Infectieuses et Tropicales
SMNI/SSR	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile /Santé Sexuelle et Reproductive
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SOSEPED	Société sénégalaise de pédiatrie
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
SRAS	Services Régionaux de l'Action Sociale
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TAR	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose Multi-Résistante
TB-RR	Rifampicin-resistant TB
TL	Tableau Lumière
TLD	Tenofovir + Lamivudine + Dolutegravir
TME	Transmission de la Mère-Enfant
TPT	Traitement Préventif de la Tuberculose
U=U	indétectable = intransmissible
UAR	Unité d'Appui Régionale
UD	Usagers de Drogues
UDI	Usagers de Drogues Injectables
UDSEN	Enquêtes de prévalence du VIH chez les CDI
UMRN	Unité Mobile de Radiographie Numérique
UREN	Unité de Récupération et Éducation Nutritionnelle
USER	Unité de Suivi Évaluation et de Recherche
VAD	Visite à Domicile
VADI	Visite à Domicile Intégrée
VALT	Visites au Lieu de Travail
VBG	Violence Basée sur le Genre
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Estimation du nombre de PVVIH selon l'âge, Spectrum 2022	29
Tableau 2 :	Prévalence des populations en contexte de vulnérabilité.....	30
Tableau 3 :	Liste des 23 districts qui ont notifié les 70% des cas de tuberculose toutes formes confondues déclarées en 2021.....	33
Tableau 4 :	Répartition des cas de tuberculose selon les tranches d'âge en 2021 au Sénégal.....	33
Tableau 5 :	Ratio cas manquants et cas estimés de tuberculose dans les tranches d'âge de 0 à 14 ans chez l'enfant au Sénégal en 2021.....	34
Tableau 6 :	Situation de dépistage des cas pré-XDR de 2017 à 2021 au Sénégal.....	36
Tableau 7 :	Prévalence des hépatites virales au Sénégal (2018).....	42
Tableau 8 :	Distribution géographique, par âge et sexe des PVVIH non identifiées Le signet n'est pas défini.....	103
Tableau 9 :	Services essentiels pour les populations clés.....	132
Tableau 10 :	Sujets de recherches prioritaires identifiées pour le sida, la tuberculose, les hépatites et les IST.....	137
Tableau 11 :	Cadre institutionnel et organisationnel de coordination	147
Tableau 12 :	Cadre de performance pour les indicateurs d'impact du PSNI.....	152
Tableau 13 :	Répartition du budget selon les résultats d'effet	153
Tableau 14 :	Répartition du budget selon les années en F.CFA.....	153
Tableau 15 :	Répartition du budget de la composante IST/VIH selon les années.....	153
Tableau 16 :	Répartition du budget de la composante TB selon les années.....	153
Tableau 17 :	Répartition du budget de la composante hépatite selon les années.....	155

Liste des figures

Figure 1.	Étapes du processus d'élaboration du PSNI 2023-2030.....	21
Figure 2.	Pyramide sanitaire	23
Figure 3.	Évolution de la prévalence selon les tranches d'âges de 2005-2022	28
Figure 4.	Évolution de la prévalence du VIH selon la zone géographique, Sénégal 2011-2017	29
Figure 5.	Situation des 95-95-95 en 2022	30
Figure 6.	Évolution du nombre de PVVIH mis sous ARV, Sénégal 2017-2022.....	30
Figure 7.	Répartition des nouvelles infections selon l'âge, Sénégal 2022	31
Figure 8.	Évolution des décès, Sénégal 2012-2022.....	31
Figure 9.	Incidence des cas de tuberculose et notification des cas (y compris les cas résistants) de 2000 à 2021	34
Figure 10	Estimation de l'incidence de la TB au Sénégal, 2000-2020, OMS.....	35
Figure 11.	Estimation de la mortalité (hors VIH+) au Sénégal, 2000-2021, OMS.....	35
Figure 12.	Indicateurs END TB Sénégal 20 15 – 2021.....	35
Figure 13.	Taux de notification des cas de TBTF par région en 2021	36

Figure 14. Incidence et cas notifiés en nombre selon la tranche d'âge et le sexe, au Sénégal en 2020	38
Figure 15. Évolution du pourcentage de cas pédiatriques parmi les cas de TB notifiés au Sénégal de 2015 à 2021.....	38
Figure 16. Dépistage et enrôlement des cas TBMR.....	39
Figure 17. Résultats du traitement des cas TBMR.....	40
Figure 18. Taux de notification des TPB+ et mise sous INH 100 (enfant contact de 0 à 5 ans) par Région, 2021.....	41
Figure 19. Taux de notification des TPB+ et mise sous INH 100 par région, 2021.....	42
Figure 20. Évolution de la répartition de la mise sous Chimio prophylaxie des enfants contacts TB et des PVVIH 2015-2021.....	43
Figure 21. Nombre de cas de tuberculose attribuables à cinq facteurs de risque en 2020 au Sénégal, Profil TB Sénégal, OMS 2021	43
Figure 22. Dépistage et prise en charge du VIH chez les patients TB, 2016-2021.....	44
Figure 23. Dépistage et prise en charge du VIH chez les patients TB, Régions, Sénégal 2021.....	45
Figure 24. Nombre et pourcentage de cas par tranche d'âge.....	46
Figure 25. Pourcentage de personne testées positives à l'AgHBs 2021-2022	46
Figure 26. Proportion de Personnes testées positives à l'AgHBs/ Proportion sous traitement.....	48
Figure 27. Répartition régionale des IST (2021)	49
Figure 28. Répartition des syndromes d'IST	51
Figure 29. Répartition régionale des cas de Syphilis.....	51
Figure 30. Répartition des cas de syphilis selon les âges.....	51
Figure 31. Modèle de l'oignon centré sur les besoins des personnes.....	52
Figure 32. La Théorie du Changement.....	58
Figure 33. Évolution de la cascade Etme 2018-2022.....	57
Figure 34. Cascade PTME des enfants	67
Figure 35. Cascade des soins chez les enfants.....	61
Figure 36. Évolution en nombre et % des enfants vivants avec le VIH et sous ARV, 2018-2022	74
Figure 37. Évolution de la file active globale et sous TARV de 2017 à 2021.....	77
Figure 38. Évolution en nombre et % des adultes vivants avec le VIH et sous ARV, 2018-2022	82
Figure 39. Résultats du traitement des cas TB sensible au niveau national, 2016-2020	82
Figure 40. Résultats du traitement des cas TB sensible, par région pour la cohorte 2020.....	93
Figure 41. Évolution du nombre de malades tuberculeux décédés de 2018 à 2021.....	94
Figure 42. Dépistage et prise en charge du VIH chez les patients TB, 2016-2021.....	94
Figure 43. Recherche active de la TB chez les PVVIH suivies au Sénégal de 2017 à 2021.....	97
Figure 44. TPT chez les PVVIH suivies indemne de TB au Sénégal de 2017 à 2021.....	96
Figure 45. Couverture en charge virale au Sénégal en fin 2022.....	96
Figure 46. Répartition budgétaire	122
Figure 47. Financement domestique et Extérieur.....	123
Figure 48. Estimation des dépenses en matière de lutte contre les hépatites, 2017.....	123
Figure 49. Répartition des dépenses IST/VIH en pourcentage (REDES 2018-2019).....	137
Figure 50. Répartition des dépenses pour la lutte contre la TB	171



Préface

En ma qualité de Ministre de la Santé et de l'Action sociale, je salue la mise en place de ce Plan Stratégique national pour une riposte multisectorielle intégrée contre le Sida, la Tuberculose, les hépatites virales et les Infections sexuellement transmissibles (IST) pour la période 2023-2030.

Ce plan est en harmonie avec le Plan national de Développement sanitaire et social du Sénégal (PNDSS) 2019-2028 et s'aligne au cadre régional de l'OMS pour une riposte multisectorielle aux quatre maladies cibles.

Le processus a été conduit avec efficacité par la Direction générale de la Santé publique, à travers la Direction de la Lutte contre la Maladie, en collaboration avec le Conseil National de Lutte contre le Sida.

L'approche inclusive et participative adoptée lors du processus de mise en place de ce PSNI 2023-2030 qui a consisté à rechercher toutes les synergies et les complémentarités, nous permettra de cheminer vers les Objectifs du Développement Durable (ODD) pour 2030, notamment vers celui qui vise à mettre fin aux épidémies comme le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST, en prenant en compte les événements de santé publique comme la pandémie de COVID19 qui peuvent perturber la continuité des soins. Ce plan s'inscrit dans le cadre de la couverture universelle des services et des soins pour 2030 couvrant spécifiquement, l'ODD numéro 3, qui promeut une approche globale de la santé : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, à tout âge ».

La démarche d'intégration est certes ambitieuse mais inédite, car elle s'appuie sur l'ambition permanente du Sénégal de renforcer le système de santé et concrétise la volonté de son Excellence Monsieur le Président de la République à améliorer sans cesse le mieux-être de tous les Sénégalais afin qu'ils participent pleinement au développement socio-économique de notre pays. En effet, le Plan Stratégique National pour une riposte multisectorielle intégrée contre le Sida, la Tuberculose, les Hépatites virales et les IST pour la période 2023-2030 traduit l'engagement du Gouvernement du Sénégal à maintenir les acquis et accélérer la riposte nationale pour éliminer ces pandémies d'ici 2030.

La mise en œuvre de ce Plan intégré est guidée par les principes d'équité, de solidarité, d'inclusion, d'innovation, de promotion de la santé communautaire, de financement basé sur les résultats, de leadership national, d'appropriation solide, et de responsabilité mutuelle.

Réaliser une telle ambition implique encore plus de détermination et d'exigence pour chacun de nous, par une gestion plus efficiente et une mutualisation des efforts, une mobilisation de plus de ressources domestiques, une meilleure redevabilité multisectorielle mais surtout un partenariat renforcé avec la société civile qui doit continuer à jouer un rôle essentiel dans cette phase décisive de la riposte contre les maladies. Le Gouvernement du Sénégal remercie et félicite tous les acteurs nationaux ainsi que les partenaires techniques et financiers qui s'impliquent au quotidien dans cette lutte indispensable pour mettre fin à ces épidémies et les encourage à persévérer dans cette mobilisation

Dr Marie Khémesse NGOM NDIAYE
Ministre de la Santé et de l'Action sociale





Avant-propos

L'élaboration du Plan Stratégique National pour une riposte multisectorielle intégrée contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST pour la période 2023-2030 exprime la volonté du Gouvernement d'apporter à ces maladies une réponse multisectorielle, intégrée, plus robuste afin d'optimiser l'impact de ses investissements. Ce PSNI est le produit d'une très fructueuse concertation à tous les niveaux mais aussi d'un processus cohérent d'analyse et de planification associant, l'ensemble des acteurs du système de santé publique, des organisations de la société civile, des universités, du secteur privé, des partenaires internationaux, des associations des bénéficiaires, et représentants des autres secteurs ministériels, à travers un choix judicieux d'interventions à haut impact, avec un financement conséquent et l'identification de passerelles de mutualisation efficiente des ressources.

Ce cadre stratégique, en s'inscrivant dans la politique de la Couverture Sanitaire Universelle, intègre les événements de santé publique comme les urgences qui peuvent perturber la continuité des soins. Il est aligné aux référentiels nationaux et internationaux en particulier le cadre régional de l'OMS, la nouvelle stratégie mondiale de l'ONUSIDA, la Stratégie du Fonds mondial pour la période 2023-2028 afin de combattre les pandémies et bâtir un monde plus sain et plus équitable.

Les orientations stratégiques développées dans le PSNI convergent vers deux résultats d'impact visant la réduction significative de l'incidence et des décès liés aux quatre maladies.

La prise en compte des droits humains, l'équité, un système de santé résilient et pérenne avec une approche centrée sur la personne, constituent le socle sur lequel la stratégie doit reposer afin de permettre l'atteinte du but ultime : « mettre fin à l'épidémie du sida, à la tuberculose, aux hépatites et aux IST à l'horizon 2030 ».

Au nom du comité de rédaction, nous exprimons notre gratitude à Madame le Ministre de la Santé et de l'Action sociale pour son engagement et pour sa confiance aux professionnels des quatre maladies, à tous les acteurs du secteur public et à la société civile dans toute sa diversité pour leur implication remarquable.

Nos valeurs positives de dialogue et de concertation mutuelle ont constitué autant de forces pour aboutir à un document consensuel et partagé par tous !

Je sollicite, tous les acteurs à maintenir leur élan d'engagement pour développer des partenariats innovants indispensables pour mobiliser toutes les ressources aussi bien internes qu'externes pour la mise en œuvre efficace de ce PSNI.

Enfin nous exprimons notre gratitude au Président de la République pour son soutien et son leadership efficace. Notre reconnaissance s'adresse également au Premier ministre, président du CNLS pour son appui constant, ainsi qu'aux partenaires techniques et financiers qui sont engagés à nos côtés pour réaliser notre ambition commune de répondre aux aspirations des populations dans le but ultime de mettre fin aux épidémies.

Dr Safiatou THIAM
Secrétaire Exécutive du CNLS

Remerciements

- Madame le Ministre de la Santé et de l'Action sociale et à travers elle, tout le personnel des Directions du Ministère, les équipes régionales et opérationnelles.
- Monsieur le Directeur Général de la Santé.
- Monsieur le Directeur de la Lutte contre la Maladie.
- Madame la Secrétaire Exécutive du CNLS et tous le personnel du SE/CNLS.
- Madame la coordinatrice du PNT et tout le personnel du PNT.
- Monsieur le Chef de la DLSI et tout le personnel de la DLSI.
- Madame la coordinatrice du PNLH.
- Tous les partenaires qui ont appuyé l'élaboration du PSNI, particulièrement L'OMS, le Fonds mondial, l'ONUSIDA, Expertise France, Plan international, Action Damien, l'ISED, les Universités.
- Tous les Ministères en charge des secteurs qui ont participé à l'élaboration du PSNI (Jeunesse, Education, Forces armées, Famille, Justice, Travail, Intérieur, la Primature à travers le Conseil national de Développement de la Nutrition).
- Tous les acteurs de la Société Civile y compris les communautés vivant ou affectées par les 4 maladies.
- Tous les experts et les consultants qui ont accompagné l'élaboration du PSNI

Résumé exécutif

Le Plan stratégique national pour une riposte multisectorielle intégrée contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST (PSNI) pour la période 2023-2030 du Sénégal, vise l'amélioration de l'état de santé des populations par une approche tendant à assurer l'accessibilité à des services de santé de qualité et à une meilleure riposte coordonnée contre ces pandémies, conformément aux orientations du PNDSS 2019-2028 et du Plan Sénégal Émergent (PSE). Ce plan s'aligne aux cycles de planification des principales maladies et prend en compte la riposte aux urgences de santé publique comme la pandémie au COVID-19 en misant sur le renforcement du système de santé.

Cadre unique pour tous les acteurs et partenaires de la lutte contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST au Sénégal, le PSNI 2023-2030 s'inspire également des référentiels internationaux, des Objectifs de Développement Durable d'ici 2030, notamment l'ODD 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

La stratégie du PSNI prend en compte des progrès et des innovations dans la prévention, le diagnostic et le traitement du sida, de la tuberculose, des hépatites et des IST. Elle promeut l'approche centrée sur la personne et adopte un modèle de prestation de services intégrés différenciés, délivrés également par les communautés.

La stratégie définit un cadre de riposte intégrée et multisectorielle avec des interventions visant une couverture sanitaire universelle et une approche centrée sur la personne, en tenant compte du cycle de vie, des spécificités de genre, des principes d'équité et des droits humains mais surtout d'un fort engagement communautaire.

Le PSNI s'inspire du concept de « Théorie du changement » qui détermine comment un ensemble d'interventions cohérentes peuvent conduire à un changement précis. Le modèle propose un continuum de soins et de services intégrés pour atteindre les résultats fixés.

Les principales orientations prioritaires issues des revues, rapports et autres analyses des programmes, décrit dans le PSNI concernent :

- L'intensification des actions de promotion et de prévention primaire mais aussi la prévention combinée, selon une approche population, localisation et cycle de vie afin de réduire les nouvelles infections du VIH, de la Tuberculose, des Hépatites virales et des IST ;
- La décentralisation, l'optimisation et la qualité des services de dépistage, de traitement, de soins et de soutien du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST afin d'obtenir des succès thérapeutiques pour l'ensemble des tranches d'âge et des groupes les plus touchés par les maladies ;
- L'analyse et la prise en charge des besoins spécifiques des populations vulnérables et des communautés les plus touchées ou à risque de ces différentes maladies ;

- La réduction des inégalités, de la stigmatisation, de la discrimination et des violences basées sur le genre en s'attaquant aux déterminants sociaux, économiques et juridiques qui entravent l'accès aux services de santé ;
- La planification, le financement et une gouvernance efficace et inclusive pour des services intégrés et de sécurité sanitaire tout en réduisant les coûts catastrophiques pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les personnes souffrant de la TB et leurs familles, de l'hépatite virale et les personnes affectées dans une optique de protection sociale et de solidarité nationale ;
- L'accélération de l'intégration des politiques, des stratégies et des services de lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale, et les infections sexuellement transmissibles dans le système de santé ;
- Le renforcement de la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs de développement, le secteur privé, le secteur communautaire dans le cadre d'une approche multisectorielle ;
- La mise en œuvre effective d'une approche d'investissements stratégiques, axée sur les besoins des populations les plus vulnérables ;
- L'accélération des approches axées sur la santé publique c'est à dire fondée sur des interventions et des services simplifiés et normalisés que l'on peut facilement transposer à une plus grande échelle ;
- Le renforcement de l'engagement et de la participation des organisations de la société civile et des communautés, y compris les populations touchées, afin d'élargir l'accès à des services de qualité pour les bénéficiaires difficiles à atteindre.

La vision du PSNI s'oriente vers celle d'«un Sénégal libéré du sida, de la tuberculose, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, ainsi que des répercussions négatives que ces infections engendrent sur la santé des populations»

Le but est d'éliminer les épidémies de sida, de tuberculose, des hépatites virales et les IST d'ici 2030 et assurer une couverture sanitaire pour toutes les populations prioritaires ainsi que les groupes vulnérables.

Les principes directeurs qui guident la mise en place de ce cadre stratégique reposent sur le renforcement du leadership, de la coordination et de la gestion axée sur les résultats pour traduire une évolution de l'engagement du gouvernement, des partenaires techniques et financiers et des acteurs du public et de la société civile. La recherche de l'efficience a guidé le choix des interventions à haut impact proposées dans les différents produits prioritaires dans le cadre de résultats de ce PSNI 2023-2030. D'autres principes concernent l'intégration et la décentralisation des services du VIH, de la Tuberculose, des Hépatites virales et des IST, la promotion des services de qualité selon des approches localisation et population, la promotion du genre et des droits humains dans la réponse.

L'utilisation de l'innovation, des technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et des réseaux sociaux constitue une opportunité pour améliorer la communication entre prestataires et bénéficiaires afin de promouvoir l'accès aux services et la sensibilisation pour le changement de comportement.

L'adhésion au concept de la chaîne de résultats par les parties prenantes, durant l'élaboration du présent PSNI et les différents ateliers de validation, ont permis de construire les différents niveaux de résultats, leur hiérarchie, leur lien de causalité et les synergies nécessaires. Cette approche se fonde sur le choix de priorités populationnelles, thématiques et géographiques qui engendrent des investissements stratégiques des ressources.

Résultats impact 1

D'ici 2030, l'incidence liée au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST est réduite tout au long du cycle de vie, respectivement d'au moins 90% pour le VIH, 80% pour la Tuberculose, 90% pour les hépatites virales et 90% pour les IST :

- D'ici 2030 la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de l'Hépatite et de la Syphilis est effective
- D'ici 2030, 95% des personnes atteintes de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et d'IST et appartenant aux groupes clés et vulnérables pris en charge selon des approches différenciées obtiennent un succès thérapeutique ;
- D'ici 2030, l'offre de dépistage et le diagnostic intégré du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST est assurée pour au moins 95% des cibles prioritaires.
- 95 % des populations clés à risque d'infection par le VIH, la TB, les Hépatites (B et C) et les IST utilisent des options de prévention combinées et intégrées efficaces et adaptées à la situation

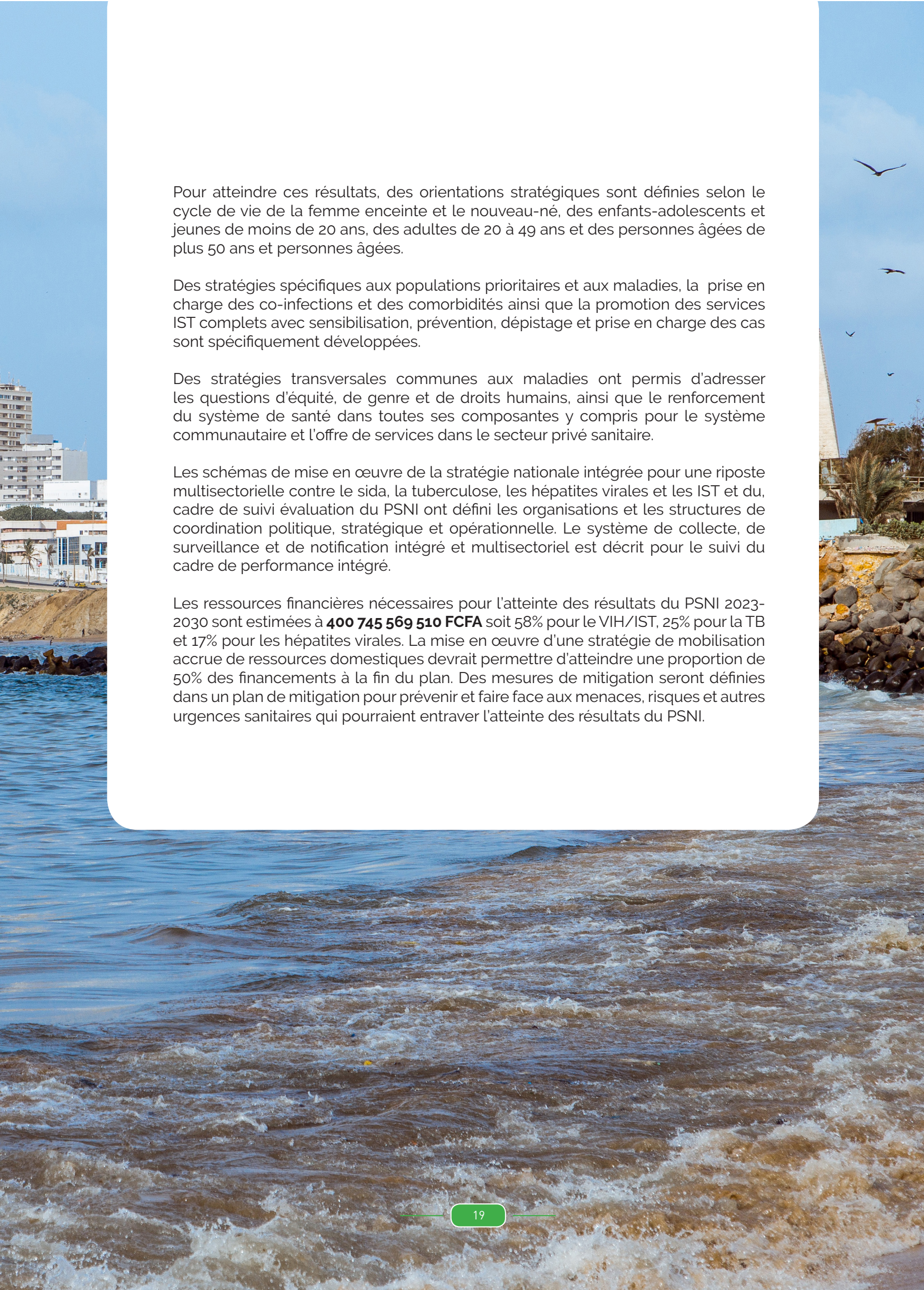
Résultat Impact 2

D'ici 2030, la mortalité liée au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST est réduite tout au long du cycle de vie respectivement de 90% pour le VIH, de 90% pour la TB, et de 65% pour les hépatites virales.

- D'ici 2030, 95% des personnes atteintes de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et d'IST obtiennent un succès thérapeutique tout au long du cycle de vie
- D'ici 2030, l'approche de prévention intégrée développée pour le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST est utilisée pour au moins 90% des cibles prioritaires.
- D'ici 2030, l'offre de dépistage et le diagnostic intégré du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST est assurée pour au moins 95% des cibles prioritaires.

Résultats transversaux

- **Résultat d'effet 3** : Les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux soins et aux traitements des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des personnes souffrant de la TB et de l'hépatite, sont réduits ;
- **Résultat d'effet 4** : La gouvernance, le renforcement du système de santé la mobilisation communautaire pour des services intégrés soutenus par l'innovation et une couverture de santé universelle sont efficaces et réduisent les coûts catastrophiques pour les patients et leurs familles.



Pour atteindre ces résultats, des orientations stratégiques sont définies selon le cycle de vie de la femme enceinte et le nouveau-né, des enfants-adolescents et jeunes de moins de 20 ans, des adultes de 20 à 49 ans et des personnes âgées de plus 50 ans et personnes âgées.

Des stratégies spécifiques aux populations prioritaires et aux maladies, la prise en charge des co-infections et des comorbidités ainsi que la promotion des services IST complets avec sensibilisation, prévention, dépistage et prise en charge des cas sont spécifiquement développées.

Des stratégies transversales communes aux maladies ont permis d'adresser les questions d'équité, de genre et de droits humains, ainsi que le renforcement du système de santé dans toutes ses composantes y compris pour le système communautaire et l'offre de services dans le secteur privé sanitaire.

Les schémas de mise en œuvre de la stratégie nationale intégrée pour une riposte multisectorielle contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST et du cadre de suivi évaluation du PSNI ont défini les organisations et les structures de coordination politique, stratégique et opérationnelle. Le système de collecte, de surveillance et de notification intégré et multisectoriel est décrit pour le suivi du cadre de performance intégré.

Les ressources financières nécessaires pour l'atteinte des résultats du PSNI 2023-2030 sont estimées à **400 745 569 510 FCFA** soit 58% pour le VIH/IST, 25% pour la TB et 17% pour les hépatites virales. La mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation accrue de ressources domestiques devrait permettre d'atteindre une proportion de 50% des financements à la fin du plan. Des mesures de mitigation seront définies dans un plan de mitigation pour prévenir et faire face aux menaces, risques et autres urgences sanitaires qui pourraient entraver l'atteinte des résultats du PSNI.

Introduction

Le Sénégal ambitionne une croissance forte, inclusive et durable pour consolider la transformation structurelle de son éco-nomie et répondre aux aspirations des populations à un mieux-être à travers un capital humain de qualité. Pour gagner ce pari, l'accent est mis entre autres sur l'amélioration de l'état de santé des populations par une approche tendant à assurer l'accessibilité à des services de santé de qualité et à une meilleure riposte contre les pandémies, conformément aux orientations du PNDSS 2019-2028, adossé au Plan Sénégal Émergent (PSE).

Le sida, les hépatites virales et les IST ont en commun les mêmes cibles et des modes de transmission identiques ainsi que les déterminants sociaux et structurels. La tuberculose reste la première infection opportuniste mortelle au cours du sida et constitue la première cause de décès dû à un agent infectieux après la COVID 19 dans la population générale. Les cibles communes, les partenaires communs à ces quatre maladies ainsi que l'approche des services centrés sur la personne qu'ambitionne la nouvelle stratégie, imposent l'intégration des prestations de services essentiels au niveau des soins de santé primaires, afin d'assurer leur continuité de manière coordonnée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le PSNI 2023-2030 s'intègre, dans le contexte d'instauration de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), en prenant en compte les événements de santé publique comme la pandémie de COVID 19 qui peuvent perturber la continuité des soins. Ceci justifie l'élaboration d'un plan stratégique national intégré (PSNI) aligné sur le cadre régional de l'OMS pour une riposte multisectorielle aux quatre maladies cibles.

Ce PSNI tient compte des progrès, et des innovations dans la prévention, le dépistage et le traitement de ces quatre maladies. Elle promeut l'approche centrée sur la personne et adopte un modèle de prestation de services par les communautés.

Le PSNI est le produit d'un processus cohérent d'analyse et de planification associant, au cours d'une large concertation, l'ensemble des acteurs du système de santé publique, des organisations de la société civile, des universités, du secteur privé, des partenaires internationaux, des associations des bénéficiaires, et représentants des autres secteurs ministériels.

Un comité multisectoriel, sous le leadership de la Direction de la lutte contre la maladie (DLM) du Ministère de la Santé et l'Action sociale (MSAS) en collaboration avec le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), a conduit ce processus avec le soutien des partenaires et d'experts nationaux et internationaux.

Le PSNI est le cadre unique pour tous les acteurs de la lutte contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST au Sénégal. Il constitue la référence pour la programmation des activités à tous les niveaux, et constitue l'outil indispensable pour l'harmonisation et l'alignement des partenaires.

Processus d'élaboration du PSNI

Le processus d'élaboration du PSNI a suivi plusieurs étapes mettant en œuvre les principes de participation, d'inclusivité, de co-construction et de planification basée sur des évidences. La figure 1 présente les différentes étapes du processus.

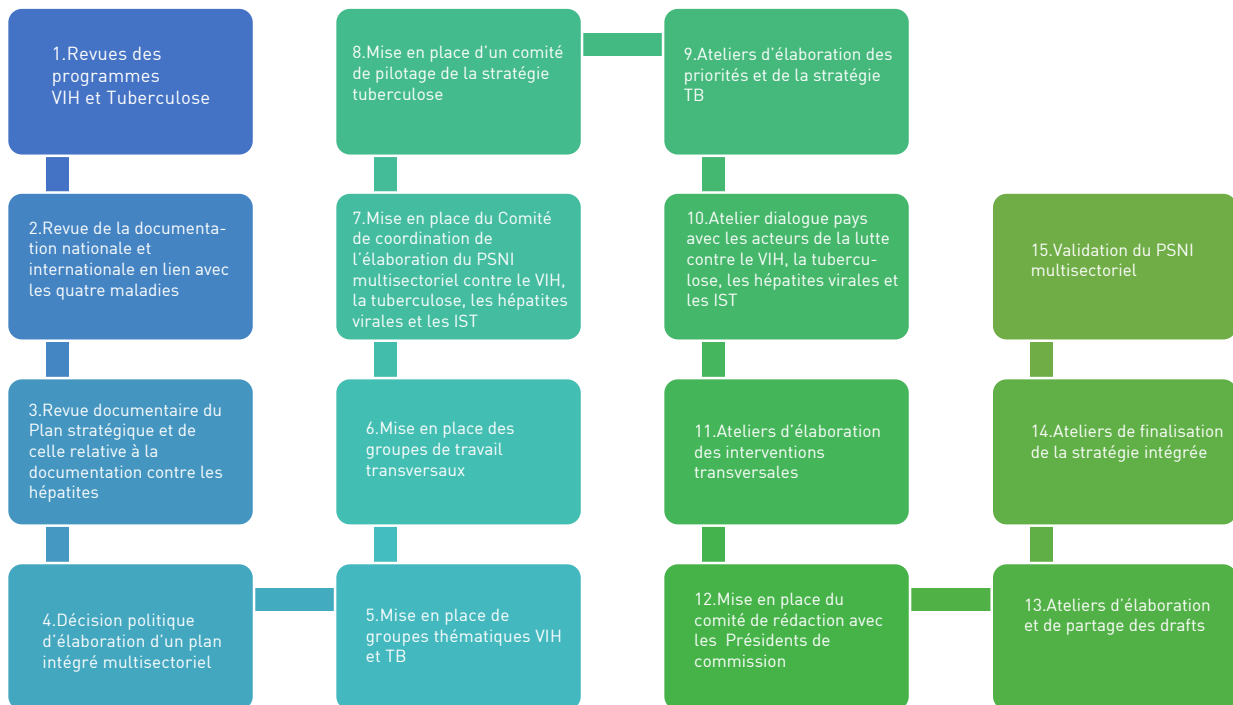


Figure 1 : Étapes du processus d'élaboration du PSNI 2023-2030

Chapitre I :

Contexte national

La population du Sénégal est estimée à 18 275 743 habitants en 2023, avec une croissance démographique de 2,6% selon l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). La population féminine représente 50,26 %. La moyenne d'âge est de 19 ans et une espérance de vie de 67,4 ans à la naissance. Le taux d'accroissement annuel moyen intercensitaire qui était estimé à 2,7% entre 1976 et 1988 s'est établi à 2,5% de 1988 à 2013. L'indice synthétique de fécondité est passé de 6,4 à 4,7 entre 1986 et 2019.

1.1. Contexte socio-économique

Selon le dernier rapport de l'ANSD, le taux de pauvreté monétaire est estimé à 37,8% en 2018 et 2019. Le nombre de pauvres a augmenté au Sénégal (5 832 008 en 2011 contre 6 032 379 en 2018). En fonction du milieu de résidence, la pauvreté est plus accentuée en milieu rural (53,6%) qu'en milieu urbain (19,8%).

Avec un PIB par habitant de 1 606 dollars en 2022, le Sénégal a enregistré un ralentissement de la croissance du PIB réel à 4,2 %, par rapport aux 5,5 % prévus avant la crise. Le revenu national brut (RNB) par habitant était de \$1 430 en 2020, ce qui en fait un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Entre 2014 et 2018, le Sénégal a enregistré une croissance annuelle supérieure à 6 %. La croissance du PIB réel s'est établie à 0,87 % en 2020 contre 4,4 % en 2019 et 6,2 % en 2018.

Toutefois, la dynamique de la reprise économique est compromise par différents facteurs dont la pandémie à COVID19 qui a fortement modifié les perspectives économiques, affectant les services y compris ceux de la santé. Dans le cadre du PSE, des réformes sont envisagées pour retrouver la trajectoire de croissance d'avant la pandémie. Au Sénégal, le principal enjeu de développement consiste à atténuer l'impact socio-économique de la pandémie tout en favorisant une croissance durable et inclusive, ce qui nécessitera entre autres de protéger le capital humain afin de stimuler la productivité.

¹Données de l'ANSD 2022

1.2. Système de santé

1.2.1. Pyramide sanitaire

L'organisation du secteur socio-sanitaire est de type pyramidal, adossée au découpage administratif du pays. Elle comprend :

Un niveau central

01

qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés, les Centres Nationaux de Réinsertion sociale et les Établissements Publics de Santé de niveau 3.

Un niveau intermédiaire stratégique

02

qui regroupe les Régions Médicales, les Brigades Régionales de l'Hygiène (BRH), les Services Régionaux de l'Action sociale (SRAS) et les Établissements Publics de Santé de niveau 2 et le Privé.

Un niveau périphérique opérationnel

03

avec les Districts Sanitaires y compris le niveau communautaire, les Sous-Brigades de l'Hygiène, les Services Départementaux de l'Action sociale, les Centres de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS) et les Établissements Publics de Santé de niveau 1, les établissements de santé privés, confessionnels et communautaires. Les établissements publics de santé (EPS) participent à l'offre de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.



Figure 2. Pyramide sanitaire du Sénégal en 2023

1.2.2. Situation sanitaire

Dans le cadre du Plan Sénégal Émergent (PSE), l'État sénégalais, avec le soutien des partenaires de la coopération multilatérale et bilatérale, a consenti des efforts et des investissements financiers importants dans sa politique socio-sanitaire. Des résultats encourageants ont été notés dans l'offre et la couverture des services de lutte contre le sida, le paludisme, la tuberculose, les maladies tropicales négligées, ainsi que le Programme élargi de Vaccination (PEV).

Cependant, l'état de santé de la population reste marqué par : (i) des taux encore élevés de morbidité et de mortalité maternelles et infanto-juvéniles ; (ii) une persistance du fardeau des maladies transmissibles, malgré des progrès significatifs depuis plusieurs décennies ; et (iii) un accroissement rapide du fardeau des Maladies Non Transmissibles, qui pour la plupart sont des maladies chroniques à soins coûteux avec une augmentation des coûts catastrophiques.

1.2.3. Gouvernance et leadership

Le leadership dans le secteur de la santé est incarné au plus haut niveau par le Président de la République, le Premier Ministre et le Ministre de la Santé et de l'Action sociale (MSAS). La gouvernance sanitaire est assurée au niveau central par le ministère de la santé en collaboration avec les partenaires et au niveau opérationnel par les Régions médicales et les districts sanitaires.

Les instances de coordination se tiennent régulièrement au niveau central, régional et opérationnel. Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de santé, le MSAS dispose de documents de référence en matière de planification (LPSD, PNDSS, DPPD, PTA) conformément aux exigences des réformes des finances publiques de l'UEMOA.

1.2.4. Ressources humaines pour la santé

Les efforts consentis par le gouvernement ont permis de porter le nombre du personnel de la santé de 9 880 à 10 532 durant la pandémie de la COVID 19. Les ratios nationaux de couverture en personnel sanitaire ont été améliorés ; ils sont de 1 médecin pour 6820 habitants, 1 infirmier diplômé d'État (IDE) pour 2937 habitants et une sage-femme d'État (SFE) pour 1197 femmes en âge de reproduction (FAR) selon le rapport de suivi de la carte sanitaire 2022. Selon le même rapport, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'OMS, en termes de personnel qualifié dont la répartition reste très inégale sur le territoire national. La majeure partie du personnel est concentrée dans la capitale, Dakar avec 1 médecin pour 2635 habitants, 1 IDE pour 1858 habitants, 1 SFE pour 1016 FAR.

1.2.5. Financement de la santé

Le Gouvernement du Sénégal a érigé l'accès universel à des services de santé de qualité au rang de priorité nationale. Pour réaliser cette ambition, une stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) pour tendre vers la CSU est adoptée et s'inscrit dans la démarche globale du PSE.

¹Rapport MSAS 2022

L'analyse du paysage financier montre que la santé représente 8% du budget national et en deçà de la norme de 15% fixée par la Déclaration d'Abuja. Quant aux collectivités locales, elles ne financent que 1% du budget de la santé.

Les revues des programmes ont montré que les financements du sida, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST sont fortement tributaires des contributions des partenaires internationaux.

Pour relever les défis du financement de la santé et tendre vers la CSU, la stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) a défini parmi ses axes stratégiques la mobilisation accrue des ressources financières avec comme lignes d'actions :

- La rationalisation des ressources ;
- L'augmentation substantielle de la contribution de l'État et de ses démembrements (secteurs publics et collectivités territoriales) au financement de la santé ;
- Le développement de stratégies de financement innovantes ;
- La mobilisation du financement extérieur.

1.2.6. Équité sociale et Droits humains

En matière de droits humains et de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, le Sénégal dispose d'un cadre général composé d'un arsenal juridique qui considère que la stigmatisation et les discriminations fondées sur l'état de santé réel ou présumé constituent une atteinte à un droit fondamental. Ces violations constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins, et sont inacceptables au regard des règles élémentaires d'éthique et de déontologie. La garantie du droit à la santé en vertu du droit commun et des conventions internationales ratifiées par le Sénégal constitue l'un des fondements du PNDSS 2019-2028.

Cependant, des situations de stigmatisation et de discrimination, notamment en milieu de soins, sont régulièrement rapportées dans différents rapports surtout en direction des populations les plus vulnérables et celles infectées par le virus du sida, la tuberculose, les hépatites virales ou les IST selon le dernier rapport de l'étude stigma index.

Concernant l'équité dans l'offre de soins et des services socio-sanitaires, plusieurs initiatives existent parmi elles :

- La carte d'égalité des chances instituée par l'article 3 de la loi d'orientation sociale 2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées est conçue et délivrée par le MSAS. Elle donne accès à des services sociaux de base relatifs à la santé, la réadaptation fonctionnelle, l'éducation, la formation, les transports et les finances ;
- L'affectation de 5% des recettes des Comités de Développement Sanitaire (CDS) à la prise en charge des indigents et des cas sociaux ;
- La Couverture Maladie Universelle (CMU) qui offre la possibilité aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture du risque maladie. Cette initiative permet, en effet, aux personnes ayant de faibles revenus (monde rural et secteur informel), d'être affiliées à un régime d'assurance maladie et de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées aux autres régimes de sécurité sociale que sont les imputations budgétaires et les Instituts de Prévoyance Maladie (IPM).

- Le « Plan Sésame » institué en 2006 pour une prise en charge gratuite des soins de santé pour les personnes âgées de 60 ans et plus au niveau des structures de santé publiques (postes et centres de santé, hôpitaux et établissements publics non hospitaliers). Ce plan vise à réduire la vulnérabilité des personnes âgées en rendant plus accessibles les services sociaux de base comme l'accès aux soins : prestations médicales, prestations biologiques, prestations radiologiques, médicaments essentiels...
- La gratuité du dépistage et du traitement ARV contre l'infection à VIH depuis 2004, la gratuité des antituberculeux.
- La mise en place d'un registre national unique (RNU) en 2015 permettant aux ménages vulnérables d'accéder à des programmes de filets sociaux (bourses familiales, etc.).

1.2.7. Analyse de la résilience du système face aux urgences sanitaires

En 2020, la pandémie à COVID-19 a entraîné des perturbations dans la continuité des services essentiels de base. Elle est venue accentuer la fragilité du système de santé. A l'instar de plusieurs pays africains, le Sénégal a vu son système de santé déstabilisé avec l'aggravation des problèmes d'ordre structurel liés au nombre insuffisant de ressources humaines qualifiées et à la faible disponibilité des médicaments et matériels biomédicaux selon les différents rapports du MSAS et de ses partenaires.

La fréquentation des structures sanitaires a connu une baisse comparée à l'année précédant la COVID-19. Cette baisse s'est traduite par une tendance à la hausse de la survenue d'autres pathologies comme les maladies non transmissibles (diabète, maladies cardio-vasculaires, pathologies pulmonaires, maladies mentales, etc.) ainsi qu'une baisse importante des ressources financières allouées aux autres services en dehors de la COVID-19.

La COVID-19 a aussi exacerbé les inégalités avec la stigmatisation des populations porteuses de signes similaires à ceux de l'infection à coronavirus ainsi que le refus et/ou la peur d'aller vers les services de santé.

Pour faire face le Gouvernement, avec l'appui des partenaires techniques et financiers et acteurs de la société civile, a mis en œuvre des plans de contingence pour assurer la continuité des services.

Les plans mis en œuvre par les programmes de lutte contre le sida, la tuberculose et les hépatites ont permis de relancer la continuité des services dès le troisième trimestre de 2020.

³Riposte à la pandémie de COVID-19 au Sénégal Rapport de situation n° 128 du 03 Janvier 2022 et Programme d'urgence à la riposte au Covid-19 soutenu par la BAD 2022



Chapitre II :

Analyse de la situation épidémiologique et principaux résultats de la riposte au sida, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST

2.1 Situation du VIH/Sida au Sénégal

2.1.1 Prévalence de l'infection à VIH dans la population générale

Selon les données du Spectrum 2022, l'épidémie du sida au Sénégal est d'ampleur modérée et en déclin. Les dernières estimations du Spectrum 2022 montrent une baisse progressive de la prévalence chez les 15-49 ans depuis 2005 passant de 0,75 % à 0,31 %. La prévalence chez les femmes est estimée à 0,35 % et 0,26 % parmi les hommes de 15-49 ans (Figure 3).

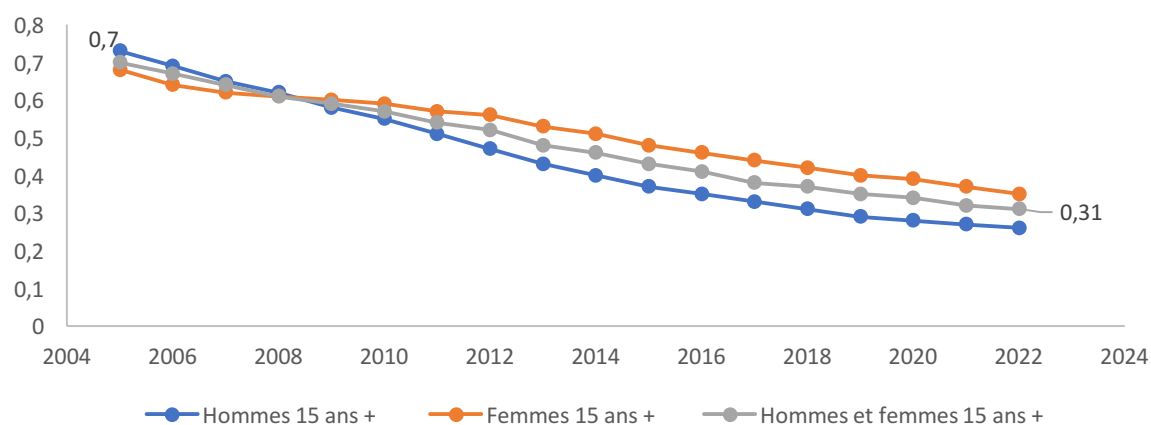


Figure 3. Évolution de la prévalence selon les tranches d'âge de 2005-2022

Source : Spectrum ONUSIDA, 2022

Les données les plus récentes sur les prévalences régionales relèvent de l'EDS. Selon cette source, la répartition de la prévalence selon les régions montre des disparités. Les régions de Kolda et Ziguinchor (1,5 %) suivies de Kaffrine (0,9 %), Tambacounda (0,8 %), Kédougou (0,6 %) présentent des prévalences au-dessus de la moyenne nationale.

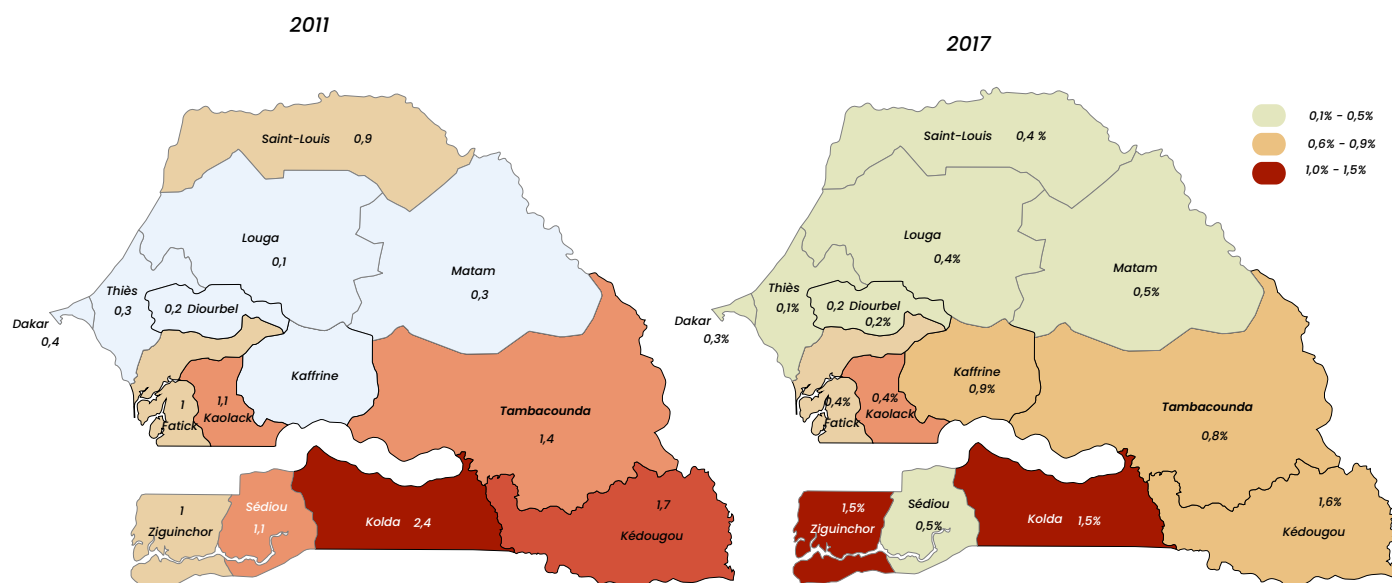


Figure 4. Évolution de la prévalence du VIH selon les régions, Sénégal 2011-2017

Sources : EDS MICS, 2011 & EDS 2017

L'épidémie du sida au Sénégal est de type concentré avec une prévalence basse dans la population générale mais élevée dans certaines localités et chez les populations clés les plus exposées au risque VIH.

2.1.2 Estimation des personnes vivant avec le VIH au Sénégal

Selon les estimations du Spectrum, au Sénégal, en 2022, le nombre de PVVIH (adultes et enfants) est de 41 560 personnes dont 22 380 femmes et 3 605 enfants de moins de 15 ans comme le montre le tableau 1.

Tableau 1: Estimation du nombre de PVVIH selon l'âge et le sexe, Spectrum 2022

Adultes et enfants vivant avec le VIH	41 560 [37 369-47 634]
Adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH	37 955 [34 291- 43 435]
Femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH	22 380 [20 109- 25 294]
Hommes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH	15 575 [14 074- 18 211]
Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH	3 605 [3 075- 4 255]

Sur les 41 560 PVVIH estimées, l'analyse des données notifiées montre que **88 % connaissent leur statut sérologique, parmi lesquelles, 91 % sont sous traitement et 90 % ont la charge virale supprimée (Figure 5).**

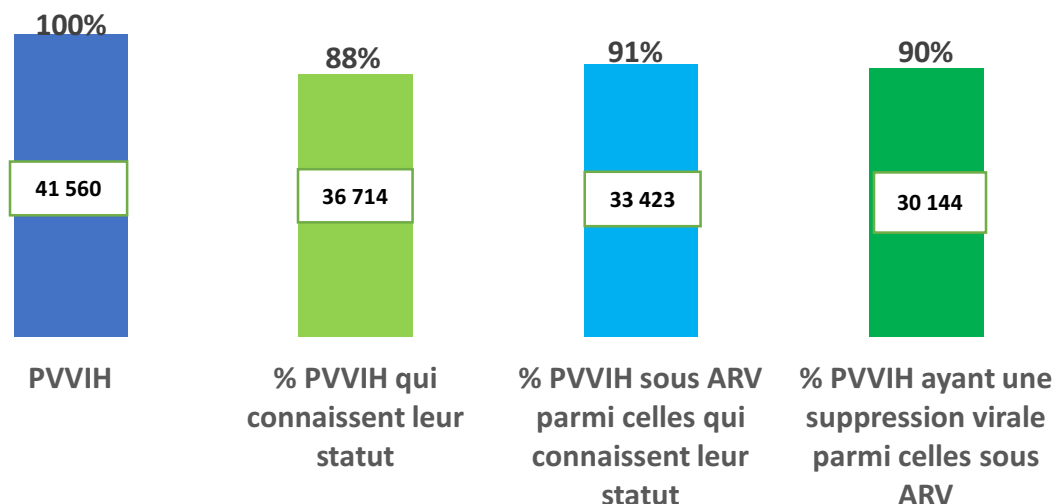


Figure 5. Situation des 95-95-95 en 2022

La figure 6 montre une évolution régulière du nombre de personnes sous traitement antirétroviral (TAR). En effet, le nombre de patients sous ARV est passé de **23 202** en 2017 à **33 423** en 2022.

Ces résultats sont le fruit de plusieurs efforts déployés ces dernières années par le Gouvernement pour rendre accessible le TAR et celui des acteurs de la santé, du CNLS, de la DLSI, des secteurs et des organisations de la société civile avec l'appui des partenaires techniques et financiers parmi lesquels le Fonds mondial (FM) et le PEPFAR qui occupent une place prépondérante.

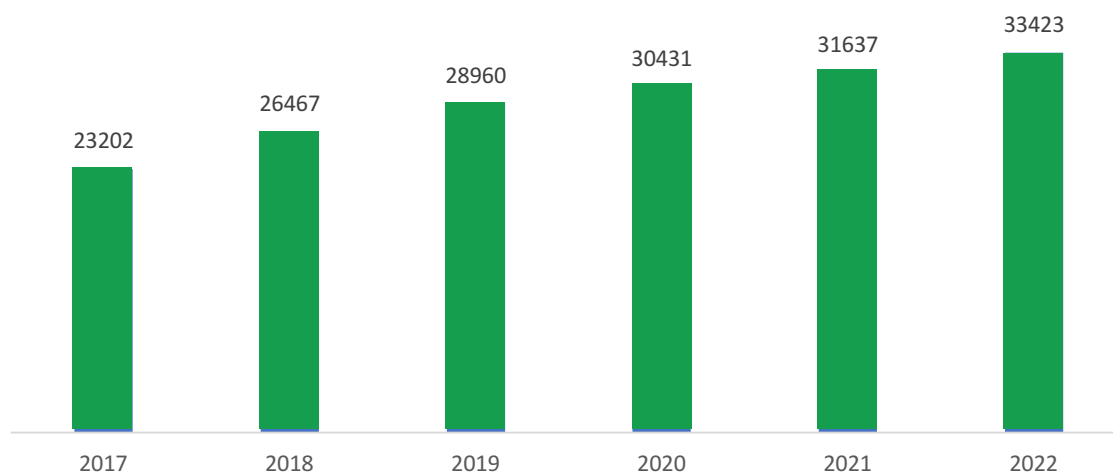


Figure 6. Évolution du nombre de PVVIH mises sous ARV, Sénégal 2017-2022

2.1.3 Nouvelles infections par le VIH

Les nouvelles infections par le VIH sont en baisse régulière au Sénégal. La répartition de ces nouvelles infections, selon l'âge, montre que plus de 7 sur 10 des nouvelles infections surviennent avant 35 ans. Elles sont survenues dans 20,7 % chez les enfants (0-4 ans), 14,41 % chez les 15-24 (Figure 7).

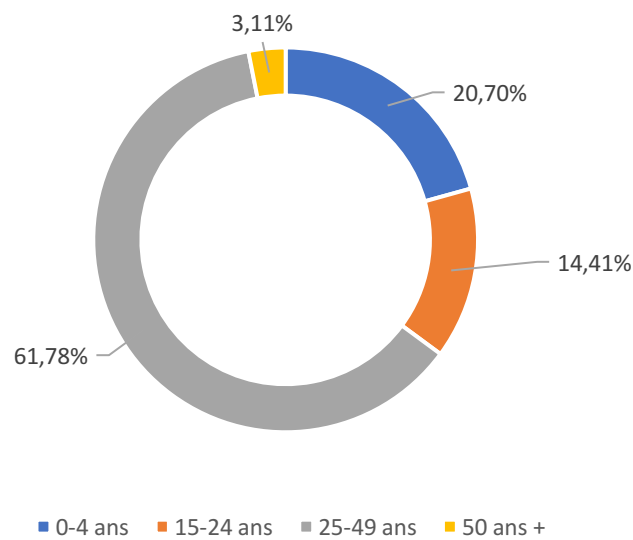


Figure 7 : Répartition des nouvelles infections selon l'âge, Sénégal 2022

Sources : Spectrum ONUSIDA 2022

Depuis 2017, il est noté une augmentation des nouvelles infections chez les 15-24 ans passant de 168 à 227 en 2022, soit une augmentation de 35,1% (Spectrum 2017, 2022). Cela suggère une attention particulière à accorder aux adolescent.e.s et aux jeunes filles et garçons. En plus, selon le dernier rapport de l'enquête démographique continue de santé (EDS, 2017), seul 1/3 des jeunes de 15-24 ans avaient une connaissance complète du VIH et cela était corrélé avec le niveau d'instruction.

2.1.4 Décès liés au VIH

Selon les estimations du Spectrum 2022, on note une baisse régulière des décès qui sont passés de 2 241 en 2012 à 992 en 2022 (figure 8).

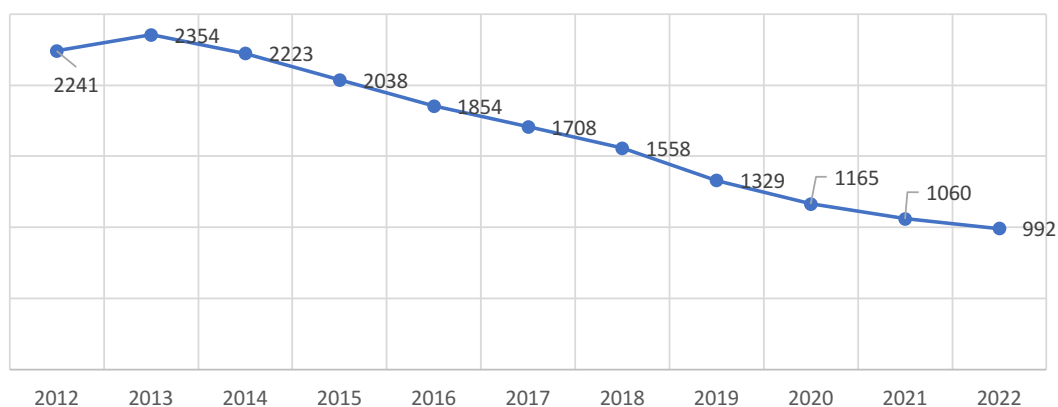


Figure 8. Évolution des décès liés au sida entre 2012-2022

Source : Spectrum 2022

2.1.5 Prévalence et nouvelles infections à VIH parmi les populations clés

Au Sénégal, quatre groupes de populations sont considérés hautement exposés aux IST/VIH y compris les hépatites virales : les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les femmes professionnelles du sexe (PS), et les consommateurs de drogues injectables (CDI). En 2022, une étude menée par le CRCF a montré la vulnérabilité et l'importance de prendre en compte le groupe des transgenres.

Sur l'ensemble des nouvelles infections survenues chez les 15 ans et plus, 59% sont notées chez les HSH, les PS et leurs clients selon le Spectrum 2022. Parmi celles survenues chez les hommes, 80 % concernent les HSH tandis que chez les femmes, 35 % des nouvelles infections concernent les PS.

La prévalence du VIH chez les PS connaît une baisse régulière depuis 2010, avec des prévalences respectivement de 18,5 % en 2010 ; 6,6 % en 2015 et 5,8 % en 2019. (ENSC, 2010, 2015, 2019). Cette même tendance est observée aussi bien chez les PS officielles, c'est-à-dire, celles qui sont inscrites dans le « registre officiel de la prostitution » que chez les PS dites « clandestines » c'est-à-dire non inscrites au fichier sanitaire. Une étude sur la cartographie et l'analyse des facteurs de vulnérabilité au VIH des populations clés au Sénégal en 2022 montre de nouvelles formes de vulnérabilité liées aux nouvelles formes de prostitution en lien avec le recours aux réseaux sociaux qui leur permet d'exercer en toute discrétion donc plus difficile à toucher par les méthodes classiques de sensibilisation sur les risques liés au VIH.

La prévalence du VIH chez les HSH a augmenté entre 2014 et 2017, passant de 17,8 % à 27,6 % (ELIHoS, 2014, ECHSH, 2017). L'étude sur la cartographie et l'analyse des facteurs de vulnérabilité montre que les HSH sont présents dans toutes les régions malgré un environnement de stigmatisation généralisé. Les résultats de cette même étude montrent différentes vulnérabilités d'ordre social, familial, juridique et sanitaire et décrivent des situations de violences sexuelles taboues dès le jeune âge. Ces situations les exposent à des formes de sexualité à risque, des violences physiques et psychosociales (abus sexuels durant l'enfance, arrestations, expulsion du domicile familial, etc.) causées par l'entourage familial, scolaire et/ou professionnel.

Les enquêtes de prévalence du VIH chez les CDI datent de 2011 (UDSEN) avec une prévalence de 5,2 % notée chez les consommateurs de drogues. Cette prévalence était de 9,2 % chez les injecteurs ; elle était plus élevée chez les femmes CDI (13,0 %) que chez les hommes (3,0 %). En 2019, l'enquête PARECO menée par l'ANCS à Mbour et Kaolack a montré une prévalence de 3,7 %. Au Sénégal, les CDI sont également confrontés à des risques supplémentaires avec la consommation de médicaments à usages détournés qui renforce les risques liés aux addictions et qui les exposent à des vulnérabilités à la fois sociales et sanitaires.

Très peu de données existent au Sénégal sur les personnes transgenres. L'étude de la cartographie et estimation de la taille ainsi que la prévalence sont en cours et les résultats attendus à la mi-2023. Cependant, l'étude qualitative d'analyse de la vulnérabilité réalisée par le CRCF en 2022 dans huit régions, a permis de décrire une vulnérabilité et des besoins spécifiques des personnes transgenres.

Les données confirment la réalité d'une catégorie de transgenres souvent classée dans le groupe des HSH, provenant de toutes catégories sociales et régions du Sénégal. Ces personnes vivent une identité de genre (féminine) différente de celle de leur sexe biologique (masculin) et adoptent des attitudes de dépendance et de soumission vis-à-vis de leurs partenaires qui reproduisent les vulnérabilités de genre (hommes/femmes). Elles sont particulièrement vulnérables et exposées au risque VIH et IST et aussi aux violences sexuelles précoces et à des pratiques de transactions sexuelles très fréquentes.

2.1.6 Prévalence de l'infection à VIH chez les populations en contexte de vulnérabilité

Le groupe des populations en contexte de vulnérabilité est constitué par : les détenus, les personnes en situation de handicap, les populations mobiles (pêcheurs, camionneurs, etc.), les orpailleurs et les forces de sécurité (militaires et policiers).

Tableau II : Prévalence des populations en contexte de vulnérabilité

Populations en contexte de vulnérabilité	ENSC 2015	ENSC 2019
Forces armées (gendarmes et militaires)	0,3 %	-
Policiers	0,5 %	< 0,3 %
Camionneurs	0,6 %	0,3 %
Pêcheurs	0,6 %	0,3 %
Orpailleurs	1,5 %	0,9 %
Personnes en situation de handicap	1,9 %	-
Prisonniers	2,0 %	2,1 %

Sources : (ENSC, 2015 & 2019)

Le tableau 2 montre une baisse de la prévalence dans la majeure partie des populations en situation de vulnérabilité entre 2015 et 2019 sauf chez les détenus où elle est passée de 2,0% à 2,1%.

Comparée à la population générale, la prévalence du VIH est 6 fois plus élevée chez les personnes en situation de handicap 1,9 %. Dans ce groupe, les femmes ont une prévalence beaucoup plus élevée que les hommes (2,5 % vs 1,3 %) (ENSC, 2015). La répartition selon le type de handicap montre que la prévalence chez les personnes présentant une incapacité intellectuelle est encore plus élevée : 7,7 % (ENSC, 2015).

La prévalence chez les forces de sécurité et de défense est en générale identique à la moyenne nationale de 0,3% et cela depuis le début de l'épidémie. Mais du fait de leur mobilité et leurs déplacements dans des zones de forte vulnérabilité, les policiers et les militaires font l'objet d'une attention particulière et sont classés parmi les populations vulnérables.

2.2 Situation de la Tuberculose au Sénégal

2.2.1 Morbidité et mortalité liées à la tuberculose

L'analyse des variations de l'incidence estimée, montre une diminution régulière, passant de 123 en 2015 à 113 pour 100 000 habitants en 2021, soit une réduction de 8,1%.

Le Sénégal n'a pas encore réalisé d'enquête de prévalence de la tuberculose. L'OMS estime l'incidence de la tuberculose au Sénégal à 113 cas pour 100 000 personnes, soit 19 463 nouveaux cas et rechutes attendus en 2021. En 2021, sur les 19 463 cas incidents attendus, le PNT a notifié 13 370 cas (taux de couverture de traitement à 70%), soit 6 772 cas manquants (un tiers de cas manquants).

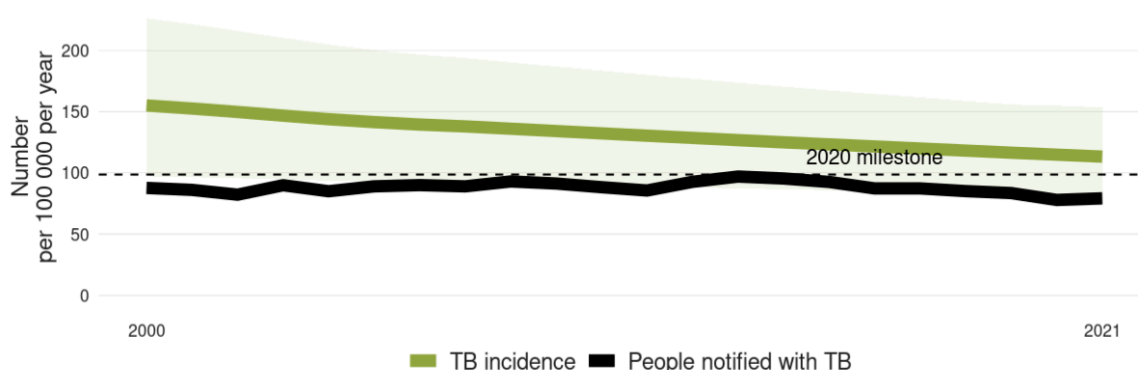


Figure 9. Incidence des cas de tuberculose et notification des cas (y compris les cas résistants) de 2000 à 2021

La proportion de cas de retraitement de cas de tuberculose varie au niveau national d'une année à l'autre selon les régions et est passée récemment de 6% à 8%. Cette augmentation était plus marquée dans la région de Dakar (9%).

En 2021, **le taux de mortalité** estimé de la tuberculose chez les séronégatifs au VIH était de 16 [10-24] pour 100 000 habitants, soit environ : 2 700 [1 700-4 000] patients décédés de tuberculose. Après les baisses observées entre 2011 et 2013, le taux de mortalité a régulièrement augmenté pour rester stationnaire à partir de 2019. Aujourd'hui, on estime le nombre de décès liés à la tuberculose dans la population générale à 2980 décès indépendamment du statut VIH soit une augmentation de 19% par rapport à 2015.

(Taux pour 100 000 habitants par an)

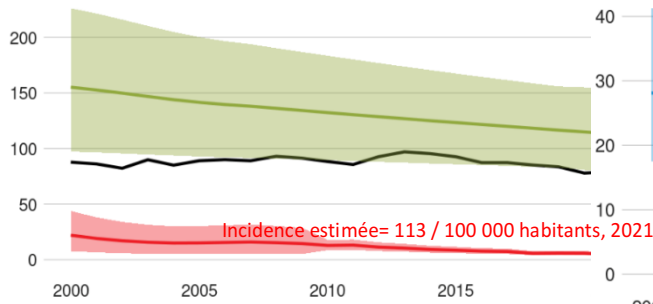


Figure 10 Estimation de l'incidence de la TB au Sénégal, 2000-2020, OMS

(Taux pour 100 000 habitants par an)

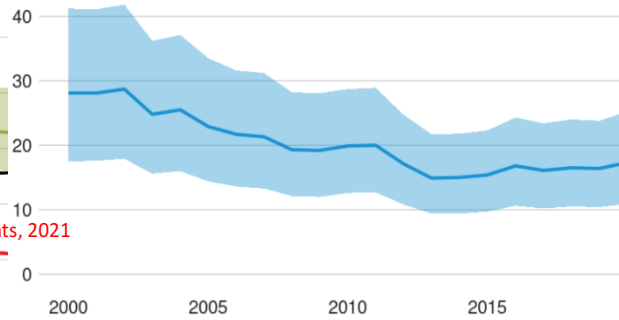


Figure 11. Estimation de la mortalité (hors VIH+) au Sénégal, 2000-2021, OMS

Les indicateurs END TB pour le Sénégal sont résumés dans la figure 12. Le pays n'a pas encore effectué l'enquête sur les coûts catastrophiques supportés par les malades tuberculeux et leurs familles. Cette enquête prévue en 2024, permettra d'avoir une donnée de base du troisième indicateur d'impact de la stratégie END-TB.



TB INCIDENCE 2021 VS 2015

8.1% reduction

(Target is 20% reduction by 2020)



TB DEATHS 2021 VS 2015

19% increase

(Target is 35% reduction by 2020)



CATASTROPHIC COSTS

No date

(Target is 0% of people with TB facing catastrophic costs by 2020)

Figure 12. Évolution des Indicateurs END TB au Sénégal 2015-2021

Répartition géographique : L'analyse des données de 2021 montre que le pays a notifié 78 nouveaux cas de tuberculose et rechutes pour 100 000 habitants avec des disparités dans la répartition des cas selon les régions avec plus de 80% des cas notifiés dans six régions médicales.

La région de Dakar polarise 40,14 % des malades (5367 nouveaux cas et rechutes) avec un taux de notification de 136 pour 100 000 habitants. Elle est suivie des régions de Ziguinchor (101 pour 100 000 habitants), de Thiès (96 pour 100 000 habitants), de Diourbel (79 pour 100 000 habitants), de Saint Louis (56 pour 100 000 habitants) et de Kaolack (47 pour 100 000 habitants). Les régions de Kaffrine, Matam et Tambacounda sont celles qui notifient moins de cas de tuberculose (20 à 40 cas pour 100 000 habitants).

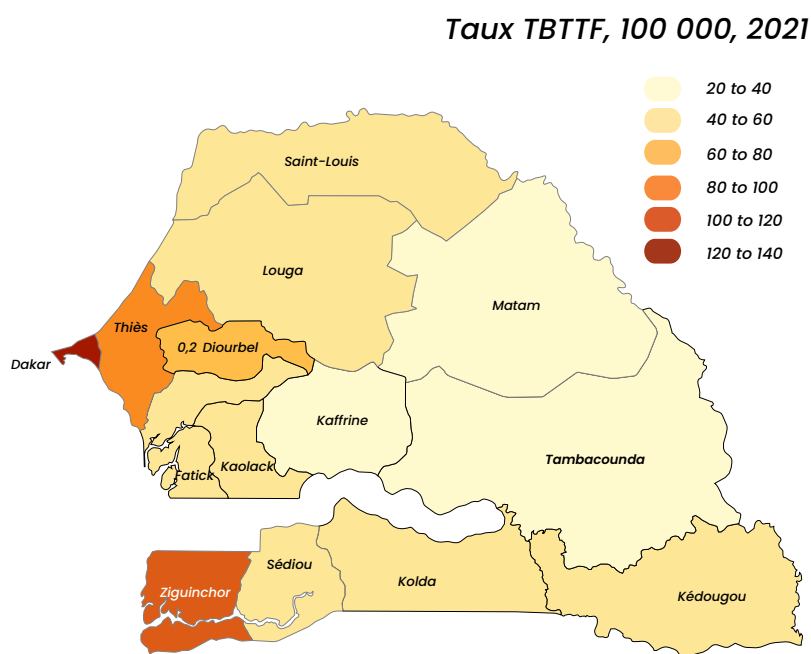


Figure 13. Taux de notification des cas de TBTF par région en 2021

Par ailleurs, l'analyse des données du programme montre également que sur les 79 districts sanitaires, 23 d'entre eux ont notifié 70% des cas de tuberculose, avec 13 qui notifient la moitié des cas. Parmi ces 13 structures, 08 sont à Dakar.

Tableau III: Liste des 23 districts qui ont notifié les 70% des cas de tuberculose, toutes formes confondues déclarées en 2021

District sanitaire	Total cas de tuberculoses toutes formes confondues	Pourcentage dans la notification globale
Touba	830	6,0%
Dakar-Nord	686	4,9%
Dakar Centre	596	4,3%
Guédiawaye	586	4,2%
Pikine	557	4,0%
Mbao	527	3,8%
Mbour	527	3,8%
Dakar-Sud	464	3,3%
Thiès	461	3,3%
Keur Massar	457	3,3%
Ziguinchor	406	2,9%
Saint-Louis	372	2,7%
Yeumbeul	363	2,6%
Diourbel	361	2,6%
Rufisque	345	2,5%

La répartition par tranches d'âges montre une prédominance des cas notifiés dans la tranche d'âge des 25-54 ans avec une proportion de 57,17% suivie de celle des 15-24 ans avec 25,37%.

Les tranches d'âge considérées par le programme ne correspondent pas à celles du cycle de vie proposées par l'OMS. Toutefois, une répartition indicative permet de ressortir les tendances globales résumées sur la figure ci-dessous.

Le profil pays objective également la sous détection globale des cas dans toutes les tranches d'âges. De plus, la tranche d'âge 15-44 ans représente plus de 50% des cas notifiés.

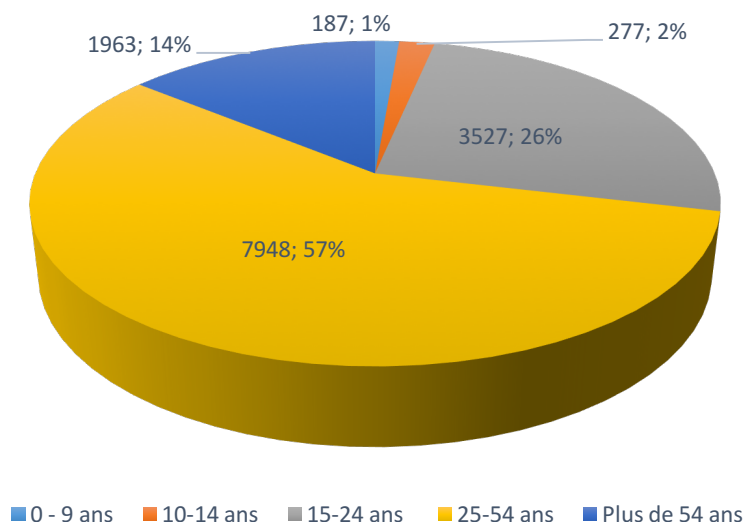


Figure 14 : Répartition des cas de tuberculose selon les tranches d'âge en 2021 au Sénégal

L'analyse de la répartition par sexe des cas de tuberculose notifiés, montre un sexe ratio de 2,28 en faveur des hommes qui représentent 69% des cas. Cette prédominance masculine ne semble pas s'expliquer par un accès différencié aux soins de santé (figure ci-dessous).



Figure 14. Incidence et cas notifiés en nombre selon la tranche d'âge et le sexe, au Sénégal en 2020

2.2.2 Tuberculose de l'enfant et de l'adolescent

La tuberculose de l'enfant âgé de moins de 15 ans est marquée par la sous-détection des cas. Le rapport de 2021 montre que 73% des cas de tuberculose pédiatriques ne sont pas dépistés (Tableau 5). Dans la tranche la plus vulnérable des 0-4 ans, 9 enfants atteints de TB sur 10 ne sont pas dépistés.

Tableau IV: Ratio cas manquants et cas estimés de tuberculose dans les tranches d'âge de 0 à 14 ans chez l'enfant au Sénégal en 2021

Variable/Âge	0-4 ans	5-14 ans	0-14 ans
Nombre de cas estimés de TB toutes formes	800	930	1730
Nombre de cas notifiés de TB toutes formes	93	371	464
Cas manquant de TB toutes formes (nombre et pourcentage)	707 (88%)	559 (60%)	1266 (73%)

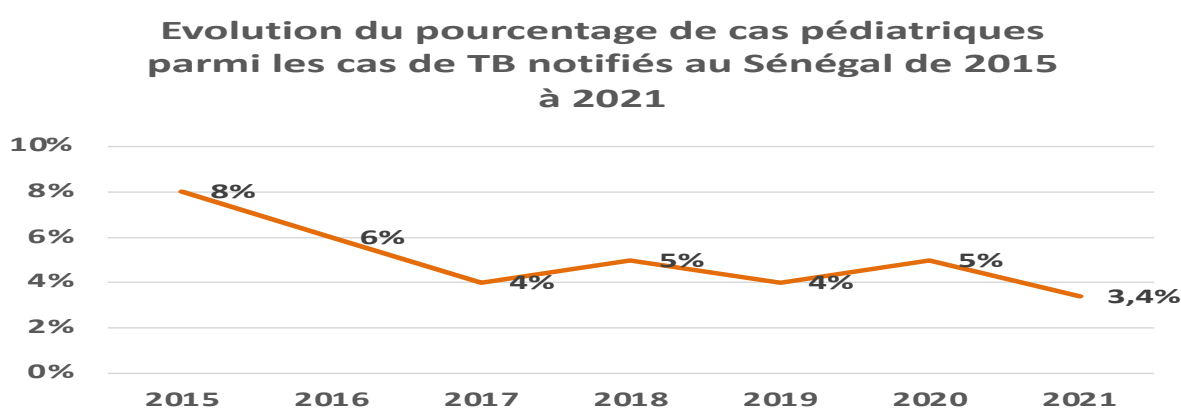


Figure 16. Évolution du pourcentage de cas pédiatriques parmi les cas de TB notifiés au Sénégal de 2015 à 2021.

En 2021, le programme a rapporté 3527 cas de tuberculose dans la tranche des 15-24 ans constitués des grands adolescents (15-19 ans) et jeunes adultes (20-24 ans). Ces données ne sont pas désagrégées pour donner le nombre de cas chez les grands adolescents de 15-19 ans.

2.2.3 Tuberculose chez les personnes âgées de 55 ans et plus

Les données ⁴du programme montrent que 14,2% des patients tuberculeux appartiennent à la tranche d'âge des 55 ans et plus.

³⁴Rapport annuel PNT 2021

2.2.4 Tuberculose multirésistante

L'enquête de pharmaco résistance (DRS TB) réalisée par le pays en 2014 fait état d'une prévalence de la résistance à la rifampicine de 0,9% parmi les nouveaux cas (IC 95%:(0-1,1)) et de 19% (IC 95%:(9,3-23,2) parmi les cas en retraitement). Le nombre de cas notifiés de TB MR a augmenté chaque année en passant de 72 en 2014 à 99 cas en 2018 avant de connaître une baisse en 2019. Depuis 2020, on observe une hausse des cas notifiés qui sont passés de 58 à 79 cas en 2021. Le taux de détection des cas de TB RR/MR était de 48,46% en 2021 (79 cas détectés dont 72 mis sous traitement dans la même année). L'écart entre le nombre de cas notifiés et ceux mis sous traitement qui a constitué un gap annuel de 10 à 15% il y a quelques années, s'est régulièrement amélioré. Les taux de mise sous traitement étaient de 84,5% en 2019, 85,5% en 2020 et 91,13% en 2021.

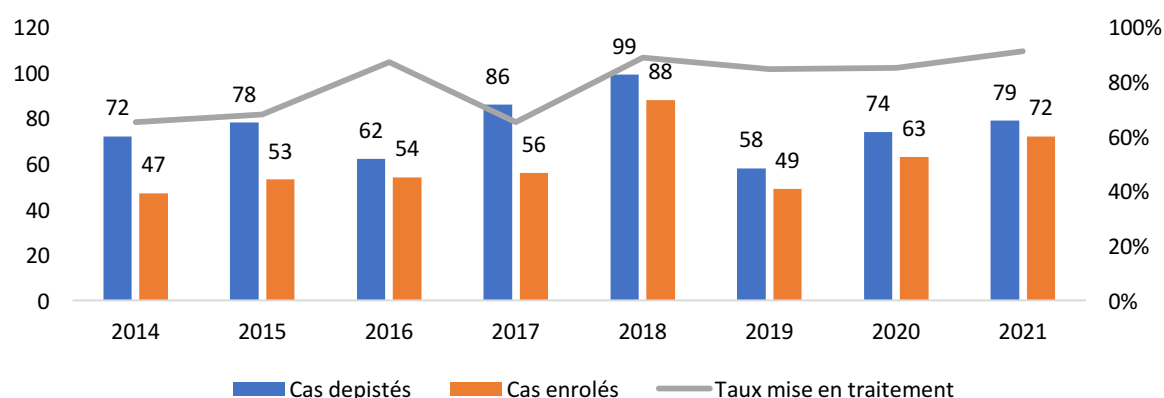


Figure 17. Dépistage et enrôlement des cas TBMR.

Des cas de pré-ultra -résistance (pré-XDR) ont été notifiés par le Laboratoire national de référence (LNR) du PNT.

Tableau V : Situation de dépistage des cas pré-XDR de 2017 à 2021 au Sénégal

Année	Nombre de cas PréXDR notifiés
2017	7
2018	0
2019	3
2020	4
2021	1

Le Sénégal a adopté en 2021, le traitement entièrement oral de la tuberculose pharmaco résistante. Le taux de succès thérapeutique est supérieur ou égal à 80% depuis 2016.

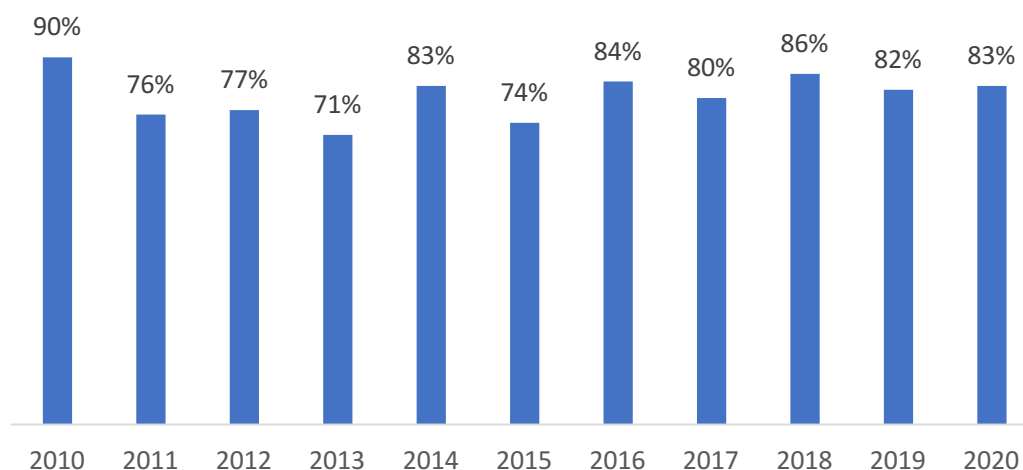


Figure 18. : Evolution du succès thérapeutique des cas TBMR

2.2.5 Traitement préventif de la tuberculose

Outre le BCG à la naissance et les mesures de prévention et de contrôle de l'infection, la stratégie mise en place est l'administration du traitement préventif de la tuberculose (TPT) chez tous les sujets contacts de malades tuberculeux éligibles et les PVVIH indemnes de TB.

Depuis janvier 2022, l'utilisation de l'association Rifampicine-Isoniazide pendant 3 mois est effective pour les sujets contacts âgés de 0 à 14 ans. Les personnes contact âgés de 15 ans et plus sont traités avec l'association Rifapentine Isoniazide.

De 2016 à 2018, plus de 4000 enfants contacts de TB par année ont été mis sous TPT. En 2019, le pays a connu une rupture de stock de médicaments H100 et H300 ; ce qui a occasionné une baisse des 2/3 du nombre d'enfants mis sous TPT. En 2021, 7373 sujets contacts de moins de 5 ans ont été mis sous TPT. Il ressort que la mise sous chimioprophylaxie suit la tendance des cas bactériologiquement confirmés dans plusieurs régions. Au niveau des districts sanitaires, les mêmes tendances sont observées avec un nombre d'enfants faible sous traitement préventif dans les régions de Tambacounda et de Matam, conformément au petit nombre de cas index notifiés dans ces régions.

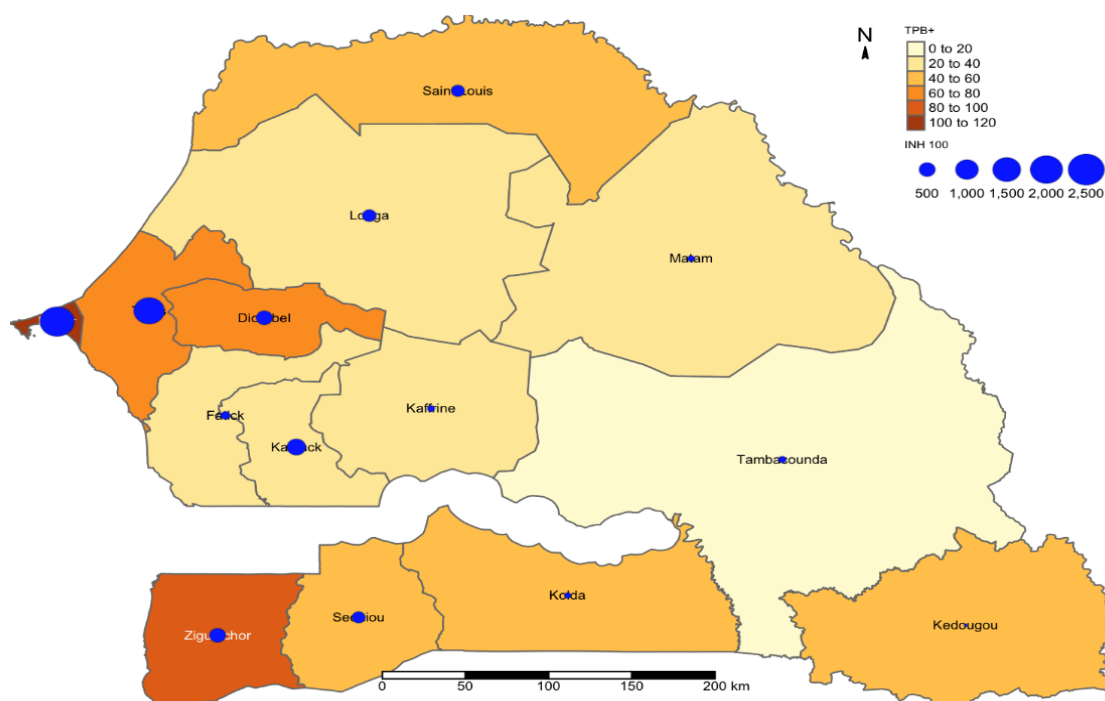


Figure 19. Taux de notification des TPB+ et mise sous INH 100 par région, 2021

En 2022, le nombre de PVVIH éligibles au TPT chez les nouvellement mis sous TAR était de 4784. Seulement 1038 ont démarré le TPT soit 21,7%.

Les régions de Saint Louis, Ziguinchor, Kaolack, Tambacounda et Dakar représentent les plus faibles proportions de PVVIH éligibles mis sous isoniazide (INH) soit respectivement 10,70 %, 10,73 %, 12,18 %, 12,71 % et 13,15 %.

Tableau 6 : Répartition des PVVIH nouvellement mises sous TAR et ayant démarré la thérapie préventive de la tuberculose à l'INH selon la région en 2022 au Sénégal

Région	Nombre de PVVIH sous INH	Nombre de PVVIH éligibles à l'INH	Pourcentage (%)
Dakar	141	1 072	13,15
Diourbel	63	237	26,58
Fatick	47	103	45,63
Kaffrine	99	200	49,50
Kaolack	38	312	12,18
Kédougou	61	101	60,40
Kolda	234	902	25,94
Louga	40	146	27,40
Matam	36	123	29,27
Saint louis	20	187	10,70
Sédhiou	86	230	37,39
Tambacounda	45	354	12,71
Thiès	72	295	24,41
Ziguinchor	56	522	10,73
SENEGAL	1 038	4 784	21,70

2.2.6 Comorbidités liées à la tuberculose

Le rapport de l'OMS 2021 a classé les cas de tuberculose attribuables à cinq facteurs de risque qui sont par ordre d'importance : la sous-alimentation, le tabagisme, le diabète, le VIH et les troubles liés à l'usage d'alcool.

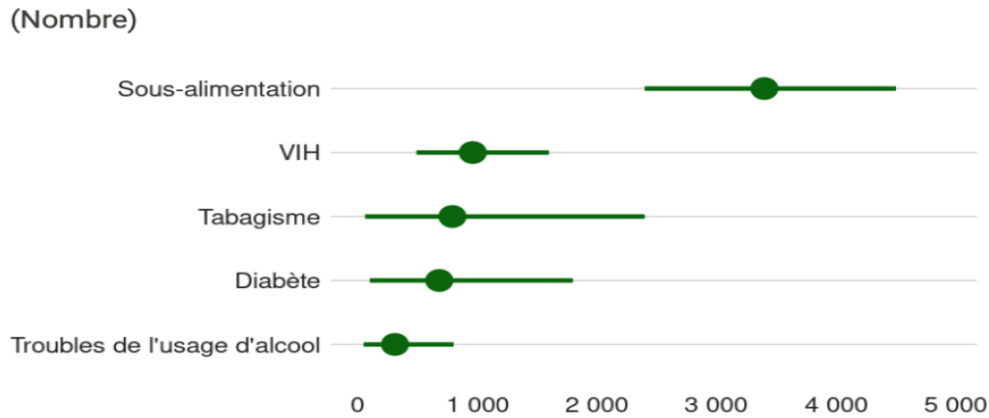


Figure 20. Nombre de cas de tuberculose attribuables à cinq facteurs de risque en 2020 au Sénégal, Profil TB Sénégal, OMS 2021

Le système d'information actuel du programme ne collecte que des informations sur les deux (2) comorbidités liées à la TB que sont l'infection à VIH et le diabète.

2.2.6.1 Co-infection VIH et tuberculose

Depuis 2018, la proportion de patients tuberculeux testés pour le HIV est supérieure à 90% et a progressé de 3% entre 2020 et 2021 pour atteindre 96%. La proportion de patients coinfecteds quant à elle, est restée constante jusqu'en 2020 (8%) et a diminué pour être à 5% en 2021. Quant à la proportion de patients coinfecteds TB / VIH, elle a connu une baisse de manière constante passant de 8% à 6% entre 2018 et 2021. La proportion de coinfecteds TB/VIH mis sous ARV et sous Cotrimoxazole suit également les mêmes tendances que la réalisation du test VIH avec des taux supérieurs à 90%. En 2021, parmi les 531 patients coinfecteds TB/VIH, 494 ont été mis sous traitement ARV soit 93,0 % et 505 mis sous traitement préventif au cotrimoxazole soit 95,1 %.

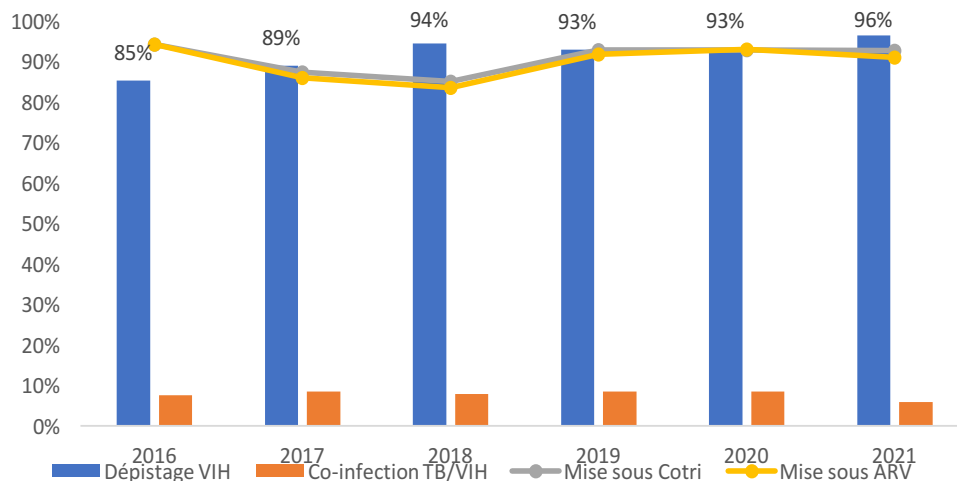


Figure 21. Dépistage et prise en charge du VIH chez les patients TB, 2016-2021

Le taux de mortalité des patients coïnfectés TB VIH a fortement régressé depuis 2011 en passant de 4 pour 100 000 à 2 pour 100 000 habitants en 2021.

En 2021, le taux de réalisation du test VIH global dépasse les 80% dans toutes les régions du Sénégal. La désagrégation régionale confirme les tendances de l'épidémie à VIH avec des taux de co-infection plus élevés dans les régions du sud-à haute prévalence du VIH à savoir Kolda, Ziguinchor, Kédougou.

La région de Kolda a le taux de co-infection le plus élevé (17%) et celle de Kédougou, le taux de mise sous traitement le plus faible (57%).

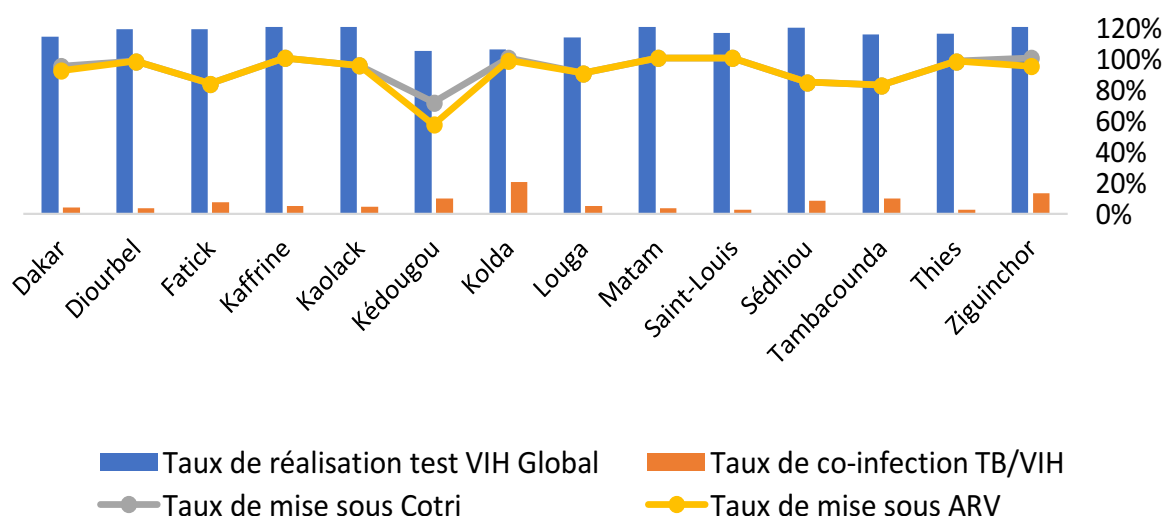


Figure 22. Dépiantage et prise en charge du VIH chez les patients TB, Régions, Sénégal 2021

2.2.6.2 Tuberculose-Diabète

La recherche systématique du diabète chez le patient TB a été instaurée par le PNT en 2016. Le taux de réalisation de la glycémie à jeun chez les malades tuberculeux est passé de 82% en 2017 à 95% en 2021. Les régions les plus performantes étaient Matam, Sédhiou, Kaffrine, Saint-Louis, Thiès et Dakar. Des insuffisances sont notées dans les régions de Kédougou, Ziguinchor et Diourbel avec un taux de réalisation inférieur à 90%. En 2021, la prévalence nationale du diabète dans la cohorte TB était inférieure à 4% mais elle était à 5% pour Ziguinchor.

Les données factuelles disponibles actuellement sur le diabète dérivent de l'enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles de 2015. Ces enquêtes ont mis en évidence une prévalence de 2,1% dont 2,5% chez les hommes et 1,6% chez les femmes. Cette prévalence est beaucoup plus élevée chez les personnes au-delà de 45 ans où elle se situe entre 5,4 et 5,9%. Selon les estimations de la Fédération Internationale du Diabète, la prévalence du diabète (type 1 ou 2) en 2021 chez les personnes âgées de 20 à 79 ans est estimée à 3,1% au Sénégal.

2.2.6.3 Tuberculose et Tabagisme

Le tabagisme augmente les risques d'infection à la tuberculose, de tuberculose active, de rechute après le traitement et de décès. On sous-estime fréquemment l'importance du rôle qu'il joue. En effet, il constitue un facteur de risque potentiellement réversible pour la santé et la prise en charge clinique.

Officiellement, Il n'existe pas de données statistiques sur la situation de l'association TB-Tabagisme au Sénégal. Les données sur la composante TB-tabagisme ne sont pas encore intégrées dans le système de suivi et d'évaluation de la lutte antituberculeuse (LAT). Cependant, selon une étude réalisée au service de pneumologie de l'hôpital Fann de Dakar (KOMBILA et al 2018 Revue Médicale Panafricaine 30): sur une population de 66 patients tuberculeux suivis, la consommation régulière de tabac a été retrouvée chez 34,8% (IC95; 23,5 – 47,5%) des patients avec une consommation moyenne de 17 paquets-année ($\pm 11,3$). Les rechutes tuberculeuses étaient plus fréquentes chez les patients qui avaient fumé versus les non-fumeurs respectivement dans 26,1% et 20,9% ($p < 0,42$).

L'offre de services de prise en charge du tabagisme est encore très centralisée et se fait avec l'appui de spécialistes nationaux en Tabacologie et du Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions à Dakar (CEPIAD) du Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) de Fann.

Aussi, la lutte antitabac est menée au niveau communautaire à travers la Ligue Sénégalaise contre le Tabac et le Réseau des journalistes spécialisés dans la lutte antitabac entre autres. Des leaders d'opinions sont aussi engagés dans la lutte antitabac (chefs religieux, coutumiers et politiques).

2.2.6.4 Tuberculose et Malnutrition

La prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans était de 8,1%, selon les données publiées par la Banque Mondiale. Il ressort des analyses sur le profil du pays que la pauvreté, la malnutrition, l'accès limité aux soins et l'urbanisation sont des facteurs qui peuvent augmenter la charge de la tuberculose. Du fait de la décentralisation de la prise en charge de la tuberculose, la prévalence faible du VIH (0,3% en 2020), la bonne couverture en ARV (93% en 2021) et l'inclusion des populations spécifiques comme les diabétiques pourraient contribuer à la diminution de la charge de la tuberculose.

2.2.6.5 Performances thérapeutiques

Le taux de succès thérapeutique de TB sensible a favorablement évolué en passant de 82% en 2016 à 89% en 2021. Le taux de succès est inversement proportionnel aux taux d'interruption de traitement (4%) et des non évalués (3%).

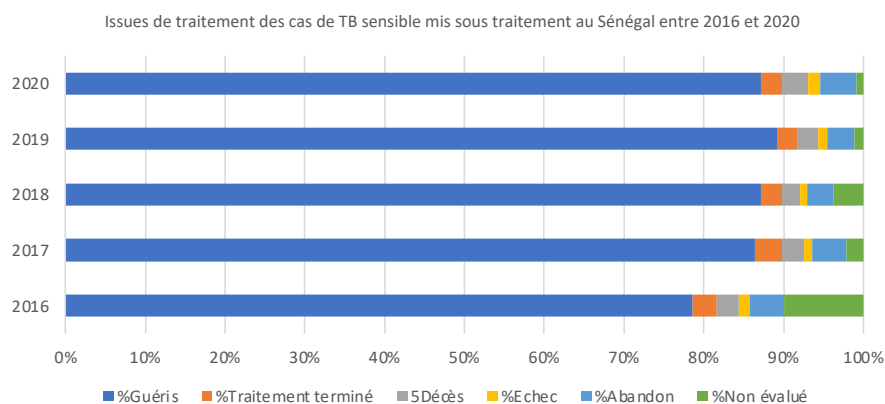


Figure 23. : Résultats du traitement des cas TB sensible au niveau national, 2016-2020

Dans l'analyse de la cohorte de 2020, la région de Matam a enregistré le taux de succès thérapeutique des cas de TB sensible le plus élevé (98%), suivie des régions de Louga, Kaolack et Saint-Louis avec des taux de plus de 90%. La proportion d'interruption de traitement à Kédougou est la plus élevée (21%) suivie des régions de Ziguinchor et de Kolda où elle tourne autour de 6%. En ce qui concerne les décès liés à la TB, les régions de Tambacounda (8%), de Sédhiou (6%) et de Kolda (6%) ont enregistré les proportions les plus élevées.

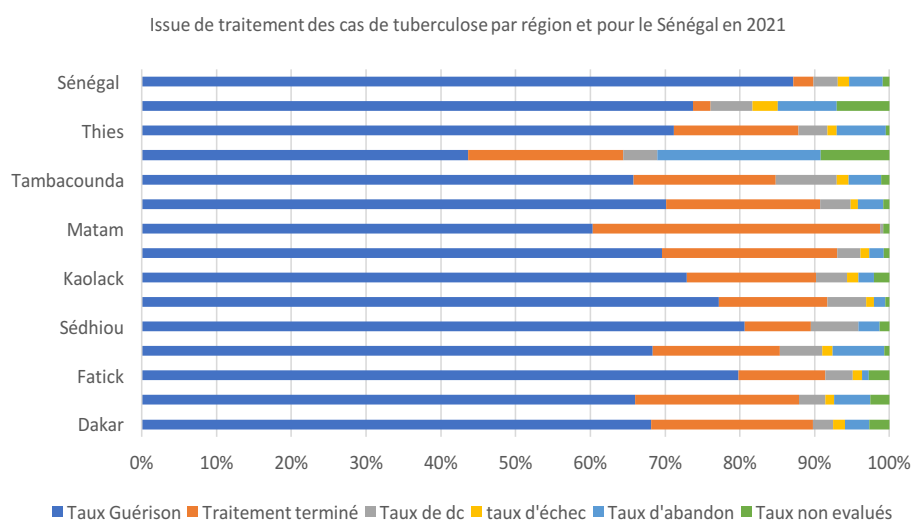


Figure 24. : Résultats du traitement des cas TB sensible, par région pour la cohorte 2020

La létalité de la tuberculose a relativement baissé de 2018 à 2019 passant de 3,1% à 2,7%. En revanche, une hausse a été notée en 2020 avec la survenue de la pandémie à Covid 19, à 4%. En valeur absolue, le nombre de décès dans la cohorte TB passe de 421 à 452 décès de 2019 à 2020.

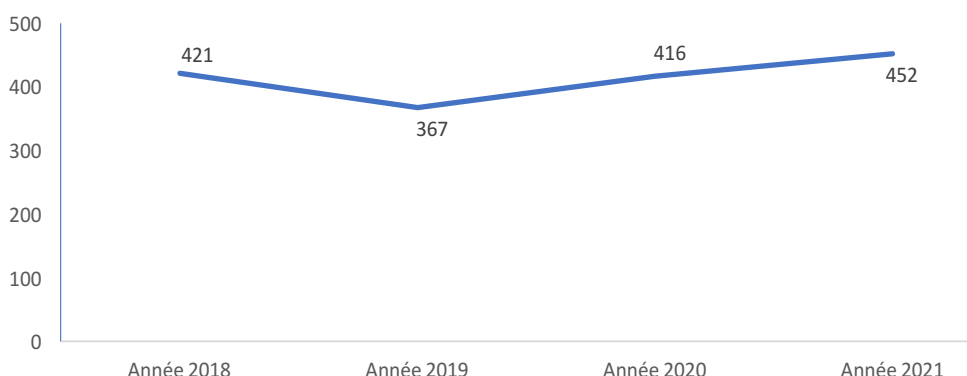


Figure 25. : Évolution du nombre de malades tuberculeux décédés de 2018 à 2021

La contribution communautaire est essentiellement attendue dans la notification des cas et est évaluée par la proportion des cas TPBC référés par les Organisations communautaires de base (OCB). La performance de la contribution communautaire est satisfaisante dans le cadre de la demande de financement du Fonds mondial avec respectivement en 2019 et 2020 une proportion de 24% et 22% sur le total de TPB+ notifiés ; en 2021, elle était à 21%.

2.3 Situation des hépatites virales au Sénégal

Au Sénégal, l'hépatite virale continue d'être une cause importante de morbidité et de mortalité. Bien que l'hépatite B représente un enjeu de santé publique important, les données épidémiologiques dont dispose le Sénégal sont anciennes et proviennent majoritairement d'études conduites en milieu urbain au sein de groupes d'adultes à risque ou de populations spécifiques.

Un plan stratégique 2019-2023 a été développé par le Programme National de lutte contre les Hépatites (PNLH) qui ciblait les cinq virus des hépatites (A, B, C, D et E), en mettant plus spécialement l'accent sur les hépatites B et C en raison de la lourde charge qu'elles représentent pour la santé publique. La stratégie avait comme objectif général de réduire considérablement la transmission des hépatites virales B et C et la morbi-mortalité des porteurs chroniques d'hépatite virale en s'alignant sur les cibles de la stratégie mondiale de lutte contre les hépatites à l'horizon 2030. Elle vise une réduction de 90% des nouveaux cas d'hépatite B chronique et C, de 65% des décès liés aux hépatites B et C ainsi que la couverture de traitement de 80% chez les porteurs chroniques d'hépatite B et C éligibles.

Des interventions récentes ont permis d'estimer le fardeau des hépatites avec des taux de prévalence dans la population générale respectivement de 8 à 9% pour l'hépatite B et de 2% pour l'hépatite C, faisant du Sénégal une zone de forte d'endémicité pour l'hépatite B et de faible endémicité pour l'hépatite C.

La séroprévalence et les facteurs de risque identifiables de l'hépatite C, sont encore mal connus. Chez les donneurs de sang et les femmes enceintes, la prévalence est faible (inférieure à 2%) ; elle est supérieure à 10% dans certaines populations à risque (utilisateurs de drogues par voie injectable, HSH) selon des études concordantes. La modélisation épidémiologique prédit qu'un grand nombre de sénégalais vivant avec une hépatite chronique actuellement non détectée évolueront vers une maladie hépatique majeure au cours de la prochaine décennie. Globalement les études sur les hépatites restent limitées à des populations à risque et la détermination de la prévalence dans la population générale reste un véritable défi.



Tableau VII : Prévalence des hépatites virales au Sénégal (2018)

Prévalence des hépatites	Taux d'infection dans la population générale	Prévalence dans les hépatites aiguës	Prévalence dans les hépatites chroniques et hépatocarcinomes
Hépatite A	100 % avant l'âge de 10ans	79 % (enfants) < 1 % chez les adultes	0%
Hépatite B	85 % 17 % porteurs chroniques	3 % (enfant) 75 % (adulte)	89,5%
Hépatite C	2 %	20 %	18 – 20 %
Hépatite D	2,9 %	14 %	25-30 %
Hépatite E	18 %	ND	0 %
Hépatite G	15,8 %	ND	ND

2.3.1 L'hépatite B

L'hépatite B est la plus fréquente au Sénégal. En effet, 85 % de la population a au moins un marqueur du virus de l'hépatite B (VHB). En effet, après une infection aiguë 20 % des patients deviennent des porteurs chroniques. Parmi eux, 20 à 30% évoluent vers la cirrhose et le cancer du foie après un délai moyen de 20 à 30 ans.

Avec l'introduction de la vaccination universelle des nouveau-nés contre l'hépatite B, pratiquée depuis 1999 dans le cadre du programme national de lutte contre les hépatites et dans le PEV, la séroprévalence globale des porteurs chroniques du VHB a diminué de 17 à 10 %. Le VHB est la seconde cause de cancer après le tabac au Sénégal. Selon l'OMS, il est responsable de 80% des cancers du foie qui est le premier cancer de l'homme.

En 2022, 2287 personnes ont été testées positives à l'AgHBs sur un total de 46 000 tests réalisés. Parmi les 2287 personnes positives 15 % ont été mis sous traitement avec une charge virale supérieure à 2000 UI.

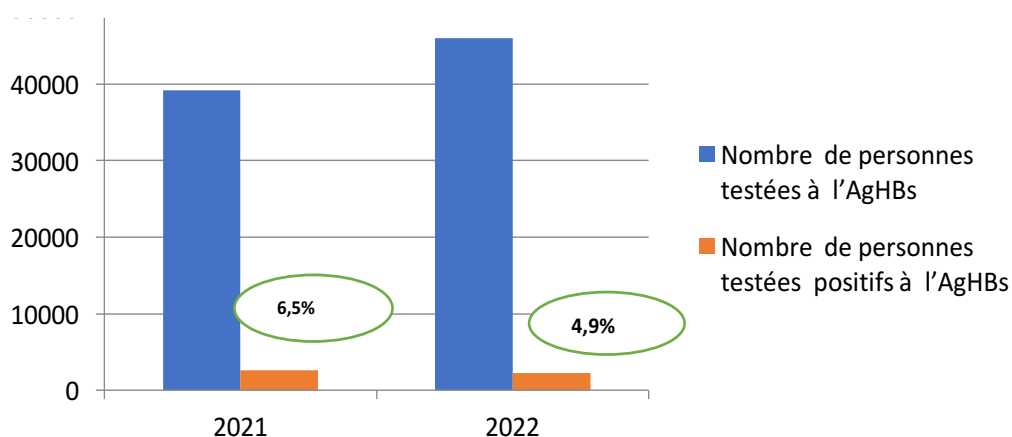


Figure 26. : Pourcentage de personnes testées positives à l'AgHBs 2021-2022

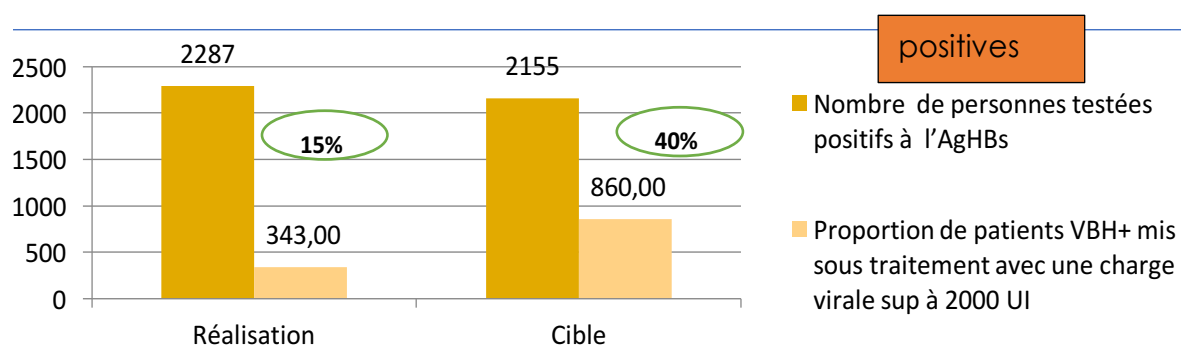


Figure 27. Proportion de Personnes testées positives à l'AgHBs et mis sous traitement

Mortalité : La mortalité liée à l'Hépatite B n'a pas été évaluée au Sénégal.

2.3.2 L'hépatite C

La séroprévalence du VHC ainsi que les facteurs de risque sont encore mal connus au Sénégal. Les données disponibles concernent les femmes enceintes, les donneurs de sang et certaines populations clés. Chez les femmes enceintes et les donneurs de sang, la prévalence de l'hépatite C est faible, inférieure à 2 %.

Dans certaines populations à risque, telles que les utilisateurs de drogues par voie injectable et les HSH, cette prévalence est supérieure à 10% selon des études concordantes. L'histoire naturelle de l'hépatite C est moins bien connue que celle de l'hépatite B. Elle évolue vers la chronicité dans 80 % des cas, mais également vers la cirrhose et le cancer du foie.

2.3.3 Facteurs liés aux hépatites

Les hépatites B et C affectent les personnes issues de divers groupes socioéconomiques en raison d'un accès insuffisant aux soins de santé appropriés, aux modes de vie et aux pratiques culturelles à risque.

L'hépatite B est répartie entre les différentes couches socioéconomiques, mais l'hépatite C est plus concentrée dans les populations marginalisées. Les facteurs de risque d'hépatite virale dans le pays incluent la transmission verticale, les pratiques sexuelles à haut risque, la circoncision traditionnelle et la scarification traditionnelle sur le corps, les marques tribales, etc.

La plupart des personnes vivant avec le VHB et/ou le HVC ignorent leur statut ce qui les expose à un risque accru de complications graves, voire mortelles, (cirrhose et cancer du foie) et augmente la probabilité de transmission du virus à d'autres personnes.

Bien que la vaccination contre le VHB et le dépistage des produits sanguins aient sans aucun doute ralenti l'incidence de nouvelles infections, la modélisation épidémiologique prédit qu'un grand nombre de sénégalais vivant avec une hépatite chronique actuellement non détectée progresseront vers une maladie hépatique majeure au cours de la prochaine décennie.

Ainsi, la prise en compte de l'inégalité dans l'accès à la prévention et au traitement des hépatites virales exige que les populations à risque soient prises en considération. En outre, les programmes de prévention de l'hépatite virale pour les populations à risque élevé, le personnel de santé, les consommateurs de drogues injectables, HSH et des PS doivent être disponibles, abordables et dirigés par la communauté.

Malgré les progrès réalisés dans l'amélioration des interventions de prévention et de traitement dans le domaine du sida, de la tuberculose et du paludisme, très peu de services existent pour améliorer l'accès aux services complets de prévention et de traitement de l'hépatite virale.

2.3.4 Co-infection VIH avec les virus de l'hépatite B et C

Les co-infections du VIH et des virus de l'hépatite sont des facteurs importants de comorbidité et de mortalité chez les PVVIH. Elles constituent des facteurs de gravité avec une évolution plus rapide des infections virales B ou C vers les complications, une moindre efficacité des traitements. Ils s'y ajoutent les difficultés spécifiques liées à la prise en charge concomitante de l'hépatite et de l'infection par le VIH.

Les données de routine collectées au cours de l'année 2022 révèlent que la séroprévalence de l'hépatite B chez les PVVIH nouvellement mises sous TAR est de 10,16 %, ce qui traduit une légère augmentation par rapport à 2021 (9,3 %). Le taux de réalisation du test de l'AgHBs chez les PVVIH nouvellement mises sous TAR est de 33,03 %.



2.4 Situation des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) au Sénégal

Durant l'année 2021, les notifications des syndromes d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ont concerné un total 244 168 cas dont 230 840 (94,5 %) chez les femmes selon les données de routine recueillies auprès des sites de prise en charge des IST.

L'écoulement génital est le premier syndrome d'IST avec 55% de cas notifiés, suivi des douleurs abdominales basses avec 39% et des ulcérations génitales 5% comme le montre la figure 35.

Pour l'écoulement génital, 91% concernent les femmes.

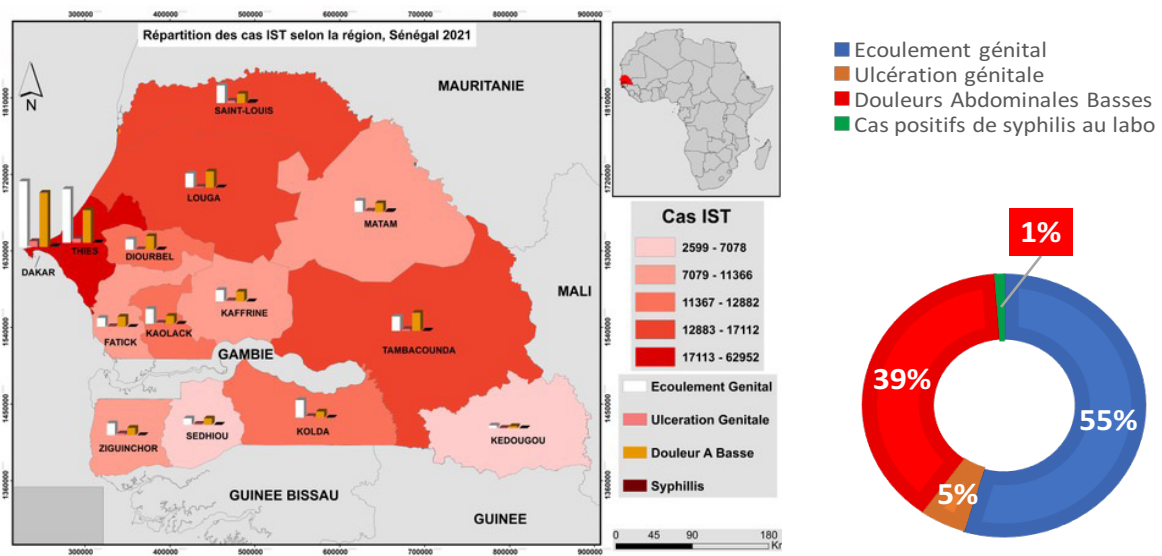


Figure 28 : Répartition régionale des IST (2021)

Figure 29 : Répartition des syndromes d'IST

Source : Rapport DLSI 2021

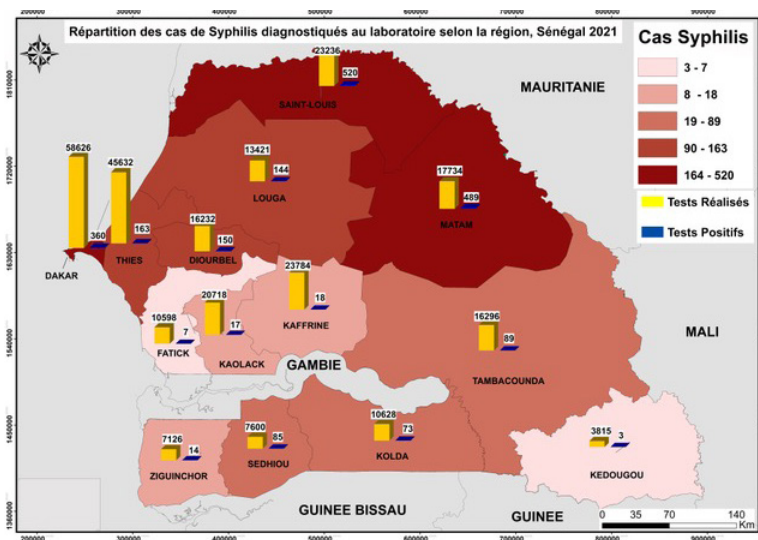


Figure 30 : Répartition régionale des cas de Syphilis en 2021

Source : Rapport DLSI 2021

L'analyse tendancielle montre une augmentation annuelle des IST notifiées d'une année à une autre. La recrudescence des IST témoigne de pratiques sexuelles non protégées.

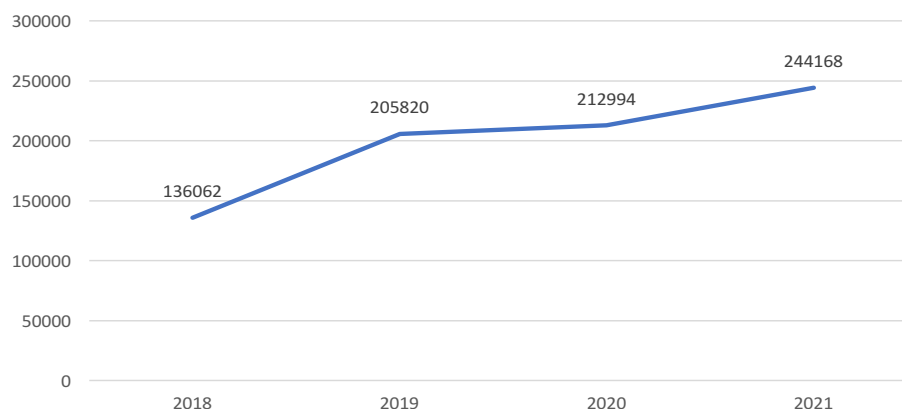


Figure 31. Évolution du nombre de cas IST au Sénégal de 2018 à 2021

Concernant la syphilis, 7704 cas ont été notifiés en 2022 selon la distribution suivante : (i) 54% chez les 25-49 ans ; (ii) 26% chez les 20-24 ans ; (iii) 15% chez les 15-19 ans ; (iv) 5% chez les 50 ans et plus et (1%) chez les 0-14 ans.

Les régions de Saint Louis et de Matam concentrent 57% des cas notifiés de syphilis du fait de l'endémicité dans cette zone.

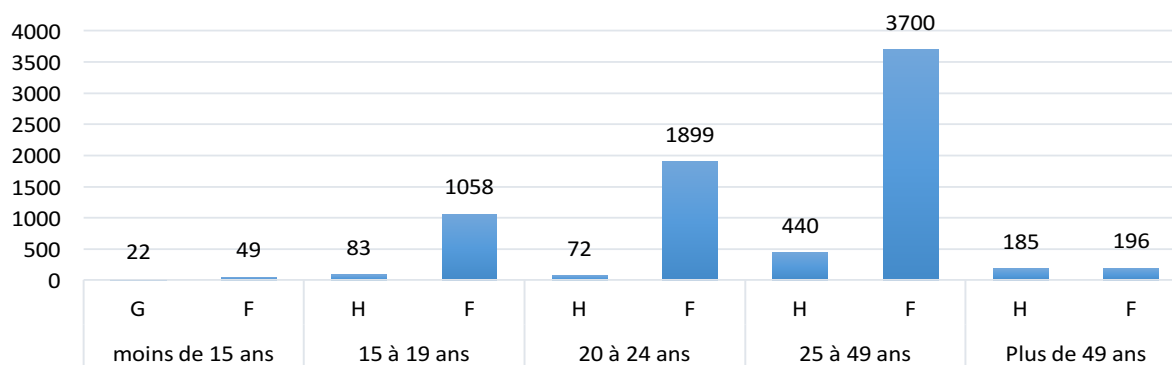


Figure 32. Répartition des cas de syphilis selon les âges au Sénégal en 2022

Source : Données de routine CNLS

Avec la recrudescence des nouvelles infections à VIH, notamment chez les jeunes populations clés, la prise en charge des IST devient prioritaire.

Par ailleurs la surveillance devra être renforcée à travers : (i) la notification des cas ; (ii) l'évaluation de la prévalence ; (iii) l'évaluation de l'étiologie des syndromes d'IST et (iv) la surveillance de la résistance antimicrobienne.



Chapitre III :

Stratégie nationale intégrée pour une riposte multisectorielle contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST

3.1 Référentiels nationaux et internationaux

Le PSNI 2023-2030, s'inspire des référentiels internationaux, des orientations nationales déclinées dans le Plan Sénégal Émergent (PSE) et le PNDSS 2018-2027 et des Objectifs de Développement Durable d'ici 2030, notamment l'ODD 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

À l'instar de la communauté internationale, les efforts doivent être intensifiés considérablement pour permettre à tous d'accéder à des services intégrés et de qualité. La mise en œuvre devra être orientée vers des interventions pour réduire les inégalités et poser des jalons solides pour le respect des droits de chaque personne dans la riposte au sida, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux Infections Sexuellement Transmissibles.



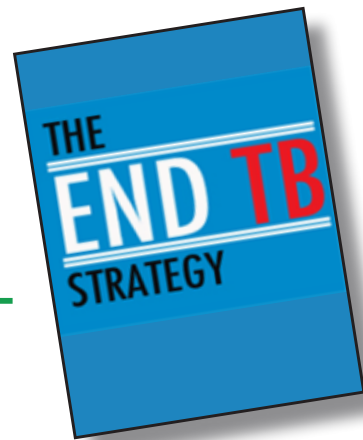
Le Plan National de Développement Sanitaire et Social 2019 – 2028, tend résolument vers l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle au Sénégal. Les résultats sectoriels attendus de la mise en œuvre du PNDSS sont : (i) la gouvernance et le financement du secteur sont renforcés à travers des mécanismes de pilotage, de régulation, de supervision, de contrôle et d'audit, de mobilisation et de rationalisation de l'utilisation des ressources ; (ii) l'offre de services de santé et d'action sociale de base et de référence de qualité est universellement accessible aux populations ; (iii) la protection sociale des populations, en particulier les groupes vulnérables, est améliorée à travers l'accessibilité aux services de santé et d'action sociale sans discrimination aucune.

Référentiels internationaux



La nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021–2026) vise à éliminer les inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida et à placer les populations au centre des efforts déployés pour que le monde puisse mettre fin au sida. Elle définit un cadre d'action transformateur pour éliminer ces inégalités d'ici 2025 et place chaque pays et chaque communauté sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030.

La stratégie « Mettre fin à la tuberculose » plus connue sous le vocable anglais de « END-TB » est la réponse mondiale à la pandémie de la tuberculose. La vision de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose est « un monde libéré de la tuberculose », également exprimée par « zéro décès, maladie et souffrance dues à la tuberculose ».



Ce cadre repose sur trois éléments principaux que sont : (i) le continuum de soins (ii) l'utilisation des trois types de données principaux, (épidémiologiques, centrées sur la personne et liées au système) (iii) les trois étapes de planification (classement des problèmes par ordre de priorité, analyse des causes profondes et optimisation des interventions). Ce cadre sert de base à la planification, à l'établissement de priorités et à l'allocation des ressources à l'aide d'une approche centrée sur la personne.

Cadre pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite dans la région africaine de l'OMS 2021-2030.





Stratégie Régionale pour le VIH, la Tuberculose, les Hépatites B & C et les Droits et Santé Sexuels et Reproductifs des Populations Clés de la CEDEAO

Stratégie du Fonds mondial pour la période 2023-2028 : Combattre les pandémies et bâtir un monde plus sain et plus équitable

- Maximiser des systèmes de santé intégrés et centrés sur la personne
- Maximiser l'engagement et le leadership des communautés les plus touchées afin que personne ne soit laissé pour compte
- Maximiser l'équité en matière de santé, l'égalité des genres et les droits humains
- Contribuer à la préparation et à la riposte aux pandémies.



Les Hépatites virales ne seront plus négligées désormais avec l'adoption de la résolution sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030, en particulier, l'objectif 3 des ODD qui appelle expressément à prendre des mesures pour combattre l'hépatite virale.

Les nouvelles stratégies OMS proposent une vision commune pour mettre fin aux épidémies et faire progresser la couverture sanitaire universelle, les soins de santé primaires et la sécurité sanitaire dans un monde où tous ont accès à des services de santé de haute qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne. Le GHSS promeut les objectifs spécifiques à la maladie pour mettre fin au sida et aux épidémies d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles d'ici 2030.

Ces stratégies 2022-2030 tiennent compte des changements épidémiologiques, technologiques et contextuels de ces dernières années, contribuent à tirer des enseignements relatifs aux diverses infections et maladies et créent des occasions de tirer parti des innovations et des nouvelles connaissances pour une riposte efficace au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles.



3.2 Cadre de riposte intégrée et multisectorielle

Le cadre stratégique pour une riposte intégrée et multisectorielle contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST est élaboré dans le but de maîtriser, et dans l'idéal d'éliminer les menaces pour la santé publique que ces maladies font peser sur les populations du Sénégal.

En tirant des enseignements des études réalisées, de l'analyse de la situation et de la réponse aux maladies, en prenant en compte les nouveaux enjeux et pour relever les défis posés, ce cadre stratégique intégré vise à définir les orientations pour atteindre les cibles de développement durable relatives au contrôle voire à l'élimination des quatre maladies.

Les interventions proposées sont mises en œuvre selon une approche intégrée et multisectorielle dans une optique de couverture sanitaire universelle. Le cadre adopte une approche centrée sur la personne en tenant compte du cycle de vie, des spécificités de genre, des principes d'équité et des droits humains, avec un fort engagement communautaire et une meilleure redevabilité.

Le continuum de soins est la structure proposée pour construire le modèle de services intégrés. Son approche systémique permet d'identifier le paquet holistique de besoins et d'actions nécessaires centrée sur la personne. Il calque le « modèle de l'oignon » utilisé pour la tuberculose. Dans ce modèle, les besoins des personnes malades ou à risque sont évalués de manière systématique.



Figure 33. Modèle de l'oignon centré sur les besoins des personnes

Le nouveau cadre stratégique pour une riposte intégrée et multisectorielle s'inspire du concept de la « **théorie du changement** » qui détermine comment un ensemble d'interventions cohérentes peuvent conduire à un changement précis. Dans ce cadre, la théorie du changement est utilisée comme un moyen de forger et de gérer des partenariats et des stratégies intersectorielles de collaboration entre les planificateurs de programmes, les bénéficiaires, les partenaires, le personnel des programmes, les communautaires, etc.

Ce cadre favorise le consensus et motive les parties prenantes en les associant dès le début du processus de planification et en leur montrant la contribution de leur travail et l'impact à long terme. Pour obtenir le changement souhaité, la promotion et l'utilisation de l'innovation assure une valeur ajoutée dans l'adaptation des services et doit faire plus de place au système communautaire, à l'intégration du secteur privé et des autres secteurs de développement.

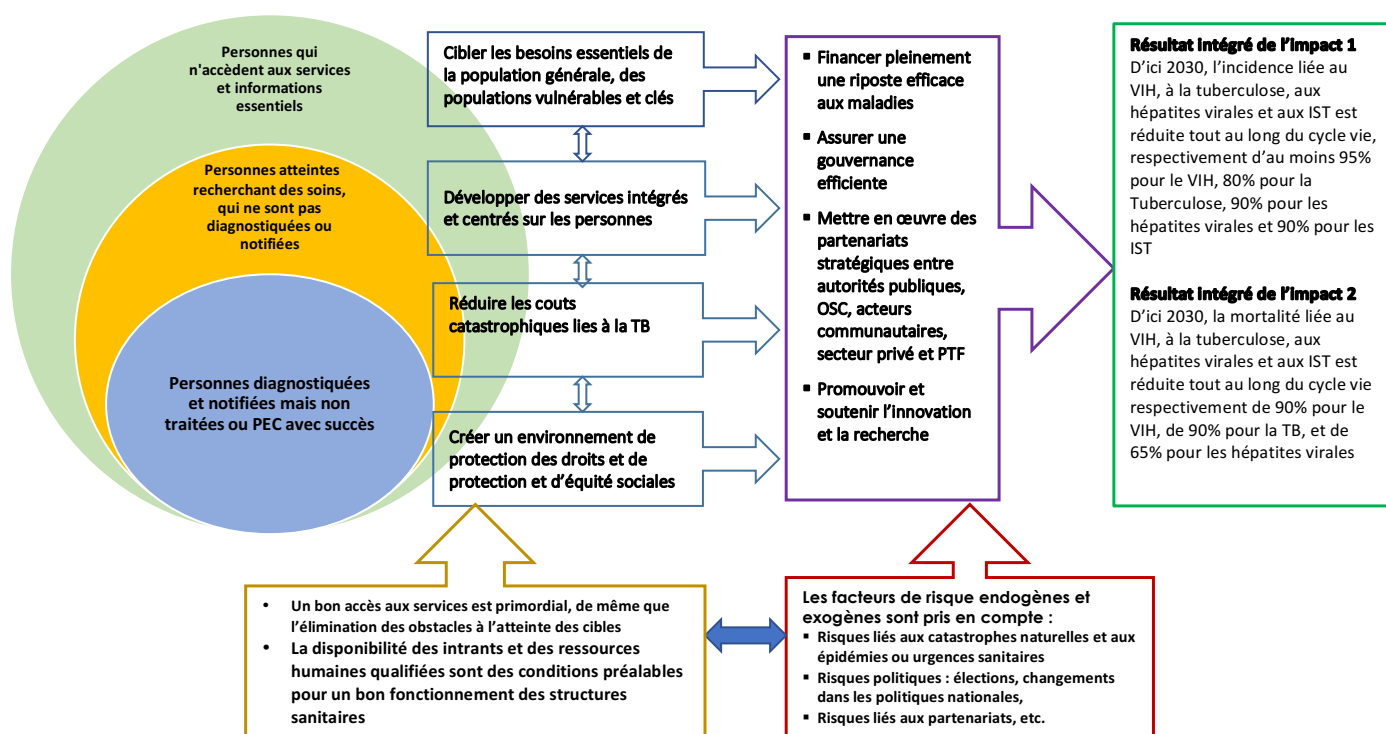


Figure 32. La Théorie du Changement

3.3 Priorités du PSNI 2023 – 2030

Les principales orientations prioritaires issues des revues, rapports et autres analyses des programmes sont les suivantes :

- **Intensification** des actions de prévention primaire et la prévention combinée, selon une approche population, localisation et cycle de vie afin de réduire les nouvelles infections du VIH, de la Tuberculose, des Hépatites virales et des IST.
- **Décentralisation, optimisation et qualité** des services de dépistage, de traitement, de soins et de soutien du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST afin d'obtenir des succès thérapeutiques pour l'ensemble des tranches d'âge et des groupes les plus touchés par les maladies.
- **Réduction des inégalités, de la stigmatisation, de la discrimination et des violences basées sur le genre** en s'attaquant aux déterminants sociaux, économiques et juridiques qui entravent l'accès aux services de santé.
- **Planification, financement et gouvernance** efficaces et inclusifs pour des services intégrés et de sécurité sanitaire tout en réduisant les coûts catastrophiques pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les personnes souffrant de la TB et leurs familles, de l'hépatite virale et les personnes affectées dans une optique de protection sociale et de solidarité nationale.
- **Accélération de l'intégration des politiques, des stratégies et des services de lutte** contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale, et les infections sexuellement transmissibles dans le système de santé.
- **Renforcement de la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs** de développement, le secteur privé, le secteur communautaire dans le cadre d'une approche multisectorielle.
- **Mise en œuvre effective d'une approche d'investissements stratégiques**, axée sur les besoins des populations les plus vulnérables.
- **Accélération des approches axées sur la santé publique** c'est à dire fondée sur des interventions et des services simplifiés et normalisés que l'on peut facilement transposer à une plus grande échelle.
- **Renforcement de l'engagement et de la participation des organisations de la société civile** et des communautés, y compris les populations touchées, afin d'élargir l'accès à des services de qualité pour les bénéficiaires difficiles à atteindre.

Chapitre IV :

Orientations Stratégiques du PSNI 2023 – 2030

4.1 Vision stratégique, But et Principes Directeurs



Vision

«Un Sénégal libéré du sida, de la tuberculose, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, ainsi que des répercussions négatives que ces infections engendrent sur la santé des populations»



But

Éliminer l'épidémie de l'infection à VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et IST d'ici 2030 et assurer une couverture sanitaire pour toutes les populations cibles et les groupes vulnérables.

Principes directeurs

Renforcement du leadership, de la coordination et de la gestion axée sur les résultats. Ceci traduit une évolution de l'engagement dans la réponse du gouvernement, des partenaires techniques et financiers et de la société civile. La recherche de l'efficacité a guidé le choix des interventions à haut impact proposées dans les différents produits prioritaires dans le cadre de résultats de ce PSNI 2023-2030.

Intégration et décentralisation des services du VIH, de la Tuberculose, des Hépatites virales et des IST. Il s'agit de mutualiser les efforts et rationaliser les coûts dans la prévention et la prise en charge de ces différentes pathologies prioritaires afin de rendre plus accessibles les services aux populations, particulièrement aux groupes vulnérables (ou populations clés).

Approche centrée sur les personnes bénéficiaires : La promotion de l'approche différenciée selon le cycle de vie, afin de prendre en compte les personnes dans la diversité de leurs besoins, de leurs âges et leurs contextes de vie.

Promotion des services de qualité selon des approches localisation et population : Les interventions de prévention combinée auprès des populations clés et des interventions de proximité auprès des populations vulnérables prenant en compte les spécificités des groupes cibles, des zones prioritaires et des partenaires de mise en œuvre.

Promotion du genre et des droits humains dans la réponse au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST : La prise en compte du genre et des droits humains est une exigence pour réduire les inégalités, parvenir à un accès équitable aux services et promouvoir la stabilité sociale.

Utilisation des technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et des réseaux sociaux : elle constitue une opportunité pour améliorer la communication entre prestataires et bénéficiaires afin de promouvoir l'accès aux services ainsi que la sensibilisation pour susciter un changement de comportement.

Promotion de l'innovation et de la recherche sur le VIH, la TB, les Hépatites virales et les IST : Elle vise à améliorer l'efficacité, la qualité, l'équité aux soins et la durabilité.

4.2 Cadre de Résultats

L'adhésion au concept de la chaîne de résultats par les parties prenantes, durant l'élaboration du présent PSNI 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. Cette approche se fonde sur le choix de priorités populationnelles, thématiques et géographiques qui engendrent des investissements stratégiques des ressources.

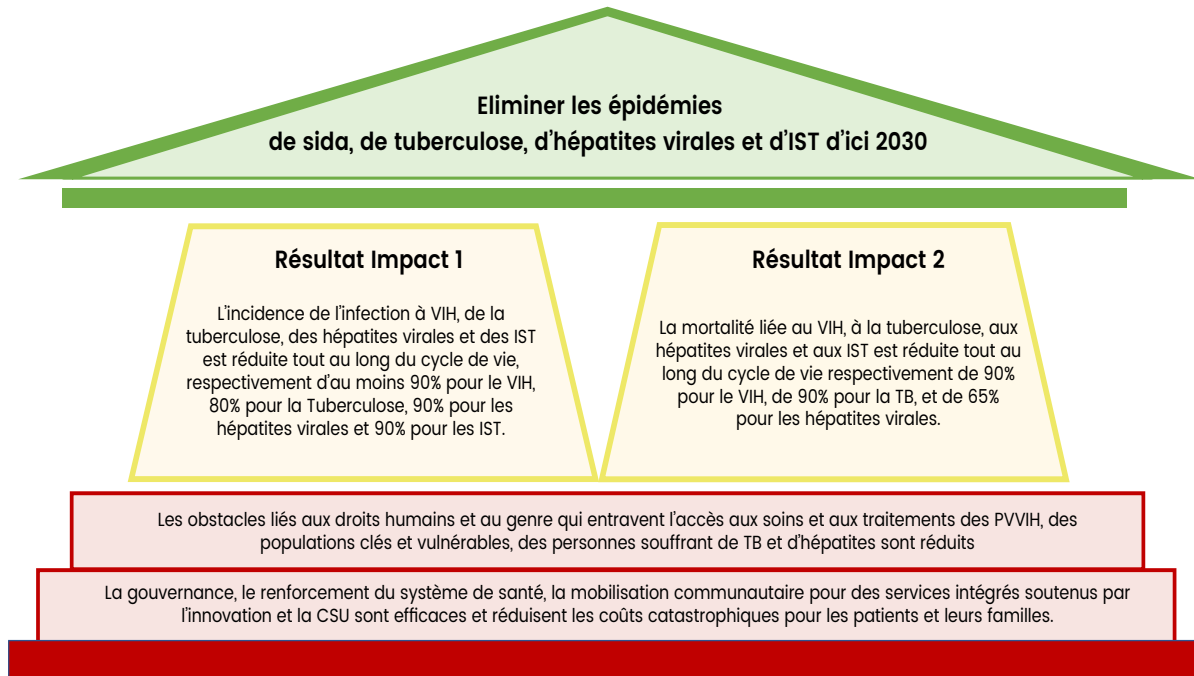


Figure 35. Cadre des résultats du PSNI 2023-2030

Résultat d'impact 1 :

D'ici 2030, l'incidence liée au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST est réduite tout au long du cycle de vie, d'au moins 90%, 80%, 90% et 90% respectivement

- **Résultat d'effet 1.1 :** *D'ici 2030, la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de l'Hépatite B et de la Syphilis est effective.*
- **Résultat d'effet 1.2 :** *D'ici 2030, l'approche de prévention intégrée développée pour le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST est utilisée pour au moins 90% des cibles prioritaires.*
- **Résultat d'effet 1.3 :** *D'ici 2030, l'offre de dépistage et le diagnostic intégré du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST sont assurés pour au moins 95% des cibles prioritaires.*
- **Résultat d'effet 1.4 :** *95 % des populations clés à risque d'infection par le VIH, la TB, les Hépatites (B et C) et les IST utilisent les outils de prévention combinée intégrée efficaces et adaptés à la situation.*

Description du Résultat impact 1

L'atteinte de ce résultat d'impact passe par l'élimination des nouvelles infections à VIH, la tuberculose, l'hépatite B chez les femmes enceintes, les nouveau-nés, les enfants, les jeunes, notamment les jeunes populations clés.

Les interventions visant l'élimination de la transmission du VIH, de l'hépatite virale B et de la syphilis de la mère à l'enfant seront mises en œuvre dans les structures de santé et avec l'engagement des acteurs communautaires à travers la mise en place du processus de certification de l'eTME d'ici fin 2027. Il s'agit de faire en sorte que 100% des femmes qui fréquentent les services de SMNI/SSR soient sensibilisées sur l'eTME et le dépistage du VIH, de la syphilis et l'hépatite virale B. Au moins 95% des femmes enceintes attendues en CPN1 précoce doivent être dépistées au VIH, à l'hépatite virale B et à la syphilis suivi de la vaccination. La rétention aux soins est assurée à au moins 95% des couples mère-enfant jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé. Le dépistage précoce à la naissance, la chimioprophylaxie du VIH, la vaccination contre l'hépatite B et le traitement de la syphilis chez les nouveau-nés exposés sont réalisés le plus tôt possible dans les 48 heures suivant l'accouchement.

Au niveau des populations prioritaires, la prévention intégrée et adaptée à chaque cible sera mise à l'échelle selon leur localisation et leur vulnérabilité. Cela nécessite des approches innovantes, une cohérence et une articulation des efforts de toutes les parties prenantes ainsi que la mise en place de partenariats transformateurs aussi bien pour le système communautaire que le secteur privé.

La prévention combinée est renforcée avec l'appui des acteurs communautaires pour atteindre 95% des populations clés, selon des approches de services différenciées en fonction notamment des facteurs de risques et vulnérabilités croisées au sein des différentes populations clés et vulnérables. Il s'agit d'intégrer les innovations en matière de prévention, notamment en mettant en œuvre des services adaptés pour les hommes et passer à l'échelle la PrEP et l'ADVIH au profit des populations clés.

L'offre de service adaptée de prévention permettra à 70% des adolescent(e)s et jeunes de 10-24 ans de disposer de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST, et à 100% de jeunes et adolescents présentant une IST de bénéficier d'une prise en charge gratuite, particulièrement dans les districts prioritaires, selon des approches différenciées et avec l'appui de leurs pairs et des acteurs communautaires.

L'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels à risque sera effective chez 90% des populations à risque grâce à la promotion de l'usage du préservatif, à la couverture des besoins nationaux en préservatifs et gels lubrifiants dans une approche de marché total.

Concernant la tuberculose, la réduction de son incidence passera aussi par le ciblage pour le dépistage, la prise en charge et le TPT, particulièrement chez les jeunes adultes dans les tranches d'âge des 25-54 ans (57,17% des cas notifiés) et celle des 15-24 ans (25,37% des cas notifiés).

Les interventions visant une détection et un traitement précoce des malades ainsi que le renforcement de la prévention à travers le TPT et l'application des mesures de prévention et de contrôle de l'infection contribueront à réduire de 80% les nouvelles infections. Tous les enfants et jeunes contacts étroits de malades tuberculeux seront recherchés et dépistés et au moins 90% d'entre eux indemnes de TB mis sous TPT. La communication sur la tuberculose et les comorbidités associées sera renforcée avec l'utilisation plus accentuée des réseaux sociaux pour atteindre au moins 90% des cibles les plus touchées (entre 15 et 24 ans). La collaboration renforcée avec la DSME, les Régions médicales et les PTF œuvrant en faveur de la santé de l'enfant permettra de mettre en œuvre des interventions innovantes visant à diagnostiquer au moins 10% des cas notifiés toutes formes chez les enfants âgés de 0 à 14 ans et les adolescents. L'offre de soins intégrés de qualité et le soutien aux malades, adaptées à chaque tranche de vie, permettront de traiter avec succès au moins 95% des malades notifiés aussi bien pour la tuberculose pharmacosensible que la TB pharmacorésistante.

Concernant les hépatites virales, des mesures de sécurité et de contrôle des infections seront disponibles dans 90% des structures de santé. Les nouveau-nés bénéficieront d'une dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance.

Pour atteindre ce résultat, 90% des prestataires et acteurs impliqués sont formés sur l'approche de prévention intégrée développée pour le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST

Résultat d'effet 1.1 : D'ici 2030, la triple élimination de la transmission du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis de la mère à l'enfant est effective

- **Produit 1.1.1 :** Le processus de certification de l'eTME est mis en place et accompli d'ici fin 2027 ;
- **Produit 1.1.2 :** 95% des femmes enceintes en CPN sont dépistées et connaissent leur statut pour le VIH, l'hépatite B, la syphilis et la TB ;
- **Produit 1.1.3 :** 100% des femmes qui fréquentent les services de CPN sont sensibilisées sur l'eTME et le dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite et sur la tuberculose ;
- **Produit 1.1.4 :** Au moins 95% des femmes enceintes attendues sont dépistées pour VIH/syphilis/Hépatites virales et Tuberculose et reçoivent les résultats en CPN ;
- **Produit 1.1.5 :** Au moins 95% des couples mère-enfant sont maintenus dans les soins jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé ;
- **Produit 1.1.6 :** Au moins 95% des enfants exposés bénéficient concomitamment d'un dépistage précoce selon les directives PTME et d'une prophylaxie aux ARV, au Cotrimoxazole (CTX) et aux hépatites virales ainsi que la prévention TB ;
- **Produit 1.1.7 :** Au moins 95% des prestataires impliqués dans la triple élimination sont formés sur la prévention des nouvelles infections chez les nouveaux nés et la prise en charge du couple mère enfant.

Résultat d'effet 1.2 : D'ici 2030, l'approche de prévention intégrée développée pour le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST est utilisée pour au moins 90% des cibles prioritaires

- **Produit 1.2.1 :** 95% des personnes prioritaires utilisent des services et approches intégrées de prévention pour se protéger contre le VIH/TB/HV/IST ;
- **Produit 1.2.2 :** 95% personnes prioritaires ont un accès facile au préservatif pour se protéger du VIH, IST et HV et l'utilisent régulièrement lors des rapports sexuels occasionnels ;
- **Produit 1.2.3 :** 95% des cas d'IST sont diagnostiqués et pris en charge selon l'approche syndromique ;
- **Produit 1.2.4 :** 95% de jeunes et adolescent(e)s de 10-24 ans dans les zones prioritaires bénéficient d'un paquet de services de prévention contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST ;
- **Produit 1.2.5 :** 95% de jeunes et adolescent(e)s présentant un signe d'IST/HV/VIH reçus dans les centres de santé bénéficient d'une prise en charge appropriée et de services de prévention ;
- **Produit 1.2.6 :** 80% des jeunes et adolescent(e)s scolarisés ou non accèdent à une information de qualité et acquièrent des compétences pour se protéger des IST/VIH/HV (life skills) ;
- **Produit 1.2.7 :** 80% des autres populations vulnérables bénéficient de services de prévention du VIH et IST/HV adaptés à leurs besoins ;
- **Produit 1.2.8 :** 100% des victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques (AELB) (victimes d'exposition en milieu de soins, victimes d'exposition sexuelle, y compris les VBG reçues dans les centres de santé) bénéficient d'une prise en charge adéquate ;
- **Produit 1.2.9 :** 100% des poches de sang collectées sont testées aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatite B et C) ;
- **Produit 1.2.10 :** 90% des personnes en contact étroit avec des patients tuberculeux (adultes et enfants) ont commencé une thérapie préventive ;
- **Produit 1.2.11 :** 95% des PVVIH éligibles ont commencé une thérapie préventive à la tuberculose ;
- **Produit 1.2.12 :** 90% des structures de santé disposent des mesures de sécurité et de contrôle des infections ;
- **Produit 1.2.13 :** 95% des nouveau-nés bénéficient d'une dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance ;
- **Produit 1.2.14 :** 90% des prestataires impliqués sont formés sur l'approche de prévention intégrée développée pour le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST.

Résultat d'effet 1.3 : D'ici 2030, l'offre de dépistage et le diagnostic intégré du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST sont assurés pour au moins 95% des cibles prioritaires.

- **Produit 1.3.1 :** 95% des PVVIH issues des populations clés (TS, HSH, CDI, TG) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut sérologique ;
- **Produit 1.3.2 :** 95% des PVVIH issues des populations vulnérables (clients des TS, personnes vivant avec handicap, personnes privées de liberté) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut ;
- **Produit 1.3.3 :** 95% des enfants de 0 à 9 ans vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et reçoivent une prise en charge adéquate ;
- **Produit 1.3.4 :** 95% des adolescents et jeunes (10-24 ans) vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique et ont reçu une prise en charge adéquate selon les normes ;
- **Produit 1.3.5 :** 95% des PVVIH adultes de la population générale sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut sérologique ;
- **Produit 1.3.6 :** D'ici 2030, au moins 90% des cas de tuberculose attendus, sont notifiés :
 - 90% des cas attendus de TB sensibles sont déclarés ;
 - 100% des cas nouvellement notifiés sont dépistés en utilisant les tests rapides recommandés par l'OMS ;
 - 95% des laboratoires présentent des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la microscopie ;
 - 10 % des cas diagnostiqués sont des enfants de moins de 15 ans.
- **Produit 1.3.7 :** D'ici 2030, au moins 75% des cas estimés TB-RR et/ou TB-MR sont notifiés.
 - 100% des cas suspects de TB Pharmaco-résistante bénéficient de test de sensibilité pour au moins la rifampicine ;
 - 100% des patients confirmés de TB-RR ou TB-MR ont un résultat de test de sensibilité aux médicaments de seconde ligne ;
 - 95% des laboratoires présentent des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la culture et les Experts.
- **Produit 1.3.8 :** D'ici 2030, 30% de personnes vivant avec l'hépatite B ou C sont diagnostiquées ;
- **Produit 1.3.9 :** 90% des prestataires impliqués sont formés sur l'offre de dépistage et le diagnostic intégré du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST des cibles prioritaires.

Résultat d'effet 1.4 : 95 % des populations clés à risque d'infection par le VIH, la TB, les Hépatites (B et C) et les IST utilisent des options de prévention combinées et intégrées efficaces et adaptées

- **Produit 1.4.1 :** 95% des PS bénéficient des services essentiels de prévention combinée selon les normes nationales (VIH/TB/HV/ IST) ;
- **Produit 1.4.2 :** 95% des HSH bénéficient des services essentiels de prévention combinée selon les normes nationales (VIH/TB/HV/ IST) ;
- **Produit 1.4.3 :** 95% des TG bénéficient des services essentiels de prévention combinée selon les normes nationales (VIH/TB/HV/ IST) ;
- **Produit 1.4.4 :** 95% des CDI bénéficient d'un paquet de services essentiels de prévention y compris de réduction des risques (RdR) selon les normes ;
- **Produit 1.4.5 :** 100% des détenus bénéficient des services essentiels (VIH/TB/HV/ IST) de prévention adaptée à leurs besoins selon les normes ;
- **Produit 1.4.6 :** 10% des PS et 20% des HSH éligibles, bénéficient de la PrEP selon les directives ;
- **Produit 1.4.7 :** 100% des PVVIH des files actives sont dépistés systématiquement pour la TB à chaque contact ;
- **Produit 1.4.8 :** 2% des cas de TB (toutes formes confondues) sont déclarés dans la population carcérale ;
- **Produit 1.4.9 :** 1% des cas de TB (toutes formes confondues) sont déclarés dans les populations clés/groupes à haut risque (hors population carcérale) ;
- **Produit 1.4.10 :** 95% des associations de populations clés et à risque d'infection par le VIH, la TB, les Hépatites virales (B et C) et les IST sont formés sur les options de prévention combinées et intégrées ;
- **Produit 1.4.11 :** 100% des personnes atteintes de TB sont dépistées au VIH.

Résultat d'impact 2 :

D'ici 2030, la mortalité liée au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales est réduite tout au long du cycle de vie de 90%, de 90%, et de 65% respectivement.

- **Résultat d'effet 2.1** : *D'ici 2030, 95% des personnes atteintes de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et d'IST obtiennent un succès thérapeutique tout au long du cycle de vie ;*
- **Résultat d'effet 2.2** : *D'ici 2030, 95% des personnes atteintes de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et d'IST et appartenant aux groupes clés et vulnérables prises en charge selon des approches différenciées obtiennent un succès thérapeutique ;*
- **Résultat d'effet 2.3** : *D'ici 2030, 90% des cas de TB- RR/MR obtiennent un succès thérapeutique*

Description du Résultat impact 2 :

Malgré la baisse notable de l'évolution de la morbidité et de la mortalité des maladies ciblées, liées à l'élargissement des services de dépistage/détection et de traitement, notamment pour le sida et la tuberculose, des efforts importants sont nécessaires pour maintenir les acquis et les élargir pour l'atteinte des résultats fixés pour le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST.

L'approche intégrée de prise en charge du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST est fondamentale pour fournir des soins coordonnés, axés sur la personne et selon le cycle de vie. Elle permettra de réduire les inégalités notées dans la riposte au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST. Elle permet d'atteindre les populations les plus vulnérables, moins susceptibles de recevoir un ensemble de services intégrés et cohérents, conçus pour répondre à leurs besoins.

La stratégie accorde donc la priorité à l'intégration des services, en veillant tout particulièrement à répondre aux besoins des populations clés et prioritaires, respectivement pour toutes les maladies prises en compte dans ce plan. Il s'agit, entre autres, de privilégier l'introduction rapide et l'élargissement de l'accès pour les nouvelles recommandations de l'OMS sur la prise en charge du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST. Ces dernières seront adaptées aux enfants pour un succès thérapeutique à toutes les étapes de la vie.

Des approches de prestations de services différenciées, développées dans différents contextes par les communautés pour répondre à leurs besoins et circonstances spécifiques, seront étendues. La pandémie à COVID-19 a fourni de nombreux enseignements et des expériences innovantes dans la mise à disposition des services malgré les contraintes pendant les confinements.

Les résultats conjugués de l'intensification du dépistage précoce et du traitement de qualité, chez les populations clés permettront d'atteindre la réduction ambitieuse du taux de mortalité de la tuberculose à moins de 3 décès pour 100 000 personnes.

Résultat effet 2.1 : D'ici 2030, 95% des personnes atteintes de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et d'IST obtiennent un succès thérapeutique tout au long du cycle de vie.

- **Produit 2.1.1** : 95% des PVVIH adultes dépistés et connaissant leur statut sérologique, reçoivent un traitement ARV adapté et ont supprimé leur charge virale ;
- **Produit 2.1.2** : 95% des PVVIH jeunes et adolescents bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales de PEC et ont supprimé leur charge virale ;
- **Produit 2.1.3** : 95% des enfants (0 à 14ans) vivant avec le VIH sont dépistés et bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales et ont supprimé leur charge virale ;
- **Produit 2.1.4** : 95% des personnes traitées pour le VIH, les hépatites virales et la tuberculose bénéficient d'un suivi clinique et biologique centré sur la personne selon les directives nationales ;
- **Produit 2.1.5** : 95% des PVVIH (enfants, jeunes et adolescents, adultes) sont maintenues dans le système de soins (12 mois, 24 mois, 36 mois, etc.) à travers des approches différenciées ;
- **Produit 2.1.6** : 95 % des PVVIH traitées par ARV (adultes, enfants et adolescents) bénéficient de la mesure de la charge virale VIH, selon les directives nationales ;
- **Produit 2.1.7** : 100% des PVVIH suivies bénéficient du screening, du diagnostic précoce, du traitement préventif ou curatif précoce de la tuberculose selon les directives ;
- **Produit 2.1.8** : 100% des PVVIH suivies présentant une IO bénéficient d'une PEC selon les directives nationales ;
- **Produit 2.1.9** : 60 % des personnes atteintes d'hépatites virales B et C sont diagnostiquées ;
- **Produit 2.1.10** : 50 % des personnes diagnostiquées positives aux hépatites virales B et C et éligibles au traitement sont traitées ;
- **Produit 2.1.11** : 100 % des femmes/filles PVVIH de plus de 25 ans suivies sont dépistées pour le cancer du col ;
- **Produit 2.1.12** : 100 % des femmes PVVIH présentant des lésions pré cancéreuses du col utérin sont traités selon les directives nationales ;
- **Produit 2.1.13** : 100 % des adolescentes de moins de 15 ans bénéficient du vaccin contre HPV selon les directives nationales ;
- **Produit 2.1.14** : Au moins 95% des cas de TB notifiés bénéficient d'un traitement de qualité et sont traités avec succès ;
- **Produit 2.1.15** : 100% des cas de TB toutes formes sont mis sous traitement ;
- **Produit 2.1.16** : 100% des patients TB sensibles sont correctement suivis (effets secondaires, soutien psychosocial et nutritionnel, TDO) ;
- **Produit 2.1.17** : 30% des patients atteints de tuberculose pharmaco-sensible ont bénéficié d'au moins un soutien au traitement (remboursement de transport et soutien nutritionnel) ;
- **Produit 2.1.18** : Le nombre de décès dans la cohorte TB est réduit de 85% ;
- **Produit 2.1.19** : Les prestataires de santé des districts, du privé et les communautaires sont formés pour le diagnostic et la prise en charge intégrée du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST avec leurs comorbidités.

Résultat effet 2.2 : D'ici 2030, 95% des personnes atteintes de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et d'IST et appartenant aux groupes clés et vulnérables, pris en charge selon des approches différenciées, obtiennent un succès thérapeutique.

- **Produit 2.2.1 :** 95% des populations clés bénéficient des services essentiels de prise en charge selon les normes nationales (VIH/TB/HV/ IST) ;
- **Produit 2.2.2 :** 100% des détenus bénéficient des services essentiels de prise en charge (VIH/TB/HV/ IST) de prévention adaptée à leurs besoins ;
- **Produit 2.2.3 :** 100% des populations clés des files actives VIH sont dépistées systématiquement pour la TB et les hépatites et reçoivent une prise en charge différenciée pour les 4 maladies ;
- **Produit 2.2.4 :** 100% des cas de TB (toutes formes confondues) sont pris en charge dans la population carcérale.

Résultat effet 2.3 : D'ici 2030, 90% des cas de TB- RR/MR obtiennent un succès thérapeutique.

- **Produit 2.3.1 :** 100% des cas de TB pharmaco résistante diagnostiqués ont commencé le traitement de deuxième intention ;
- **Produit 2.3.2 :** 100% des cas confirmés de TB résistante à la rifampicine/multirésistante ont reçu un test de résistance aux médicaments de deuxième ligne ;
- **Produit 2.3.3 :** 95% des prestataires impliqués sont formés sur la prise en charge de la TB résistante à la rifampicine/multirésistante et l'utilisation des tests de résistance aux médicaments de deuxième ligne.

Résultats d'effets transversaux

Résultat d'effet 3 : *Les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux soins et aux traitements des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des personnes souffrant de la TB et de l'hépatite, sont réduits ;*

Résultat d'effet 4 : *La gouvernance, le renforcement du système de santé la mobilisation communautaire pour des services intégrés soutenus par l'innovation et une couverture de santé universelle sont efficaces et réduisent les coûts catastrophiques pour les patients et leurs familles.*

Description du Résultat effet 3

Concernant les résultats d'effet transversaux, ils constituent les bases qui faciliteront la mise en œuvre efficace des interventions. La stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 de l'ONUSIDA renouvelle et souligne l'ancrage de la riposte au VIH, à la TB, aux hépatites virales et aux IST dans les principes des droits de l'homme et de l'égalité des sexes, qui doivent être reflétés de manière cohérente et explicite dans tous les aspects de la riposte.

Les autorités nationales aux côtés des organisations de la société civile et des acteurs communautaires, vont dans le cadre du PSNI, déployer d'importants efforts pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/TB/HV et IST. Le respect et la protection des droits humains constituent un principe intangible pour lever les obstacles à l'accès aux services essentiels pour les populations et plus particulièrement celles qui sont les plus vulnérables. Il s'agit de développer un plaidoyer et des partenariats pour un environnement social et juridique protecteur vis-à-vis des PVVIH, des personnes présentant une tuberculose, une IST, une hépatite virale ainsi que les populations clés et vulnérables en milieu de soins, en milieu social et en milieu de travail. Il s'agit également de permettre aux PVVIH et personnes atteintes de tuberculose ou d'hépatite virale, y compris les populations clés, de bénéficier d'un soutien juridique et judiciaire dans le cadre du respect de leurs droits.

Les efforts seront renforcés pour intégrer l'approche genre dans les politiques nationales et lutter contre les VBG afin de réduire le fardeau des maladies parmi les femmes, les jeunes-filles, les adolescentes à travers des programmes adaptés de prévention et de prise en charge du VIH, tuberculose, des hépatites virales et des IST.

Résultat d'effet transversal 3 : Les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux soins et aux traitements des PVVIH, des personnes présentant une tuberculose, une IST, une hépatite virale ainsi que les populations clés et vulnérables, sont réduits

- **Produit 3.1:** La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH, les personnes présentant une tuberculose, une hépatite virale, une IST ainsi que les populations clés et vulnérables sont réduites de 75% dans les structures de santé publiques, privées et communautaires ;
- **Produit 3.2 :** Les parlementaires, les leaders d'opinion, les forces de sécurité, les autorités publiques et les juristes sont sensibilisés à l'amélioration d'un environnement favorable pour améliorer l'accès des PVVIH, des personnes présentant une tuberculose, une hépatite virale, une IST ainsi que les populations clés et vulnérables, aux services de prévention et de prise en charge ;
- **Produit 3.3 :** 100% des PVVIH, des personnes présentant une tuberculose, une hépatite virale, une IST ainsi que des populations clés et vulnérables bénéficient d'un soutien juridique dans le cadre du respect des droits humains lorsqu'elles sont victimes de violences ou de violation de leurs droits ;
- **Produit 3.4.** Des mécanismes de prévention et réponses contre les abus, la stigmatisation, les VBG, sont établis au niveau de toutes les organisations de prise en charge des populations prioritaires et clés ;
- **Produit 3.5 :** 100% des programmes de prévention et de prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST intègrent les principes d'équité sociale et d'égalité de genre ;
- **Produit 3.6 :** 100% des cas de VBG bénéficient d'une assistance complète (sociale, médicale, psychologique, juridique et judiciaire) en concertation avec les acteurs communautaires et ou les associations de protection des droits de l'homme ;
- **Produit 3.7 :** 90% des prestataires impliqués sont formés sur les droits humains et les obstacles qui entravent l'accès aux soins et aux traitements des PVVIH, des personnes présentant une tuberculose, une hépatite virale, une IST ainsi que des populations clés et vulnérables

Description du Résultat effet 4

Dans le contexte d'une approche intégrée, le résultat d'effet sur la gouvernance, le renforcement du système de santé, la mobilisation communautaire pour des services intégrés soutenus par une couverture de santé universelle facilitent la mise en œuvre efficiente des interventions. L'atteinte de ces résultats impose de renforcer la gouvernance et la coordination de la réponse aux maladies pour en assurer l'accélération, l'efficience, la redevabilité et la durabilité. Les efforts porteront d'abord sur le renforcement de la coordination multisectorielle et du leadership de la réponse aux niveaux central, décentralisé et sectoriel.

Le leadership communautaire, l'innovation et la recherche constituent la contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse, à travers un appui au mécanisme de surveillance communautaire de la réponse, le renforcement de la coordination et de la gouvernance du système communautaire, des partenariats transformateurs avec le secteur public, les Partenariats Public Privé (PPP), les collectivités territoriales et les villes, afin qu'à terme au moins 50 % des financements des maladies soient assurés sur des fonds domestiques. Des mesures devront être prises pour augmenter la part des ressources domestiques dans le financement du PSNI (État, Secteur Privé, Collectivités territoriales, etc.) mais aussi pour que toutes les ressources mobilisées (y compris les ressources extérieures) soient mises en œuvre de façon efficiente pour atteindre les résultats du PSNI 2023-2030.

Les efforts porteront également sur la production régulière d'une information stratégique de qualité sur le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST de même que son utilisation pour la prise de décision. Enfin, la chaîne d'approvisionnement sera renforcée pour rendre disponible en quantité suffisante tous les intrants biomédicaux de qualité nécessaires à la mise en œuvre des interventions du présent plan dans les délais impartis et aux meilleurs prix (médicaments, réactifs, consommables, préservatifs, etc.).

Résultat d'effet transversal 4 : La gouvernance, le renforcement du système de santé, la mobilisation communautaire pour des services intégrés soutenus par une couverture de santé universelle sont efficaces et réduisent les coûts catastrophiques pour les patients et leurs familles.

- **Produit 4.1** : D'ici 2030, la contribution de l'État, du secteur privé et des collectivités territoriales au financement de la lutte contre le VIH/TB/HV/IST s'accroît d'au moins 25% pour couvrir plus de 50% du budget des maladies ;
- **Produit 4.2** : D'ici 2030, l'augmentation du financement de la santé allouée à la prévention et à la prise en charge du VIH/TB/HV/IST est régulièrement documentée et suivie à travers un paysage financier à jour ;
- **Produit 4.3** : D'ici 2027, 70% de sites de prestation de services de santé disposent d'un mécanisme de suivi dirigé par la communauté (CLM) ;
- **Produit 4.4** : D'ici 2027, 100% des structures de santé ne connaissent pas de rupture de stock des produits traceurs VIH, TB, HV et IST ; les produits sont disponibles et accessibles pour tous les patients VIH, TB, HV, IST ;
- **Produit 4.5**. Les coûts catastrophiques liés à la tuberculose pour les patients et leurs familles sont réduits d'au moins 40% ;
- **Produit 4.6** : L'information stratégique de qualité sur la riposte nationale au VIH/Sida, à la tuberculose, aux hépatites virales et IST est analysée, diffusée et utilisée à tous les niveaux pour la prise de décision ;
- **Produit 4.7** : L'offre de service de qualité est renforcée pour une prise en charge intégrée VIH, TB, Hépatites et IST ;
- **Produit 4.8** Promotion de la recherche et de l'innovation dans la mise en œuvre des interventions intégrées VIH/Sida, TB, Hépatites virales, IST pour une contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse ;
- **Produit 4.9** : Le système de gestion et de gouvernance des laboratoires est efficace pour soutenir la performance des programmes VIH, TB, Hépatites virales et IST ;
- **Produit 4.10** : Les systèmes et réseaux communautaires sont renforcés pour délivrer des services efficaces contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST.
- **Produit 4.11** : Les structures du secteur privé sont renforcées pour délivrer des services efficaces contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST.

4.3 Orientations Stratégiques selon le cycle de vie

4.3.1 Chez la femme enceinte et le nouveau-né



● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

Cette section traite de la triple élimination du VIH, de l'hépatite virale B et de la syphilis, mais aussi des soins et préventions de la tuberculose chez le nouveau-né et la femme enceinte. La triple élimination nécessite une accélération des interventions auprès des femmes enceintes et des nouveaux nés qui constituent des cibles prioritaires pour le Sénégal. Il s'agit de la mise en œuvre du processus d'élimination avec déclinaisons régionales et une approche district.

L'élargissement significatif de l'accès aux services de prévention VIH, de soins et de traitement ARV et la décentralisation de l'accès aux services de PTME a fait l'objet d'une extension importante jusqu'au niveau

des postes de santé offrant ainsi des services de PTME avec le dépistage du VIH en CPN et le traitement à travers la délégation des tâches.

L'offre de services complets de prévention, de dépistage, de traitement et de suivi pour la femme, l'enfant et la famille au moyen d'une approche intégrée des services de santé de la mère et de l'enfant reste à optimiser. En effet, en 2022, le nombre de site de PTME était de 1850 dont 171 au niveau des Centres de Santé (CS) et Établissements publics de santé (EPS), et 1679, au niveau des postes de santé. Cependant, les services de PEC VIH et de CPN ne sont pas intégrés⁵.

⁵Analyse de la réponse Revue finale du PSN 2018-2022.

L'offre de service de soins de santé du secteur public est complétée par les secteurs communautaire et privé qui ne sont pas totalement capitalisés, malgré une proportion importante de femmes enceintes ayant eu recours au secteur privé.

La politique actuelle du Sénégal pour l'eTME du VIH repose sur 4 piliers à savoir : (i) Pilier I : prévention primaire de l'infection à VIH chez les FAR ainsi que leurs partenaires ; (ii) Pilier II : prévention des grossesses non désirées chez

les femmes séropositives à l'infection à VIH ; (iii) Pilier III : prévention de la transmission du VIH des femmes infectées à leurs bébés et (iv) Pilier IV : offre d'un traitement, de soins, et de soutien appropriés aux mères séropositives, à leurs enfants et à la famille.

Le plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, se base sur les lignes directrices de l'OMS et du guide national pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B.

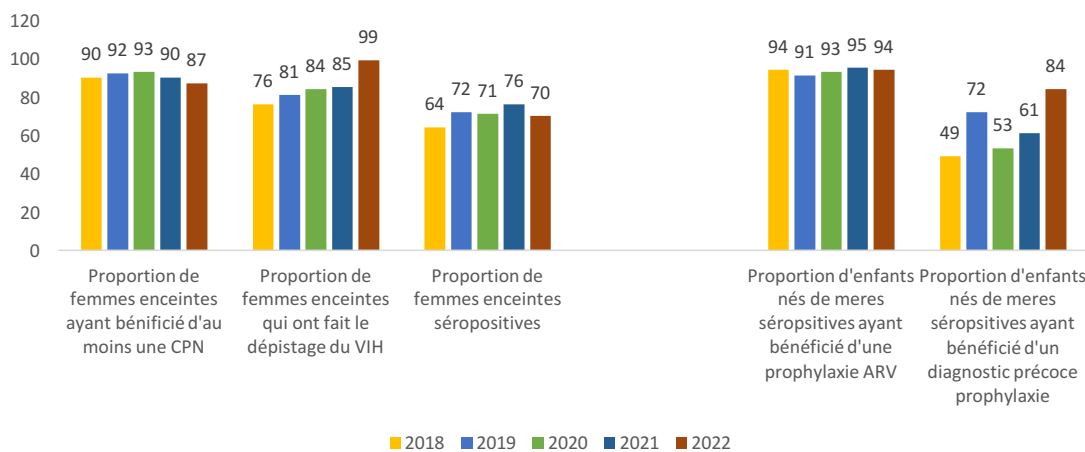


Figure 36. Évolution de la cascade PTME 2018-2022

Les résultats de la revue du PSN 2018-2022 montrent que sur les 7 054 femmes enceintes séropositives au VIH dépistées dans la même période, 6 872 ont reçu des ARV pour réduire le risque de transmission à leur enfant. La performance du traitement antirétroviral, chez les femmes enceintes infectées par le VIH est passée de 97% à 100% entre 2018 et 2022.

Pour l'hépatite B, le risque de TME est élevé chez les mères dont l'AgHBs est positif avec une charge virale supérieure à 200 000 copies/ml. L'OMS recommande trois interventions clés pour prévenir la transmission mère - enfant du VHB

(1) la vaccination à la naissance (dans les 24 premières heures de vie) des nouveau-nés

(2) Le dépistage des mères pour identifier le statut VHB et, si celui-ci est positif, effectuer la mesure de la charge virale (ou l'utilisation du test de recherche de l'AgHBe si la charge virale n'est pas disponible) pour identifier le risque de TME ;

(3) Le traitement de la mère par Ténofovir pendant la grossesse si le risque de transmission est élevé.

Le Sénégal a mis en place un important programme de vaccination contre l'hépatite B à la naissance. De 1999 à 2004, le PNLH a veillé à ce que les nouveau-nés reçoivent la dose de naissance contre l'hépatite B par l'intermédiaire des structures de santé publiques et privées.

Les enfants âgés de 24 à 59 mois sont vaccinés avec la collaboration du personnel des établissements préscolaires publics et privés.

Après 2005, les activités de vaccination des nourrissons âgés de 0 à 11 mois ont été intégrées dans le PEV et le PNLH a garanti la vaccination des enfants âgés de 12 à 59 mois. Dans le PEV, le vaccin pentavalent (DTCP HepB Hib) comprend l'hépatite B et est administré à 6, 10 et 14 semaines. Depuis 2016, la vaccination contre l'hépatite B à la naissance a été introduite et la couverture vaccinale des nouveau-nés était de 78% en décembre 2021, selon l'OMS. Le schéma de vaccination contre le VHB recommandé au Sénégal depuis 2016 comprend l'administration d'une dose vaccinale dans les 24 heures suivant la naissance (dite « dose à la naissance ») suivie de l'administration de trois doses de vaccin combiné (pentavalent) à 6, 10 et 14 semaines.

Le dépistage du VHB chez les femmes enceintes n'est pas obligatoire actuellement. Toutefois de nombreux prestataires de soins l'intègrent dans les examens prénataux (peu d'entre elles reçoivent une PTME à base d'ARV).

S'agissant de la tuberculose, le programme ne dispose pas d'une stratégie spécifique de dépistage de la femme enceinte. La prise en charge du nouveau-né dont la mère est atteinte de tuberculose et sous traitement, est basée sur son évaluation clinique à la naissance. S'il est indemne de TB, il bénéficie d'un traitement préventif utilisant l'association Rifampicine-Isoniazide pendant 3 mois. Et si le diagnostic de TB est confirmé, un traitement antituberculeux est administré pendant 6 mois. Les formulations d'antituberculeux adaptées à l'âge sont disponibles dans tous les Centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose y compris pour le traitement des formes résistantes.

Le traitement préventif pour les enfants contacts de malades TB et les PVVIH, a été initié depuis 2007 par le PNT qui recommande par ailleurs le dépistage systématique de la tuberculose et de l'infection à VIH chez tout nouveau-né atteint de malnutrition.

La vaccination au BCG à la naissance est obligatoire et s'inscrit dans le cadre du PEV. Cette vaccination, prévient les formes graves de TB, souvent mortelles telles que la méningite et la miliaire chez les nourrissons et jeunes enfants.



● Principales lacunes programmatiques

Les principales lacunes du programme de l'eTME du VIH concernent :

- L'analyse des performances annuelles montre que la mise sous ARV varie entre 91% et 95% entre 2018 et 2021. Les enfants exposés qui n'ont pas été mis sous ARV sont de 422 nourrissons dont 65 en 2018, 96 en 2019, 92 en 2020, 71 en 2021 et 98 en 2022.
- La mise sous ARV et le diagnostic précoce des enfants reste une préoccupation majeure. Pendant la mise en œuvre du PSN 2018-2022, seuls 58% des nourrissons exposés au VIH ont bénéficié d'un test de dépistage avant l'âge de deux mois. Entre 2018 et 2019, le diagnostic précoce est passé de 43% à 71% pour ensuite chuter à 53% en 2020 et 60% en 2021. Ces résultats découlent de nombreux dysfonctionnements parmi lesquels : (i) l'absence d'orientation de certains prestataires sur la réalisation de la PCR ; (ii) la mobilité des femmes enceintes après l'accouchement (déplacement chez les parents pour l'allaitement) ; (iii) les problèmes de transports pour se rendre aux structures de soins ; (iv) les ruptures d'intrants pour le diagnostic précoce ; (v) l'absence d'information du tuteur ; (vi) le dysfonctionnement dans le projet CAR notamment les questions de biosécurité ; (vii) la faible effectivité de la décentralisation des tâches ; (viii) le taux de PDV élevé.

- Malgré les progrès enregistrés dans le cadre des CPN (91%) et la prophylaxie ARV chez l'enfant (93%), certains indicateurs restent faibles notamment le diagnostic précoce et la sérologie définitive.

- Les données de routine montrent en moyenne que 45 FEVIH+ par an ne bénéficient pas de traitement ARV soit en moyenne 6% des femmes enceintes nouvellement dépistées.

Il a été constaté que le dépistage tardif des femmes enceintes séropositives est constaté. En effet ; le nombre de femmes enceintes VIH+ dépistées et mises sous ARV à moins de 4 semaines avant l'accouchement était de 625 en 2018, 662 en 2019, 597 en 2020, 96 en 2021 et 2022.

- La proportion de femmes enceintes séropositives sous TAR ayant bénéficié d'une mesure de la CV reste faible et se situe entre 21% et 32%. Le nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché dans les structures sanitaires assistées par un personnel médical qualifié est en constante augmentation. Il est passé de 1044 à 1249 entre 2018 et 2020. Cependant, on note toujours une persistance des accouchements à domiciles surtout dans certaines régions du sud et du centre du pays limitant ainsi l'étendue la mise en œuvre du protocole de l'e TME.

- La proportion de femmes séropositives sous TAR ayant une CV indétectable reste faible passant de 59% à 66% entre 2018 et 2022.

- Le nombre d'enfants nés de mères séropositive évolue en moyenne autour de 1000 naissances vivants par an durant la période de mise en œuvre du PSN. Entre 2018 et 2022, 95 % des nourrissons ont reçu une prophylaxie ARV et 62 % ont bénéficié d'un diagnostic précoce soit un gap de 33% par rapport à la cible du PSN (95%). Parmi ceux qui ont bénéficié d'un diagnostic précoce, 97% ont eu une PCR négative soit 3205 enfants (figure 37).

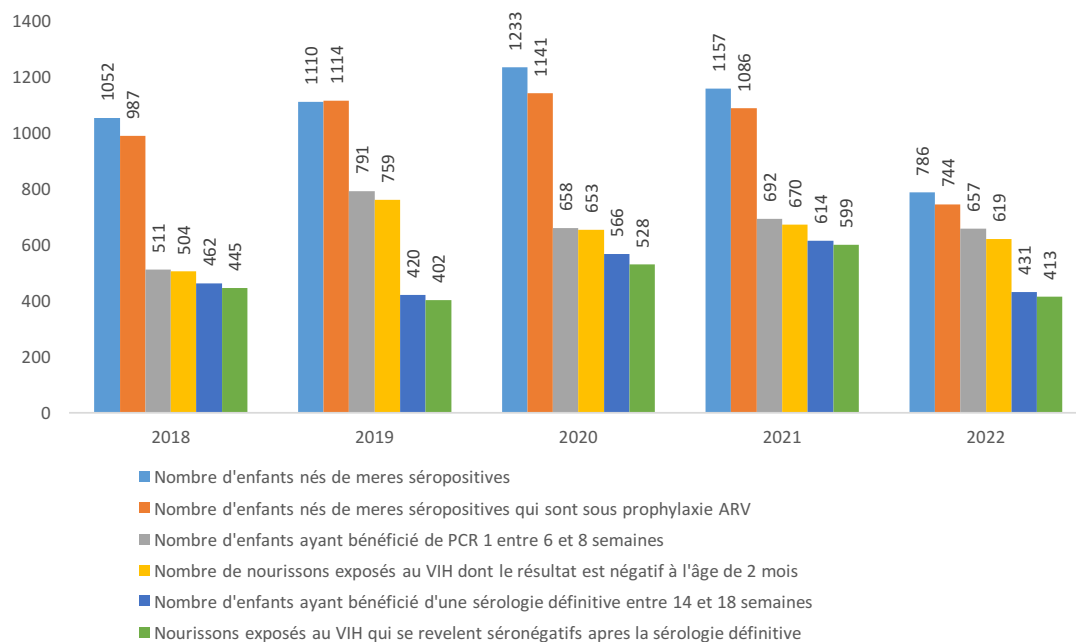


Figure 37. Cascade PTME des enfants

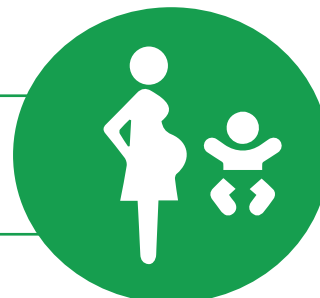
Source : Données de routine CNLS

Concernant la syphilis chez les femmes enceintes, sur la base des données disponibles de la PTME sur la syphilis, entre 2019 et 2021, la proportion de femmes enceintes qui ont bénéficié de traitement est de 90% et 95% respectivement.

Concernant la tuberculose, le dépistage n'est pas intégré dans le paquet de services chez la femme enceinte et le nouveau-né. Le personnel des services de santé maternelle

et néonatale n'est pas ciblé dans les activités de formation et de supervision sur la TB. Aussi, l'enquête des nouveau-nés contacts de mère TB n'est pas réalisée systématiquement malgré la disponibilité des directives depuis plusieurs années. De plus, le suivi mensuel des nouveau-nés contacts indemnes de tuberculose et mis sous TPT n'est pas régulièrement réalisé par le personnel des CDT.

Les interventions prioritaires pour les femmes enceintes et les nouveau-nés :



Assurer la Certification de l'élimination de la TME du VIH/HV/Syphilis à horizon 2027.

Pour le VIH/HV/IST, les stratégies prioritaires devront favoriser la triple élimination de la transmission verticale (mère-enfant) du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B en offrant des services complets et accessibles de prévention, de dépistage, de traitement et de suivi pour la femme, l'enfant et la famille au moyen d'une approche intégrée des services de santé de la mère et de l'enfant et en favorisant le respect du droit à la santé.

Il est indispensable aussi d'assurer :

- **La disponibilité continue des tests VIH, Syphilis et Hépatites** dans le paquet gratuit offert à toutes les femmes enceintes attendues ;
 - **La prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus** pour les femmes enceintes ;
 - **La mise en œuvre effective et efficace de la délégation des tâches** qui constitue une stratégie prioritaire au niveau des structures de santé en donnant la possibilité aux sages-femmes et infirmières d'effectuer la prise en charge complète des femmes enceintes séropositives pour le VIH, la tuberculose, la Syphilis et l'hépatite virale B. Pour cela, les directives nationales pour la délégation des tâches et l'élimination de la transmission du VIH mère-enfant de la syphilis de l'hépatite B doivent être appliquées.
 - **L'offre de services essentiels de planification familiale** intégrant les spécificités liées au genre et l'approche intégrée des services de santé de la mère et de l'enfant ainsi que l'accès aux services de toutes les FAR, avant la grossesse ou entre deux grossesses ;
 - **La mise en place d'un cadre d'intervention et de collaboration avec le secteur privé** au vu de la proportion importante de femmes enceintes et nouveau-nés ayant recours aux structures privées de santé afin de renforcer l'appropriation du plan d'élimination de la transmission verticale du VIH, de l'hépatite virale et la prévention et la prise en charge de la tuberculose ;
 - **L'intensification de l'implication et de la collaboration avec le système communautaire** pour le dépistage, le suivi et la prise en charge du couple mère enfant ;
 - **Le renforcement de capacités des sages-femmes, infirmiers, gynécologues, pédiatres et médecins** sur ce paquet de soins à travers la validation des compétences des secteurs public, privé et communautaire ;
- Le renforcement du leadership et la responsabilisation de toutes les sages-femmes du niveau opérationnel pour la mise en œuvre des interventions eTME y compris de la stratégie « Ndèye- Dické » ;

- **La mise en place d'un mécanisme de financement basé sur les performances** au niveau des districts pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sous la supervision des régions médicales en s'inspirant des mécanismes déjà mis en place par d'autres programmes de santé afin d'effectuer des gains d'efficience ;
- **Le renforcement de l'intégration et la collaboration entre les services de la mère et de l'enfant, les services** de pédiatrie, les services de vaccination et les services de santé sexuelle et reproductive pour une prise en charge et prévention optimales du VIH, de la TB, des Hépatites virales et des IST ;
- **La réalisation d'une cartographie fonctionnelle, d'un plan d'accélération et d'un suivi régulier** de l'offre de services PTME dans les districts, dans le privé et au niveau communautaire ;
- **L'inclusion systématiquement du dépistage de l'AgHBs dans les visites prénatales.** Les femmes enceintes dépistées positives au VHB avec un taux de répllication virale élevé seront mises sous TAR. La PTME est également prescrite dans le cas de la co-infection par le VIH et leVHC. Les femmes en âge de procréer doivent être priorisées pour le traitement de l'infection par le VHC pour éviter une transmission verticale ;
- **Le développement et la promotion de la vaccination des enfants** dans le cadre du PEV : l'administration du BCG et d'une dose de vaccin anti-hépatite B à tous les nouveau-nés dans les 12 à 24 heures après la naissance, avant la sortie des établissements de santé, fournit un filet de sécurité pour prévenir la transmission périnatale et domestique de l'hépatite B mais aussi une protection contre les formes graves de la tuberculose (méningite et miliaire) chez les nouveau-nés.
- **L'intégration du dépistage systématique de la TB dans le paquet de services offert** à la mère et au nouveau-né dans les services de santé maternelle et néonatale, en collaboration avec la DSME. Le personnel (sages-femmes/infirmiers, gynécologues, pédiatres et communautaire) sera orienté sur les signes cliniques d'appel de la TB chez la femme enceinte et le nouveau-né et sera régulièrement supervisé dans le cadre des activités de la PTME.
- **L'accès universel au vaccin contre l'hépatite B à la naissance.**



4.3.2 Chez les enfants, les adolescents et les jeunes de moins de 20 ans



Il s'agit de la prévention, du dépistage et de la prise en charge du VIH, de la TB, de l'hépatite virale et des IST chez les enfants, les adolescent.e.s, les jeunes filles et garçons de moins de 20 ans

● **Analyse de la réponse et lacunes programmatiques**

L'analyse des nouvelles infections à VIH au Sénégal ainsi que la revue des programmes et études sur les jeunes filles, les garçons et les adolescent.e.s, confirment sur plusieurs points leur vulnérabilité.

En effet, les estimations du Spectrum montrent que si les nouvelles infections par le VIH sont en baisse régulière au Sénégal, elles augmentent chez les jeunes. En effet, entre 2017 et 2021, il a été noté une augmentation des nouvelles infections chez les 15-24 ans de 35.7% (Spectrum 2017, 2022).

Une étude "*sexualité des adolescentes nées avec le VIH au Sénégal : entre normes sociales et secrets de famille*" montre que malgré les programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR), la plupart des soignants sont réticents à parler de sexualité et à proposer une contraception aux adolescentes. Des espaces d'informations sont organisés dans quelques hôpitaux régionaux, par des associations formées à la SSR. Ils sont plus rares dans les centres de santé. En milieu rural, les adolescentes vivant avec le VIH sont confrontées au silence qui entoure la sexualité et le VIH.

Une approche individualisée et l'accès confidentiel à la contraception doivent être développés pour les accompagner, avec l'apport des associations de PVVIH.

L'étude de la vulnérabilité des adolescents et jeunes par le Ministère de la jeunesse montre que la majorité (58%) des jeunes n'utilise jamais de préservatifs lors des rapports sexuels alors que 29% des jeunes ont affirmé qu'ils utilisent toujours les préservatifs. Les pratiques liées à l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels diffèrent selon le genre. Les filles sont plus exposées car elles utilisent moins les préservatifs par rapport aux garçons. En effet, 72% chez les filles ont déclaré qu'elles n'utilisent jamais les préservatifs contre 39% chez les garçons. Il ressort des enquêtes qu'une faible proportion (8%) de jeunes sont victimes de violence sexuelle. Les jeunes hommes sont plus victimes de violence sexuelle avec une proportion de 10% par rapport aux jeunes femmes (8%).

Les facteurs associés à la vulnérabilité des jeunes sont entre autres une sexualité précoce et/ou un mariage précoce chez les adolescentes et jeunes filles qui accroît leur vulnérabilité au VIH/SIDA. La santé sexuelle

des filles est à plus grand risque chez les filles mariées que chez les jeunes filles non mariées. Les filles mariées ont généralement des partenaires plus âgés que les filles du même âge ayant une vie sexuelle active. Elles doivent faire face à une pression intense pour tomber enceinte avant que leur corps ne soit prêt et ont des rapports sexuels plus fréquemment que leurs pairs sexuellement actifs. La pauvreté des ménages et le sous-emploi, voire le chômage chez les jeunes, sont aussi décrits chez les adolescents et jeunes vivant dans des ménages à revenu faible et qui adoptent des stratégies de survies, notamment la prostitution juvénile avec un impact sur leur comportement sexuel de plus en plus favorable à la propagation du virus du sida.

Selon le dernier rapport de l'enquête démographique continue de santé, seul 1/3 des jeunes de 15-24 ans avaient une connaissance complète du VIH qui était corrélé avec le niveau d'instruction. Le niveau d'éducation des adolescentes et jeunes est un facteur important. En effet, plus le niveau d'instruction est élevé, plus ils utilisent les condoms au moment des rapports sexuels, moins est le risque d'infection au VIH/SIDA.



Concernant le dépistage et la prise en charge des enfants vivant avec le VIH, le dernier rapport de l'enquête taux de survie montre que 1 559 enfants connaissent leur statut sérologique et 1 464 sont sous TAR en 2022. L'analyse opérationnelle montre un faible accès au traitement noté sur toute la période de mise en œuvre du PSN 2018-2022.

La proportion des enfants vivant avec le VIH qui ont bénéficié de traitement antirétroviral reste en deçà des 50%. Seulement 2/5 des enfants vivant avec le VIH ont accès au traitement ARV comme l'indique la figure 36 qui montre l'évolution de la couverture pour les enfants.

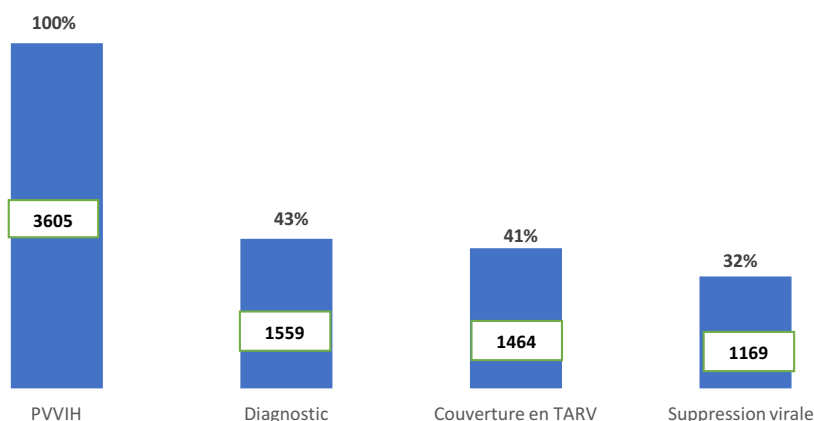


Figure 38. Cascade des soins chez les enfants en 2022

Sources : Spectrum et taux de survie 2022

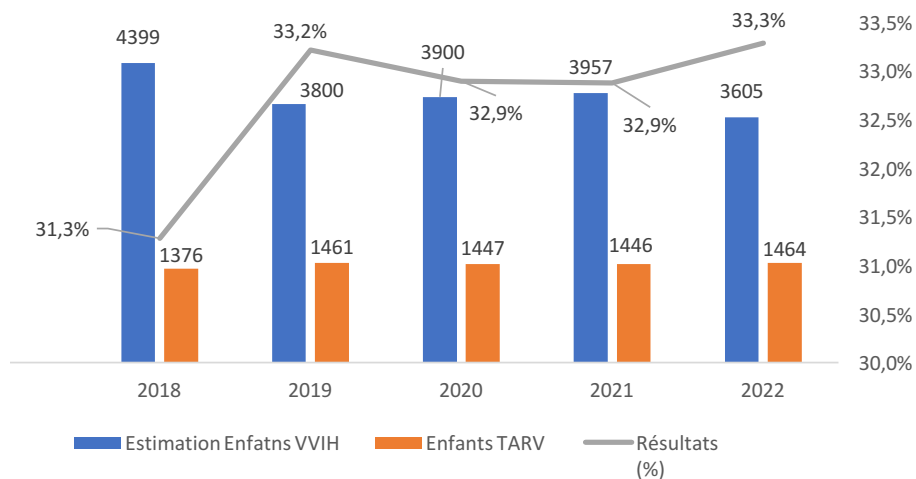


Figure 39. Évolution en nombre et pourcentage des enfants vivants avec le VIH et sous ARV, 2018-2022

La proportion d'enfants vivant avec le VIH (garçons et filles) mis sous ARV, parmi ceux estimés, est relativement stationnaire autour des 40,0 % depuis 2018 (Figure 36).

Concernant la tuberculose, la prise en

charge est intégrée dans le paquet minimum de soins des structures de santé car étant une des maladies prioritaires pour la survie de l'enfant. La détection et la prise en charge des cas de tuberculose sont intégrées dans le guide et tous les outils de la PCIME.

Les directives, outils de gestion et documents spécifiques sont disponibles au niveau des structures sanitaires. Un plan spécifique de renforcement de la PEC de la TB 2023-2027 de l'enfant est disponible ainsi que des formulations pédiatriques adaptées aux différentes tranches d'âge. Les ressources humaines qualifiées dont les pédiatres sont impliquées dans la prise en charge de la tuberculose de l'enfant. Toutefois, les médecins généralistes et les infirmiers des centres et postes de santé sont insuffisamment formés et impliqués dans la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent.

La promotion de la prise en charge de la tuberculose chez l'adolescent est une nouvelle stratégie du programme. Le nouveau plan national de renforcement de la PEC tuberculose chez l'enfant et l'adolescent au Sénégal prend en compte la composante TB de l'adolescent. Des approches centrées sur la personne avec la prise en compte des spécificités de l'adolescent y sont proposées.

La prévention de la tuberculose est effectuée par le traitement préventif avec l'utilisation de l'association Rifampicine-Isoniazide pendant 3 mois pour les enfants âgés de 0 à 14 ans contacts de malades TB bacillifères sains. Les personnes contacts étroits âgés entre 15 et 20 ans utilisent l'association Rifapentine-Isoniazide en dose hebdomadaire pendant 3 mois. Les protocoles de prévention de la tuberculose chez les PVVIH seront régulièrement révisés suivant les recommandations de l'OMS.

De même, les outils de recueil de données de la TB qui intègrent les variables de l'enfant, seront révisés pour mieux prendre en compte les différentes tranches d'âge chez l'enfant et l'adolescent. Un registre de gestion des cas contacts et un registre de traitement de la TB latente sont disponibles.

Toutefois, l'enquête pour la recherche des enfants et adolescents contacts est faiblement réalisée au niveau de la communauté et sera intensifiée.

Concernant le tabagisme dans cette tranche d'âge, les résultats de l'enquête Global Youth Tobacco Survey (GYTS) réalisée en 2020 ont montré que 9,2% des élèves dont 11,6% des garçons et 6,9% des filles utilisent actuellement des produits du tabac. Un peu plus de 7 sénégalais sur 10 âgés de 20 à 34 ans ayant déjà fumé quotidiennement ont commencé avant l'âge de 20 ans. L'initiation au tabagisme est précoce, avant l'âge de 15 ans, pour le quart d'entre eux. Des activités spécifiques de prise en charge et de prévention de l'association Tuberculose-tabagisme seront mises en œuvre dans le cadre de la feuille de route mis en place par les deux programmes.

Pour la prise en charge des enfants à partir de trois ans et des adolescents atteints d'hépatite C, l'OMS recommande désormais le traitement systématique, fondé sur les mêmes schémas ARV à action directe approuvés pour les adultes. Selon le rapport annuel de l'OMS 2021, on estime à 3,26 millions d'enfants et d'adolescents infectés par le virus de l'hépatite C et les programmes nationaux de dépistage et de traitement, ainsi que les stratégies d'élimination, devraient répondre à leurs besoins.

Cette prise en charge devrait comprendre des services adaptés aux besoins des adolescents offrant aussi un soutien psychosocial et assurer la lutte contre la stigmatisation des enfants et adolescents vivant avec l'hépatite B ou C.

Concernant les IST, le ministère de la santé a adopté depuis 2017 la vaccination des jeunes adolescentes de 9 à 12 ans au HPV. La couverture s'améliore, mais reste timide (24% HPV 2 en décembre 2021).

● Principales lacunes programmatiques

L'analyse des programmes de prévention note la faiblesse des stratégies de communication pour les jeunes et une quasi-stagnation des connaissances depuis près d'une décennie liée à l'insuffisance de financement des programmes de sensibilisation des jeunes.

La nécessité d'adapter les messages, les apprentissages, les supports ainsi que les canaux de communications à la cible jeunes y compris les adolescents et jeunes du secteur informel.

L'insuffisance des espaces d'informations par des associations de jeunes formées à la SSR dans les centres de santé et en milieu rural.

Les adolescentes vivant avec le VIH qui sont confrontées au silence qui entoure la sexualité et le VIH.

L'apparition de nouvelles formes de vulnérabilité liées aux nouvelles formes de prostitution notamment chez les jeunes PS, en lien avec le recours aux réseaux sociaux qui leur permet d'exercer en toute discrétion, donc plus difficile à toucher par les méthodes classiques de sensibilisation sur les risques liés au VIH.

L'exposition des jeunes populations clés à des formes de sexualité à risque, des violences physiques et psychosociales (abus sexuels durant l'enfance, arrestations, expulsion du domicile familial, etc.) causées par l'entourage familial, scolaire et ou professionnel.

Les jeunes transgenres sont particulièrement vulnérables et exposés au risque VIH et IST à cause des violences sexuelles précoces et des pratiques de transactions sexuelles très fréquentes.

La faiblesse dans l'utilisation de préservatifs surtout chez les jeunes filles. 29% des jeunes ont affirmé qu'ils utilisent toujours les préservatifs. Les pratiques liées à l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels diffèrent selon le genre. Les filles sont plus exposées car elles utilisent moins les préservatifs par rapport aux garçons.

Pour la prise en charge des EVVIH en 2022, selon la cascade des cibles des 95-95-95, seuls 43 % des enfants sont dépistés et connaissent leur statut sérologique VIH ; 94 % sont sous TAR parmi ceux qui connaissent leur statut sérologique et 80 % ont une charge virale supprimée parmi ceux qui sont sous TAR. Le dépistage des enfants pose un problème (43%) selon les rapports des différentes revues qui montrent que les enfants séropositifs ne sont pas identifiés ou le sont tardivement, et même après le diagnostic, le lien avec les soins et le TARV, ne sont pas toujours systématiques.

Les obstacles qui affectent le dépistage du VIH, la liaison, l'adhésion au TAR et la rétention incluent (i) le manque de prestations de services différenciés adaptées à l'âge, (ii) les longs délais d'attente dans les établissements de santé, (iii) les contraintes d'accès physique pour les patients, notamment la distance jusqu'aux établissements de soins du fait de la non effectivité de la décentralisation et la délégation des tâches au niveau des postes de santé, (iv) le coût du transport pour aller dans les structures de soins, (v) la peur de la stigmatisation dans les familles d'EVVIH, (vi) l'absence de parents ou de tuteurs et (vii) la multiplicité des soignants et le manque de coordination entre eux.

En plus de la couverture faible de la prise en charge des enfants, on note des échecs virologiques très importants. En effet, l'enquête Emprise 2 réalisée en 2018 pour réévaluer le niveau virologique des enfants montrait que 68% des enfants sous ARV ont eu une charge virale > 1000 copies/ml. A cela s'ajoutent des formes galéniques et des traitements non adaptés à leurs poids, leur goût qui constituent des contraintes pour une prise en charge efficace des enfants.

L'analyse régionale montre que la région de Tamba avait le taux d'échec thérapeutique le plus élevé avec 76% suivie de Kédougou avec 75% ensuite Kolda avec 70%, Sédhiou 70% et Ziguinchor 59%. Cet échec virologique est de 80% chez la tranche d'âge 1-5 ans. Au-delà de la disponibilité continue des ARV, les conséquences d'un traitement inadapté ou inconfortable favorisent l'apparition de résistances, et la nécessité de passer à une 2ème ou une 3ème ligne de traitement avec un choix de molécules très limité.

Pour la tuberculose, on note une insuffisance de la détection des cas chez les enfants

(notification en moyenne à 3% pour une cible fixée par l'OMS à 10% de tous les cas notifiés), liée à :

Un défaut d'intégration de la TB dans les paquets de services offerts dans les services de santé infantiles de base ;

L'insuffisance de formation des prestataires sur la TB de l'enfant notamment les infirmiers et médecins des centres et postes de santé ;

L'insuffisance des moyens de prévention et de la sensibilisation spécifique chez les enfants et les adolescents ;

L'absence de développement de stratégies spécifiques pour les adolescents ;

La faiblesse de la communication en direction de la cible enfant et adolescent ;

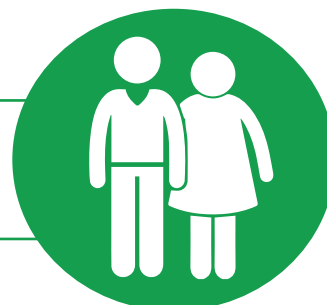
L'insuffisance des moyens de diagnostic rapide comme les appareils GeneXpert ;

L'insuffisance de la réalisation de l'enquête des enfants et adolescents contacts de cas index de tuberculose ;

L'insuffisance de la PEC communautaire de la TB de l'enfant et de l'adolescent.



Interventions prioritaires en direction des enfants, adolescents et jeunes



Pour améliorer la cascade des enfants vivant avec le VIH les priorités sont les suivantes :

- **Sensibilisation des familles** pour le dépistage actif des enfants : (i) identification des activités de sensibilisation ciblant les familles des PVVIH, mais aussi la promotion de la campagne (U=U) avec les associations des PVVIH; (ii) sensibiliser les communautés sur le VIH (communication digitale, émission radios communautaires, séries télévisées, jeux de sensibilisation, témoignage à travers les podcasts), cette sensibilisation portera également sur la TB, les IST et les hépatites virales utilisant une technologie de communication adaptée et les réseaux sociaux ;
- **Dépistage des enfants des PVVIH** et de la fratrie des EVVIH à travers le renforcement continu des capacités des prestataires surtout les responsables des UREN, CREN, Tri mais aussi les pédiatres pour la mise en œuvre du dépistage à l'initiative du prestataire surtout devant la présence de signes d'appel ;
- **Étudier la possibilité d'utiliser le test de dépistage oral** chez l'enfant de moins de 14 ans ;
- **Adopter les stratégies communautaires novatrices**, les VADI comme modèle de PSD pour combler l'absence de modèle de prise en charge différenciée du couple mère-enfant, les acteurs communautaires dont les Bajenu Gox seront orientées et mobilisées pour l'identification des enfants et adolescents présumés TB ou VIH lors des VADI qu'elles réalisent ;
- **Utiliser les plateformes innovantes mettre en réseaux les prestataires** de la prise en charge des enfants pour les formations continues, les partages de bonnes pratiques et les discussions de cas.
- **Mettre en place des stratégies de dépistage novatrices** (dépistage démedicalisé par les parents, autotests pour les adolescents, index testing, dépistage familial etc.) ;
- **Développer, reproduire et diffuser des outils** d'aide à l'éducation thérapeutique adaptés aux enfants et aux familles ;
- **Identifier, renforcer les capacités de pairs éducateurs** (adolescents informés) et les impliquer dans le processus d'annonce et d'accompagnement ;
- **Mettre en place un outil d'aide aux prestataires** pour identifier, planifier et offrir les services auxquels l'enfant est éligible pour monitoring du suivi de l'enfant vivant avec le VIH ;
- **Offrir une assistance juridique** aux enfants et adolescents en situation de discrimination ;
- **Soutenir la transition de la consultation enfant vers les services pour adolescents** en tenant compte des besoins spécifiques de chaque tranche d'âge ;
- **Surveiller l'émergence de souches résistantes aux ARV**, en particulier dans la population pédiatrique et prévenir la transmission de souches résistantes au DTG ;
- **Mettre en place et animer un cadre régional** de lutte contre le VIH chez les enfants et adolescents regroupant IME, SRAS, CCA, CAOSP, CRETEF, AEMO, CEDAF et RM ;

- **Mettre en place un cadre d'appui à la scolarité** et à l'insertion pour les OEV ;
- Élargir le paquet de soins aux MNT (Surveillance de la croissance, évaluation et gestion de la santé mentale dépistage des maladies cardiaques, prise en charge des séquelles des IO) ;
- **Développer et financer un plan d'accélération pour mettre fin au VIH pédiatrique.** Ce plan sera l'occasion de réviser les recommandations et politique pour accélérer la prise en charge du VIH chez les enfants (prophylaxie ARV des nourrissons, Conseil et Dépistage à l'initiative du prestataire, chercher, dépister et retenir dans les soins toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH. Au même titre, le plan de renforcement de la prise en charge de la TB de l'enfant 2023-2027 sera mis en œuvre grâce à l'appui des PTF œuvrant pour la santé de l'enfant.
- **Mise en place d'un cadre d'appui psychosocial, juridique et nutritionnel** des orphelins et enfants vulnérables ;
- **Mise à jour de la STRATEGIE « ALL IN »** avec l'appui de l'UNICEF pour accélérer la réduction des nouvelles infections VIH et la prise en charge des IST et du VIH chez les adolescents et les jeunes constitue une opportunité d'améliorer la qualité des services et mieux répondre aux besoins de cette cible ;
- **Appui des programmes de renforcement des capacités et du leadership** des jeunes filles en milieu urbain où il a été décrit un déficit de contrôle social de leur sexualité. Elles sont donc plus exposées au VIH/SIDA que celles vivant en milieu rural ;
- **Création d'espaces réservés aux jeunes** et plus particulièrement aux jeunes filles pour la transformation de leur prise de conscience et l'expansion de leurs connaissances et pour fournir une plateforme à partir de laquelle on peut proposer des services de santé ;

Pour la Prévention du VIH et des IST chez les adolescents et le jeunes, les interventions prioritaires sont :

- **Développement d'une stratégie de sensibilisation de masse sur le VIH** adaptée aux jeunes et aux adolescent.e.s (communication digitale, émission radios communautaires, séries télévisées, jeux de sensibilisation, témoignage à travers les podcasts) ;
- **Renforcement de l'implication des pairs ados** à travers le renforcement des capacités organisationnel des réseaux et associations jeunes y compris des jeunes vivant avec le VIH. La TB, les hépatites virales et les IST seront intégrés dans le paquet de services délivrés ;
- **Révision, réadaptation et mise à jour des curricula** et autres programmes scolaires en incluant la lutte contre la stigmatisation des enfants et adolescents infectés par le VIH et la Tuberculose ;
- **Développement d'espaces sûrs** dans les institutions publiques tels que les centres pour jeunes, les centres communautaires, les écoles ou les institutions volontaires ;
- **Développement de programmes de promotion de l'éducation sexuelle** et préventive dans les zones urbaines comme Dakar, Thiès, Saint Louis et Mbour ;
- Développement d'interventions de communications adaptées pour la prévention des infections à VIH, à la TB et aux hépatites virales chez les jeunes et les adolescents ;
- **Renforcement de la communication** selon une approche holistique intégrant les enfants et les jeunes avec l'utilisation des plateformes innovantes. L'adhésion des communautés aux activités de dépistage et de prévention se fera suivant une communication avec une approche inclusive ;

- **L'accent sera mis particulièrement envers les jeunes** notamment la tranche d'âge 15-24 ans identifiée comme celle la plus vulnérable à la tuberculose, au VIH et aux IST. Les canaux de communications utilisées par les jeunes, les réseaux sociaux seront utilisés pour des campagnes digitales pour véhiculer les messages ;
- **Mise en œuvre des stratégies orientées vers les adolescent.e.s**: Ils'agira d'organiser une sensibilisation du partenaire et de la famille au niveau des lieux fréquentés par les jeunes (CCA, IME, espaces jeunes, CDEPS, ASBEF, foyers jeunes, espaces ados, la maison rose, etc..) sur le soutien aux adolescentes enceintes. Par ailleurs, le contenu des messages de sensibilisation sur la PTME devrait être adapté au contexte de l'adolescente. En collaboration avec la Direction de la prévention, des campagnes de sensibilisation seront organisées dans les écoles et les marchés pour la vaccination HPV ;
- **Collaboration avec les ministères de la jeunesse et de l'éducation nationale** : la collaboration avec le ministère de l'éducation nationale sera renforcée avec entre autres une proposition de réadaptation des programmes scolaires, l'implication des Collectifs des Directeurs d'Écoles (CODEC) pour des animations au sein des établissements scolaires et l'utilisation des gouvernements scolaires pour sensibiliser essentiellement sur les moyens de prévention dont la vaccination des filles contre le HPV ;
- **Renforcement l'implication communautaire** dans le dépistage des 4 maladies : Le dépistage des maladies sera intégré ou renforcé dans le paquet de services des acteurs communautaires. L'enquête systématique des enfants contacts de tuberculose bactériologiquement confirmée sera intensifiée ainsi que le suivi du traitement (y compris préventif). Avec l'appui des organisations communautaires de jeunes, des stratégies avancées de dépistage ciblant en priorité les jeunes et adolescents seront réalisées sur les quatre maladies. En collaboration avec le Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN), la détection de la tuberculose sera intégrée dans les sites de soins communautaires et aux campagnes nationales périodiques de dépistage de la malnutrition dans la communauté. Un accent particulier sera mis dans la détection de la tuberculose et du VIH chez l'enfant malnutri. Les aspects liés à la TB de l'enfant et de l'adolescent seront intégrés dans le paquet de la PECADOM Plus. Des indicateurs de suivi de cette association malnutrition tuberculose seront déterminés ;
- **Les campagnes de sensibilisation** seront orientées vers les « Daaras » pour la reconnaissance des signes de tuberculose et du VIH et un recours précoce aux soins. Développement des programmes d'amélioration de l'accès des adolescents et des jeunes au dépistage précoce et aux traitements préventifs : un plaidoyer vers les députés de la commission santé pour la révision des différentes lois sur les 4 maladies y compris celle permettant au moins de 15 ans de réaliser le dépistage du VIH, hépatites et IST sans l'autorisation de leurs parents ;
- **Redynamisation des espaces de communication et d'informations** pour adolescents et jeunes seront redynamisées afin d'amélioration de l'utilisation des services de Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes (SRAJ) :

- **Renforcement du contrôle et de la prévention des infections à VIH, TB, HV et IST** : les infections liées au VIH, à la Tuberculose, aux Hépatites virales et aux IST de manière générale seront contrôlées par un dépistage précoce et un suivi étroit des cas de nouvelles infections et l'accès facile aux moyens préventifs que sont la vaccination et la promotion de l'utilisation des préservatifs et gels lubrifiants, l'application des mesures de prévention et de contrôle de l'infection tuberculeuse dans les structures de santé, les structures collectives (universités, établissements pénitentiaires, etc.) et les ménages ainsi que la sécurité des injections et la gestion des déchets biomédicaux.

Concernant l'intensification du dépistage du VIH, de la TB et de l'hépatite chez l'enfant et l'adolescent :

des journées de sensibilisation des prestataires de soins de l'enfant et de l'adolescent en collaboration avec les acteurs communautaires seront organisées au niveau des districts, pour renforcer leurs capacités dans le dépistage et la détection des cas.

La mise en œuvre de l'approche

« **Amélioration de la qualité du dépistage de la TB** » qui vise un dépistage systématique de la maladie, particulièrement dans les groupes à risque sera étendue à tous les points de dispensation de soins des centres postes de santé et hôpitaux. La cible enfant-adolescent sera parmi les cibles prioritaires intégrée dans la nouvelle approche « Amélioration de la qualité du dépistage de la TB » dans les structures de santé. Pour cette cible, tous les services de soins infantiles seront mobilisés notamment les consultations tri enfant et les services de malnutrition qui constituent les points de prestations clés. Un guide technique spécifique, module de

formation sur l'approche qualité ainsi qu'un plan d'action seront développés pour la mise en œuvre d'une phase pilote. Cette approche qualité, dans sa phase initiale qui prévoit l'enrôlement des plus grands districts sanitaires va intégrer en plus des hôpitaux pédiatriques ciblés en fonction de l'analyse situationnelle qui sera menée au préalable. Une évaluation de la phase pilote sera réalisée avant une éventuelle extension de la stratégie. Par ailleurs, la mise en œuvre de l'approche pratique santé respiratoire (APSR) sera intensifiée dans les structures de santé.

Une nouvelle stratégie dénommée

« **Atteindre chaque Enfant Tuberculeux** » ou ACET sera développée et permettra l'identification communautaire des enfants présumés qui ne sont pas venus en consultation. Ils seront orientés au niveau des CDT pour un dépistage. Une campagne annuelle de dépistage actif sera menée sur une ou deux semaines dans chaque région médicale sous le lead du Gouverneur. Les collectivités territoriales et autres leaders communautaires seront également impliqués. L'identification et l'orientation se fera en collaboration avec les enseignants des écoles et des « Daaras » et les acteurs communautaires. La stratégie sera inclusive avec l'implication des autorités administratives, territoriales, du secteur de l'éducation, de la petite enfance, de la famille, de la communication, du secteur privé, des « Daaras » et les partenaires techniques et financiers intervenant de la santé de l'enfant, etc.

En collaboration avec la DSME, l'approche santé respiratoire pour la prise en charge des affections de l'enfant sera renforcée. Le PNT appuiera la mise en œuvre du plan de formation des prestataires de santé en PCIME en vue de la participation de ses agents pour une meilleure prise en compte des aspects liés à la TB.

Un accent particulier sera mis sur la détection systématique de la tuberculose dans les cas de pneumonies. Cette thématique sera intégrée dans les outils de gestion de l'information et les supports de communication sur l'association sur la TB et pneumonie seront élaborés et diffusés. Le plaidoyer sera mené pour qu'un indicateur spécifique sur le nombre de cas de tuberculose dépistés parmi les cas de pneumonies notifiés soit intégré dans les outils de la DSME. Par ailleurs, le PNT en collaboration avec la DSME, organisera chaque année une activité de sensibilisation et de dépistage de la tuberculose de l'enfant lors de la journée mondiale de la pneumonie. Un suivi par tutorat à l'image du coaching VIH sera proposé. Ceci permettra de renforcer sur site les compétences des prestataires.

Amélioration de l'accès aux outils diagnostiques et gratuité de la radiographie pour les enfants présumés TB : Le test Xpert, la radiographie et les tests immunologiques occupent une place de choix dans le diagnostic des quatre maladies. L'accès à ces outils sera renforcé par de nouvelles acquisitions notamment pour les appareils GeneXpert et les appareils de radiographie mais aussi par une politique de gratuité renforcée dans certains groupes spécifiques (enfant malnutri, enfant contact de malade TB MR, etc.).

L'adoption de l'utilisation des selles comme produit pathologique pouvant être utilisé pour le test Xpert MTB/RIF/Ultra contribuera à faciliter le diagnostic de la tuberculose de l'enfant.

Dans les structures ne disposant pas de radiographie numérique, un remboursement de la radiographie à prix négocié par le PNT est prévu pour tout enfant âgé de 0 à 14 ans présumé TB nécessitant. Un module de formation de 5 jours pour la lecture des images de la radiographie sera développé avec l'appui d'un Expert. Des sessions de

formation seront organisées annuellement pour renforcer les capacités des techniciens à la lecture de la radiographie. Un système de gratuité pour les présumés TB sera instauré grâce aux étiquettes TB qui seront mis en place avec l'Approche Qualité pour la détection des cas.

Pour une meilleure couverture des zones prioritaires, les campagnes « Atteindre chaque enfant tuberculeux (ACET) » renforceront celles réalisées par l'UMRN du PNT.

Les directives nationales de PEC de la TB chez l'enfant seront révisées et prendront éventuellement en compte l'introduction des tests immunologiques comme l'interféron gamma (tests IGRA) comme outil d'aide au diagnostic. Un approvisionnement régulier gratuit sera assuré dans les grands hôpitaux pédiatriques et dans les districts sanitaires.

La collaboration avec le secteur privé sera renforcée en vue d'une harmonisation du paquet de soins délivrés aux enfants et aux adolescents jeunes pour la tuberculose, le VIH, les hépatites virales et les IST ceci pour une meilleure complétude de l'information sanitaire. Les prestataires du secteur privé y compris ceux des structures confessionnelles seront formés sur les paquets de services intégrés TB, VIH, Hépatites virales et IST. En collaboration avec les Chaires responsables des différents modules enseignés à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (pédiatrie, pneumologie, maladies infectieuses, médecine interne, thérapeutique), les curricula de formation des médecins, infirmiers et autres agents de santé seront mis à jour. L'approche intégrée de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent, formalisée par une (ou des) convention impliquera les partenaires techniques et financiers notamment la Société sénégalaise de pédiatrie (SOSEPED), l'association sénégalaise des pédiatres privés (ASPP), la DSME, le CNDN, l'Alliance nationale du secteur privé, la DEPr du MSAS, etc.

La cible des enfants et adolescents sera intégrée dans la stratégie du guichet unique pour la tuberculose et du VIH : Le guichet unique intégré mis en place pour la prise en charge de la tuberculose aura pour mission un suivi des enfants et adolescents selon les normes édictées pour les formes sensibles tout comme pour les formes pharmaco résistantes. Un approvisionnement régulier et ininterrompu en formulations pédiatriques pour les différentes pour les antituberculeux de première et de deuxième lignes sera régulièrement assuré.

L'appui aux patients et l'implication du réseau des associations de jeunes concernés par le VIH, la Tuberculose et les hépatites seront renforcés. Le paquet de services mis en place pour le soutien (appui nutritionnel et transport) sera aussi dispensé systématiquement aux enfants et aux adolescents tuberculeux. L'appui au transport sera étendu au parent accompagnateur pour faciliter la demande de soins de dépistage et de traitement.

Un appui pédagogique sera proposé en collaboration avec l'enseignant. Le guide intégré d'éducation thérapeutique devra être étendu pour prendre en compte la spécificité des enfants et des adolescents. Le soutien prévu comprendra une assistance juridique aux enfants et adolescents en situation de discrimination, la prise en charge de la santé mentale, le soutien pour la transition de la consultation enfant -consultation ado en tenant compte des besoins spécifiques de chaque tranche d'âge, la mise en place d'un cadre d'appui à la scolarité et à l'insertion, le renforcement des capacités des prestataires et des communautaires/pairs éducateurs sur l'Éducation Thérapeutique (ETP) différenciée et adaptée à l'adolescent, et sur l'annonce du statut sérologique vers 12 ans.

La Coordination et l'engagement national ainsi que des partenariats fonctionnels seront renforcés en vue de l'amélioration de la prise en charge des 4 maladies chez l'enfant et l'adolescent au Sénégal. La mise en place de cadres de coordination efficaces nécessitera l'implication de tous. Organiser en collaboration avec la DSME et la Direction de la Prévention (DP), la cartographie des interventions des partenaires financiers et techniques de l'enfant permettra de mieux impliquer tous les acteurs. Les partenaires réguliers du PNT, la société civile, le secteur privé, ainsi que les partenaires techniques connus de l'enfant, comme la Société sénégalaise de pédiatrie, y seront représentés. Au niveau central, cette coordination avec les acteurs du secteur santé sera mise en place avec l'intégration des interventions de la cible pédiatrique dans l'agenda du Comité multisectoriel national intégré Tuberculose, VIH et Hépatites virales.

Ce comité se réunira une fois par semestre. Cet organe de coordination sera officialisé par note ministérielle et aura entre autres missions de soutenir et de suivre la mise en œuvre des activités pédiatriques et des adolescents jeunes. Au niveau régional la responsabilité des Comités régionaux de Lutte contre le Sida sera élargie aux autres maladies telles que la tuberculose et les Hépatites virales. Dans chaque District sanitaire, un pédiatre ou Médecin généraliste sera ainsi identifié pour être point focal TB enfants et adolescents. Les missions assignées aux comités régionaux et aux différents acteurs régionaux pédiatriques seront formalisées.

4.3.3 Chez les adultes hommes et femmes de 20 à 49 ans



Il s'agit de la prévention/ promotion, du dépistage/détection et de la prise en charge différenciés du VIH, de la tuberculose, de l'hépatite B et C et des IST chez les adultes de 20 à 49 ans. Les services de consultation adulte sont les portes d'entrée pour cette tranche d'âge qui est la plus touchée par ces 4 maladies.

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

La prévention des infections VIH, TB, IST et hépatites dans la population des adultes de plus de 20 ans concerne la promotion et le marketing social du préservatif, du port du masque et du matériel d'injection avec, entre autres, la mise en place de points de distribution de préservatifs.

Des activités de promotion du dépistage ciblant spécifiquement les hommes manquent et doivent être renforcées dans les lieux de concentration des jeunes adultes et des personnes âgées (milieu universitaires, écoles de formations, etc.) ainsi que des plaidoyers dans chaque région en direction des religieux, autorités administratives, judiciaires, pénitentiaires, locales, etc.

Concernant le dépistage et la prise en charge du VIH, l'analyse des données notifiées montre que 88 % des PVVIH connaissent leur statut sérologique. Ces résultats traduisent la mise en œuvre de la stratégie tester, traiter et retenir, ainsi que les stratégies novatrices de dépistage telles que le dépistage communautaire démedicalisé, l'index testing, le self testing, le dépistage de la fratrie, l'approche améliorée de sensibilisation par les pairs (EPOA) en combinant les stratégies fixes, extra muros et mobiles. Elles ont été complétées par la stratégie « un poste de santé une stratégie avancée » et le « district chez vous ».

Ces stratégies ont permis d'améliorer considérablement les résultats sur le dépistage. La proportion de PVVIH qui connaît son statut vis-à-vis du VIH est passé de 71% en 2017 pour atteindre 88 % en 2022, soit une augmentation de 17 %. Malgré les différentes stratégies, certains patients sont dépistés à un stade avancé de l'infection à VIH. En effet, sur la période 2018-2022 les rapports annuels du taux de survie du CNLS

montrent une proportion importante de patients diagnostiqués au stade 3 ou 4 de l'OMS chez les nouvellement mis sous TAR chez qui le stade clinique a été notifié dans les structures de soins. Avec cette proportion non négligeable de PVVIH dépistées à un stade avancé à VIH, le suivi des CD4 devrait être réinscrit dans les priorités du programme pour un suivi de qualité.

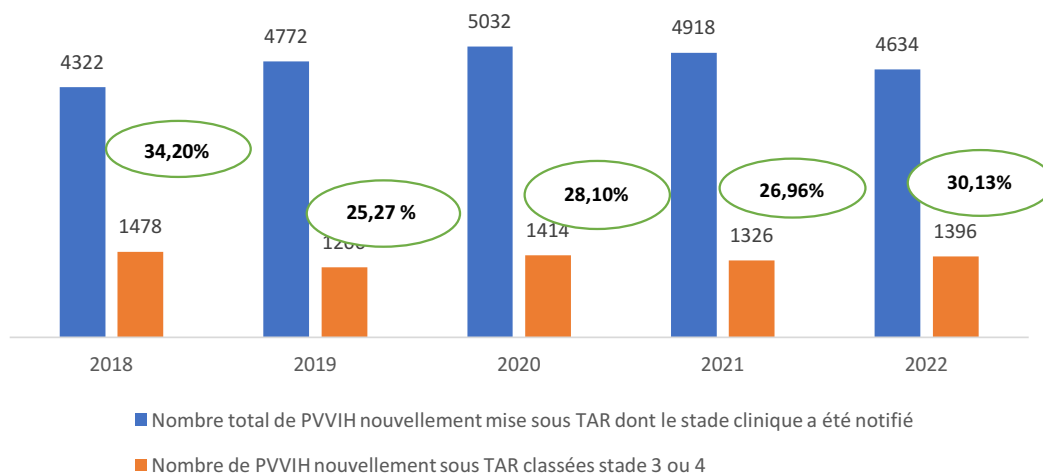


Figure 40. : Répartition des PVVIH nouvellement mises sous TAR classées stade 3 ou 4 de l'OMS de 2018 à 2022 au Sénégal

L'analyse de la distribution régionale des PVVIH montre que 72% sont localisées dans les régions de Dakar, Ziguinchor, Thiès, Kolda, Kaolack et Tambacounda. La région de Dakar à elle seule polarise 32% des PVVIH.

L'analyse selon le sexe chez les hommes âgés de 15 ans et plus montre que 71% connaissent leur statut sérologique. Près de 75 % des nouvelles infections chez les hommes de 15 ans et plus sont retrouvés chez les HSH. Ainsi les hommes qui manquent à l'appel pourraient se trouver dans ce groupe de population clé.

L'analyse de la distribution selon les régions montre qu'il faut une combinaison stratégique d'approches et d'options de services de dépistage pour atteindre les PVVIH qui manquent à l'appel dans un contexte de quasi saturation dans certaines régions du pays. La création de la demande devra également

être initiée pour trouver les dernières PVVIH qui ignorent leur statut à travers des activités de prévention et de promotion appropriées. La demande relayée par les pairs, les approches participatives et communautaires, notamment par l'entremise d'éducateurs pairs, de groupes communautaires et de programmes orientés vers les adolescent.e.s et les jeunes favoriseraient le recours aux services de dépistage du VIH.

La mise en route de la prise en charge ARV nécessite un système efficace de lien entre les services de dépistage et de prise en charge. Les données d'inclusion dans les structures de prise en charge montrent un taux de déperdition important. Malgré une diminution d'une année à une autre, le taux de déperdition reste élevé. **Il est passé de 40% en 2017 à 27% en 2022.**

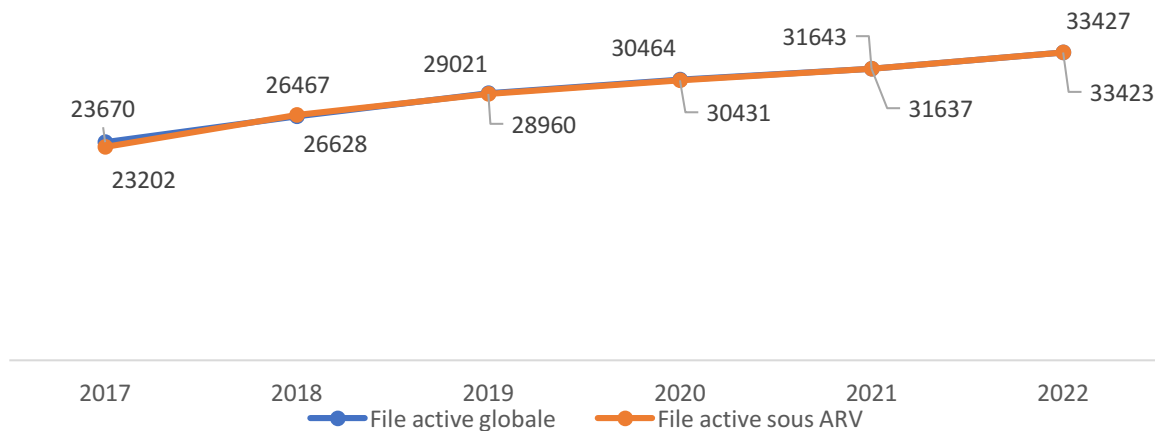


Figure 41. Évolution de la file active globale et sous TAR de 2017 à 2022

Source. Rapport annuel CNLS (2017-2022)

Ces résultats très encourageants démontrent l'efficacité des stratégies mises en œuvre ces dernières années pour opérationnaliser la recommandation de l'OMS « traiter tout le monde ». La prescription multi-mois a également contribué à l'observance selon les entretiens avec les PVVIH lors des revues régionales.

certaines stratégies retenues pour la mise à l'échelle n'ont pas été suffisamment mises en œuvre. Il s'agit notamment du passage à l'échelle dans la décentralisation des services de prise en charge au niveau des structures communautaires et au niveau des postes de santé. Sur les 1602 postes de santé que compte le pays en 2021, seuls 33% effectuent la prise en charge ARV des PVVIH.

Malgré ces acquis, il convient de signaler que

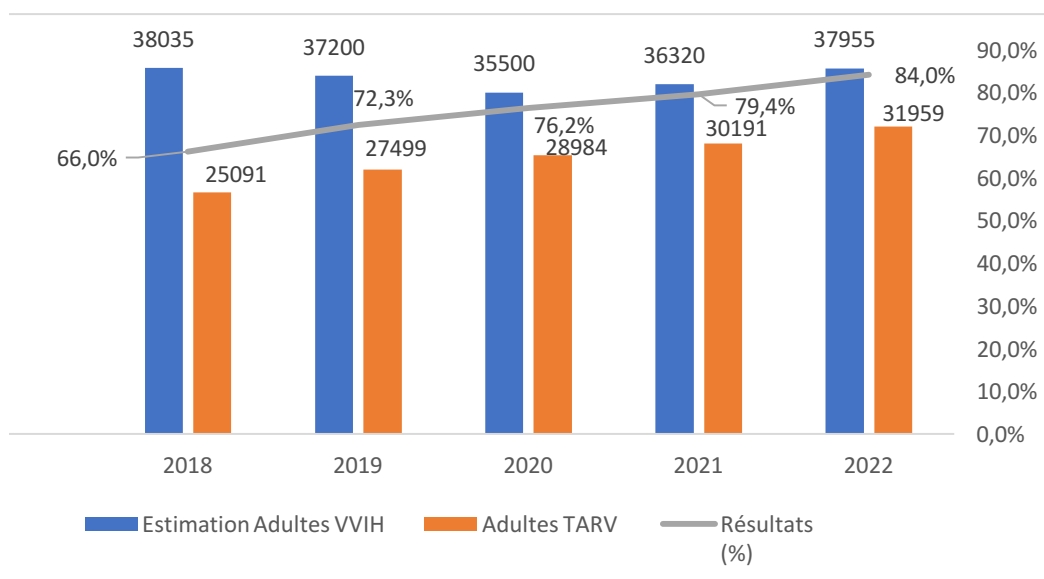


Figure 42 : Évolution en nombre et pourcentage des adultes vivants avec le VIH et sous ARV, 2018-2022

La proportion d'adultes vivant avec le VIH (homme et femmes) mis sous ARV, parmi ceux estimés, est en constante évolution depuis 2018 (Figure 39).

Ces dernières années, l'indicateur sur la suppression de la charge virale a été toujours une préoccupation du programme. Pour booster cet indicateur, l'offre pour les examens biologiques de routine, y compris la charge virale, a été étendue avec l'introduction du POC et la mise en œuvre du projet CAR « Collecte Acheminement et Rendu des Résultats pour la charge virale et la PCR ». Par ailleurs, l'optimisation des plateformes des laboratoires par un redéploiement des GeneXpert avec un système intégré de collecte et de transport des échantillons vers les appareils a été également mise en œuvre. Ces initiatives ont significativement contribué à l'amélioration de l'indicateur sur la charge virale, mais restent insuffisantes au regard des résultats. En effet, entre 2017 et 2022 le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée est passé de 7 975 à 30 144 patients soit une augmentation de 278 %. Cependant la couverture de la mesure de la charge virale est en dessous du seuil des 50% de la file active sous ARV (43 %).

Concernant la Tuberculose, le programme

a rapporté 57, 17% dans la tranche d'âge des 25-54 ans en 2021. Le paquet de services de prévention et de prise en charge de cette cible intègre le paquet général offert avec la gratuité du dépistage et du traitement (y compris pour les formes résistantes et les comorbidités comme le VIH et le diabète).

A ces différents constats, il faut ajouter un manque de supports didactiques pour les séances de counseling (guides, boîtes à images, aides mémoires) pour les prestataires. Les quantités de supports de communication produits ne couvrent pas les besoins du PNT et des régions médicales d'où un manque de visibilité du programme et des services offerts.

La contribution des activités communautaires est essentiellement attendue dans la notification des cas et évaluée par la proportion des cas TPB+ référés par l'OCB. Cette contribution communautaire dans la déclaration de cas TPB+ était de 24% en 2019, 22% en 2020 et 21% en 2021.

Performances thérapeutiques : Le taux de succès thérapeutique de TB sensible a favorablement évolué en passant de 82% en 2016 à 89% en 2021. Le taux de succès est inversement proportionnel aux taux d'interruption de traitement (4%) et des non évalués (3%).

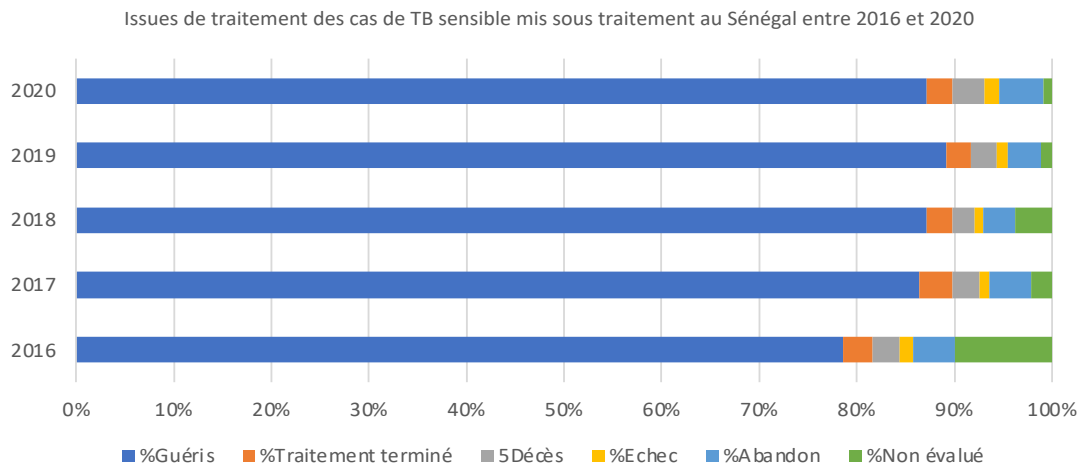


Figure 43 : Résultats du traitement des cas TB sensible au niveau national, 2016-2020

Dans l'analyse de la cohorte de 2020, la région de Matam a enregistré le taux de succès thérapeutique des cas de TB sensible le plus élevé (98%), suivie des régions de Louga, Kaolack et Saint-Louis avec des taux de plus de 90%. La proportion d'interruption de traitement à Kédougou est la plus élevée

(21%) suivie des régions de Ziguinchor et de Kolda où elle tourne autour de 6%. En ce qui concerne les décès liés à la TB, les régions de Tambacounda (8%), de Sédhiou (6%) et de Kolda (6%) ONT enregistré les proportions les plus élevées.

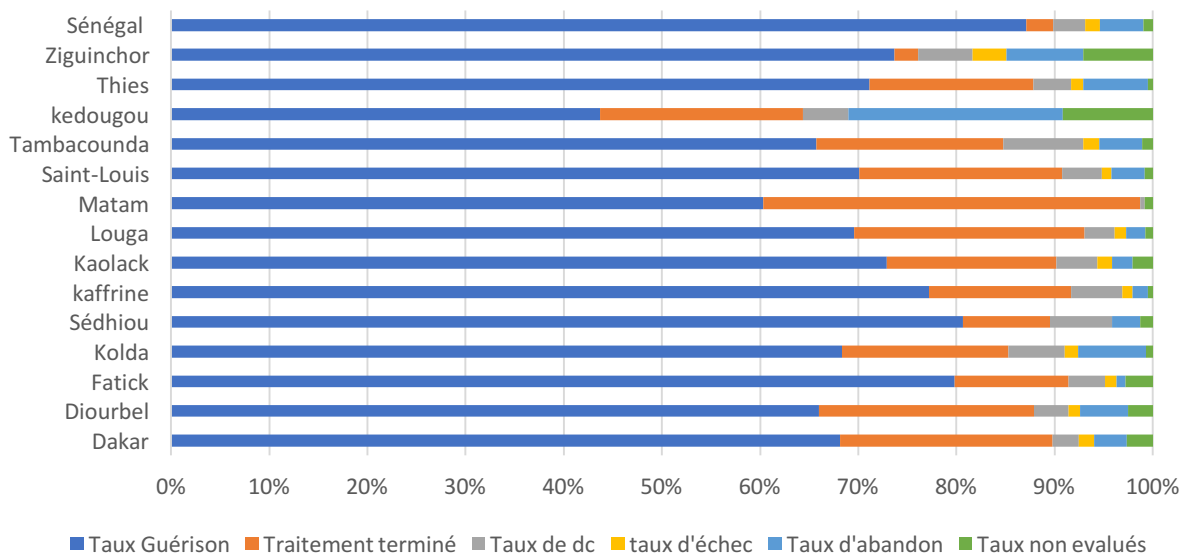


Figure 44. Résultats du traitement des cas TB sensible, par région pour la cohorte 2020

La létalité de la tuberculose a relativement baissé de 2018 à 2019 passant de 3,1% à 2,7%. En revanche, une hausse est notée en 2020 avec la survenue de la pandémie à Covid 19 à 4%. En valeur absolue, le nombre de décès dans la cohorte TB passe de 421 à 452 décès de 2019 à 2020.

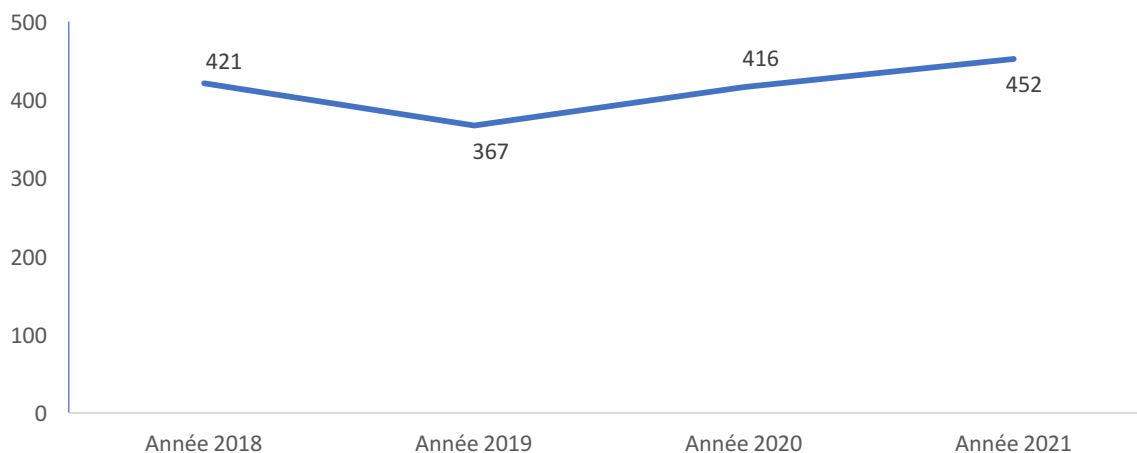


Figure 45. : Évolution du nombre de malades tuberculeux décédés de 2018 à 2021

La contribution des activités communautaires est évaluée par la proportion des cas TPB+ référés par l'OCB (Organisation Communautaire de Base). Il a été observé une bonne performance de la contribution communautaire à la référence de cas TPB+ en 2019, 2020, et 2021, qui était de 24%, 22% et 21% respectivement. Le PNT a fixé de nouvelles cibles en 2023.

Le taux de mortalité estimé de la tuberculose chez les séronégatifs en 2021 était de 18 (10-24) pour 1000 habitants. Après les baisses observées entre 2011 et 2013, le taux de mortalité a régulièrement augmenté pour rester stationnaire à partir de 2019. Aujourd'hui, on estime le nombre de décès liés à la tuberculose à 2980 décès indépendamment du statut VIH, soit une augmentation des décès de 19% par rapport à 2015. Les régions de Tambacounda avec 8%, de Sédhiou et de Kolda enregistrent les proportions les plus élevées.

Le pays n'a pas encore effectué l'enquête sur les coûts catastrophiques qui permettent de renseigner le troisième indicateur d'impact de la stratégie END-TB. Celle-ci est prévue au courant de l'année 2023.

L'offre de services de prise en charge du tabagisme est encore très centralisée et se fait avec l'appui de spécialistes nationaux en Tabacologie et du Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions à Dakar (CEPIAD) du Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) de Fann.

La lutte antitabac est menée au niveau communautaire avec l'accompagnement de la société civile, à travers la Ligue Sénégalaise contre le Tabac, le Réseau des journalistes spécialisés dans la lutte antitabac. Des leaders d'opinion ont été aussi engagés dans la lutte antitabac (chefs religieux, coutumiers et politiques).

Malgré les efforts fournis par l'État et ses partenaires dans la prise en charge de la tuberculose, elle reste encore méconnue par les populations. Les résultats de l'enquête CAP effectuée en 2018 ont montré que le niveau de connaissance des populations sur la TB est de 52,6%. La communication en matière de prévention, de détection, de prise en charge et d'appui psychosocial des malades tuberculeux mérite d'être renforcée avec un focus sur les 6 régions les plus touchées par la maladie. Plusieurs groupes sociaux sont encore peu informés sur les causes, les manifestations et les dispositions à prendre en cas de TB.

La stigmatisation qui est un frein à l'observance au traitement est accentuée en milieu communautaire et familial avec un taux de 42,9% et 11,4% en milieu de travail.

A ces différents constats, il faut ajouter un manque de supports didactiques pour les séances de counseling (guides, boîtes à images, aides mémoires) pour les prestataires. Les quantités de supports de communication produits ne couvrent pas les besoins du PNT et des régions médicales d'où un manque de visibilité du programme et des services offerts.

Concernant le diagnostic et la prise en charge de l'hépatite virale, en principe on ne différencie pas une hépatite B d'une hépatite causée par d'autres agents viraux sur la base des seuls éléments cliniques ; une confirmation en laboratoire du diagnostic est donc indispensable. Plusieurs tests sanguins sont disponibles pour diagnostiquer les personnes atteintes d'une hépatite B et assurer leur suivi. Ces tests peuvent aussi être utilisés pour distinguer une infection aiguë d'une infection chronique.

L'OMS recommande de tester tous les dons de sang à la recherche du VHB afin d'assurer la sécurité transfusionnelle et d'éviter une transmission accidentelle.

Au Sénégal, une étude réalisée en milieu rurale en 2018-2019, rapporte une prévalence de l'hépatite B chronique estimée à 10,8 % (IC à 95 % 8,8-12,9) chez les adultes (15 ans et plus) [Etude Ambass]. Une autre étude réalisée en 2019 à Dakar (SMIT/CRCF) sur une population de 1076 PVVIH a mis en évidence une prévalence de 12% de l'AgHBs chez les PVVIH suivies au CHU de Fann. Cette étude a également montré que 64% des personnes n'avaient jamais subi de test de l'AgHBs auparavant

Dans les contextes où la séroprévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (AgHBs) est élevée (définie comme une séroprévalence de l'AgHBs >2 % ou >5 %), l'OMS recommande de rendre accessible et de proposer le dépistage de l'AgHBs à tous les adultes dans le cadre des services de prévention, de prise en charge et de traitement, selon que de besoin.

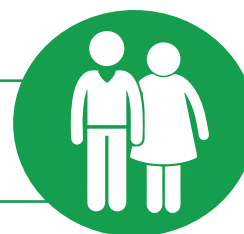
Le traitement de l'hépatite B a connu des avancées notoires en 2017, le Ténofovir, principale molécule utilisée est disponible

au Sénégal. Des efforts importants ont été faits pour l'accessibilité financière des médicaments : 5000FCFA pour les malades disposant d'une couverture médicale, 2500FCFA pour les malades n'ayant pas de couverture médicale et gratuite pour les indigents figurant dans la base de données des bénéficiaires de bourses familiales.

Pour le traitement de l'hépatite C, il n'y a pas encore de stratégie nationale de prise en charge. Des discussions sont engagées avec des laboratoires pharmaceutiques qui offrent des coûts de plus en plus réduits allant de 200 000FCA à 250 000FCFA pour un traitement de 12 semaines. Ces coûts restent onéreux et limitent le nombre de malades sous traitement.

D'autres obstacles à la prise en charge des malades identifiés par le PNLH concernent entre autres la prise en charge trop spécialisée des malades, alors que le rapport spécialistes / malades est très faible, les bilans pré thérapeutiques et de suivi des malades sont inaccessibles. Peu de laboratoires sont équipés pour les réaliser et les coûts sont très élevés (Entre 45000FCFA et 80 000FCFA) ainsi que la non-décentralisation de la prise en charge des malades d'hépatites.

Interventions prioritaires pour le dépistage/détection et la prise en charge des adultes



• **Sensibilisation et information des adultes et dépistage intégré, ciblé des hommes pour les 4 maladies** : Des campagnes de sensibilisations seront organisées avec une communication pour un changement social de comportement (CCSC) adaptée aux cibles prioritaires. La cible masculine sera essentiellement visée dans les garages, les quais de pêche, les entreprises, et les universités publiques et privées. Une convention sera signée avec le ministère des sports et une feuille de route annuelle déroulée pour des activités spécifiques aux 4 maladies lors des grands événements sportifs. Chez les femmes il est proposé de renforcer la sensibilisation à travers les GIE de femmes, les marchés et le plaidoyer pour un dépistage pré-nuptial. Un diagnostic participatif avec les communautés sera réalisé pour identifier les déterminants, les besoins en santé concernant les 4 maladies, en vue d'adapter les stratégies des CCSC. Des conventions seront signées avec les ministères sectoriels (Sports, Femme, Développement communautaire, Éducation, Enseignement supérieur, Transport, Jeunesse, Justice, Travail, Pêche, Mines.), et les organisations de la société civile pour des feuilles de route annuelles déroulant des activités spécifiques aux 4 maladies lors des événements de grandes affluences.

• **Prévention des 4 maladies chez les adultes exposés à haut risque** : Il s'agira essentiellement de la promotion de la PrEP pour les couples sérodiscordants, la mise en place de distributeurs automatiques de préservatifs dans les boîtes de nuit et la promotion de l'utilisation des préservatifs et lubrifiants. La vaccination de l'hépatite B sera proposée au personnel de santé exposé, aux étudiants en formation médicale et

paramédicale. Le dépistage, le traitement précoce et les mesures de contrôle de l'infection ainsi que le traitement préventif de la tuberculose des groupes vulnérables comme les contacts de malades bacillifères seront intensifiées.

La communication utilisant les plateformes digitales sera intensifiée à l'intention des jeunes notamment à travers les réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp, Tik-Tok ou autre nouvelle plateforme existante).

• **Mise à l'échelle du dépistage différencié pour les 4 maladies** : Le dépistage actif des cas présumés et des groupes vulnérables à la TB et du VIH/Hépatites virales/IST (index testing, CDIP, auto dépistage, dépistage par les pairs, EPOA, dépistage des conjoints des femmes enceintes séropositives) sera promu. Les procédures sur le dépistage différencié pour les 4 maladies seront élaborées avec un tableau de bord de suivi et un plan d'action pour son optimisation. IL s'agira de la mise en œuvre de l'approche qualité pour la détection intégrée des cas dans les structures de santé, de l'élaboration des procédures sur les différentes stratégies de dépistage et de la formation de tous les acteurs jusqu'au niveau communautaire sur le dépistage différencié. L'organisation de campagnes de dépistage actif avec la radiographie mobile dans tous les districts sanitaires mettra le focus dans les zones avec une forte charge morbide de tuberculose TB. La population cible de ces campagnes sera déterminée en fonction des populations clés TB identifiées dans la zone. Le rapport de l'étude portant l'identification et l'estimation de la taille des populations clés réalisée en 2020 servira de base de sélection pour les équipes des districts sanitaires.

• **Maintien des adultes dans le continuum de soin et renforcement de l'observance au traitement :**

Des appuis nutritionnels (kits alimentaires et d'hygiène) et un remboursement de transport pour les patients tuberculeux sous TDO sont offerts (au moins 10% de la cohorte sensible, 100% de la cohorte TB MR) et aux 25 % patients VIH qui réintègrent les soins. La surveillance digitale (télé-TDO expérimenté dans les CDT de Dakar) du traitement sera mise à l'échelle et intensifiée. Des conseils et éducation nutritionnels seront fournis à tous les patients suivis. Outre les VAD, des visites au lieu de travail (VALT) seront organisées dans le cadre du soutien au traitement couplé à l'enquête des contacts. Une stratégie de parrainage est proposée pour les patients TB, en outre le concept « Jambar charge virale » sera vulgarisé. Dans les zones transfrontalières, des plateformes d'échanges seront mises en place et des puces internationales remises aux prestataires pour la coordination sur la prise en charge des patients originaires des autres pays. Ils'agira également d'autonomiser les patients par des activités génératrices de revenu, d'organiser des thérapies de groupe/club d'observance et des repas communautaires. Les groupes vulnérables identifiées pour ces quatre maladies, en collaboration avec les districts sanitaires, seront appuyés pour leur inscription dans les mutuelles de santé ainsi que les membres de leurs familles.

• **Prise en charge adéquate des maladies avancées :** Le bilan paraclinique complet et un système de prise en charge rapide et efficace sera mis en place pour la gestion des patients présentant une maladie de VIH avancée (MVA), les patients souffrant d'hépatopathie ou de cirrhose et les patients présentant des séquelles liées à la tuberculose. La disponibilité des intrants pour le diagnostic sera assurée ainsi que, le traitement et la prévention des infections

opportunistes (test CD4+, antigène cryptococcique, TBLAM urinaire, antigène histoplasme, antigène aspergillose, fluconazole, cotrimoxazole, amphotéricine B, enzyme lysosomal), le fibroscan pour l'évaluation du degré de fibrose hépatique. La chirurgie des séquelles TB sera subventionnée.

• **Prise en charge des comorbidités** Les activités de prise en charge conjointe la coinfection TB-VIH seront renforcées, particulièrement la prévention de la tuberculose chez les PVVIH à travers le dépistage systématique et le traitement préventif des personnes éligibles. Le protocole de ce traitement préventif sera révisé pour mieux favoriser la complétude et l'efficacité. Le renforcement de capacités des prestataires de santé et des acteurs communautaires ainsi le meilleur suivi des activités permettront d'améliorer les indicateurs. Les médicaments et intrants de diagnostic nécessaires seront mis en place dans tous les sites de PEC du VIH et les CDT.

Tuberculose-diabète. La lutte contre l'association tuberculose et diabète sera intensifiée avec le renouvellement régulier des stocks d'intrants nécessaires à la réalisation de la glycémie à jeun dans tous les CDT (lecteur et bandelettes glycémiques), l'amélioration de l'intégration de la TB (dépistage actif de la TB) dans le paquet de services et les outils de gestion de l'information du diabète, l'intégration de la prévention du diabète dans les activités de communication des 4 maladies, l'amélioration de la gestion de l'information sur l'association TB et diabète surtout au niveau national.

Tuberculose – Tabagisme. En collaboration avec le programme national de lutte contre le Tabac (PNLT), une campagne nationale de dépistage actif des 4 maladies sera organisée lors de la Journée mondiale sans tabac dans les 14 régions médicales chaque année.

Des outils de communication seront développés et une sensibilisation sera organisée en amont dans les débits de boissons et les gares routières. Les directives nationales de sevrage du tabac seront prises en compte dans celles nationales de PEC et de prévention de la tuberculose. Les produits de substitution nicotiques seront mis en place dans les CDT qui seront formés à la dispensation et au suivi des malades, avec l'accompagnement du CEPIAD.

• Renforcement des actions prioritaires pour la prise en charge des hépatites :

- Allouer davantage de ressources financières nationales à la prise en charge des hépatites virales B et C en intégrant la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite virale dans la CSU ;
- Renforcer le dépistage pour diagnostiquer le nombre important de personnes porteuses de l'hépatite B et C qui ignorent leur diagnostic, dont les populations clés et les personnes courant le plus de risques, en adoptant un ensemble de stratégies fondées sur des données probantes ;
- Mettre en œuvre une stratégie dite de « test et traitement », et étendre considérablement le traitement de l'hépatite B, C et D à toutes les personnes éligibles ;
- Veiller à ce que les régimes thérapeutiques les plus efficaces soient accessibles à tous à un prix abordable ;
- Décentraliser les soins de l'hépatite virale vers les districts et au niveau communautaire, et élaborer des modèles de soins en collaboration avec la société civile ;
- Intégrer la vaccination contre l'hépatite B, comme recommandée par l'OMS, de tous les nourrissons dès que possible après la naissance, de préférence dans les 24 heures, puis de leur administrer ensuite deux ou trois doses à au moins quatre semaines d'intervalle pour achever la primovaccination. La protection acquise dure au moins 20 ans et probablement toute la vie. L'OMS ne préconise pas de dose de rappel pour les personnes ayant reçu le schéma de vaccination complet en trois doses ;
- Utiliser la prophylaxie ARV pour prévenir la transmission de l'hépatite B de la mère à l'enfant (voir prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés) ;
- Mettre en œuvre de stratégies en faveur de la sécurité transfusionnelle et l'application de pratiques sexuelles à moindre risque, supposant notamment de limiter le nombre de partenaires et de recourir à des protections de type barrière (préservatifs), contribuent également à prévenir la transmission ;
- Intégrer la prévention auprès des populations clés dans les services de prévention du VIH et des IST, et s'efforcer davantage à renforcer la prestation de services combinés complets pour les consommateurs de drogue par injection dans tous les contextes, y compris en milieu carcéral.

4.3.4 Chez les adultes hommes et femmes de plus de 50 ans et chez les personnes âgées



Il s'agit de la prise en charge des besoins de santé qui surviennent chez la personne âgée de plus de 50ans, déjà infectée ou à risque d'infection par le VIH, le virus de l'hépatite, la tuberculose et ou les IST, pour les soulager du fardeau des maladies chroniques, liées à l'âge. Les interventions concernent le dépistage des maladies chroniques non transmissibles, comme le cancer du col de l'utérus, le cancer du foie, le diabète, les autres troubles métaboliques, en plus de la prise en charge des quatre infections ciblées dans le plan intégré.

Par ailleurs, il est établi que nombre de personnes vivant avec le VIH se trouvent confrontées à une accélération de leur vieillissement physiologique entraînant des conséquences observables plus rapidement que dans la population non malade. Ces répercussions sont particulièrement liées à une exposition pendant trop longtemps de prises de traitements parfois avec une certaine toxicité.

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

Le nombre estimé de personnes de plus de 50 ans est d'environ 1 750 000 au Sénégal, soit près de 11% de la population dont 51% ont 60 ans et plus (895 000 personnes, 5,5% de la population générale) (estimations ANSD, 2019).

Au Sénégal, 45% des décès sont liés à des maladies non transmissibles. Les maladies non transmissibles les plus fréquentes (ref: IHAO Analytical Fact Sheet, December 2022) sont :

- Les maladies cardiovasculaires : 300 à 400 sur 100 000 personnes en 2019
- Les cancers : un cancer est nouvellement diagnostiqué chez 110 à 125 sur 100 000 en 2020
- Le diabète :
- Les maladies respiratoires chroniques : moins de 650 sur 100 000 personnes ont été diagnostiquées en 2019.

La prévalence de l'HTA est estimée à 29,8% chez les personnes de 18 à 69 ans, selon l'enquête STEPS réalisée en 2015. Les femmes (34,7%) sont plus touchées que les hommes (24,5%). Également, la prévalence de l'hypertension artérielle augmente avec l'âge. En effet, elle est de 11% chez les femmes de 18 à 29 ans, et s'élève à 57% chez les femmes de 60 à 69 ans. Parmi tous ces patients hypertendus au Sénégal, seuls 28,4% connaissent leur statut, 17% sont sous traitement et seulement 8% sont bien contrôlés (Ref: MSAS/ DLM/ DLMNT, Normes et Protocoles de prise en charge de l'Hypertension artérielle et du Diabète selon le WHO PEN).

La prévalence du diabète est de 3,4%, soit 3,5% chez les hommes et 3,2% chez les femmes. La fréquence augmente également avec l'âge avec un pic chez les hommes de 45 à 59 ans (8,1%). La prévalence de l'hypercholestérolémie est de 20%. (Ref: Plan opérationnel de lutte contre les maladies cardio-vasculaires et métaboliques 2017-2019)

Le cancer du col de l'utérus a été le cancer le plus fréquent chez les femmes au Sénégal, en 2020⁶. Cette même année, 1937 femmes ont été diagnostiquées avec un cancer du col de l'utérus et 1312 femmes en sont décédées, soit une mortalité d'environ 68% notamment à cause du diagnostic tardif. Nous ne disposons pas d'information sur la prévalence du cancer du col chez les femmes de 50 ans et plus.

Les statistiques présentées montrent l'importance des maladies non transmissibles qui nécessitent le plus souvent un suivi à long terme. Toutefois, leur prise en charge pose le plus souvent problème chez les personnes âgées. En effet, l'enquête Unisahel⁷, réalisée en 2020-2021 à Dakar dans deux structures sanitaires publiques dakaroises, montre les difficultés auxquelles elles sont confrontées. L'enquête a mis en évidence l'hétérogénéité des connaissances des personnes âgées sur les politiques de protection sociale (Plan Sésame, CMU) alors que les maladies non transmissibles, classées « maladies à soins coûteux » constituent aussi un lourd fardeau pour les individus, leurs familles et les communautés.

Il est également important de souligner le problème d'observance de traitement chez les patients sous polymédication du fait de l'indisponibilité de formes combinées pour la prise en charge des comorbidités.

⁶Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Senegal. Summary Report 22 October 2021.

⁷méthode mixte (quali/quantitative) : entretiens auprès de 35 personnes, étude quantitative auprès de 225 personnes. Cf. Taverne B., Laborde-Balen G., Top B. R., Sow K., et Coumé M., 2022. Perceptions et mise en œuvre de la CMU (Plan Sésame) pour les personnes âgées au Sénégal, impacts sur les dépenses de santé liées au diabète et à l'hypertension, Paris, France, Document de travail Unisahel n°8, 24 p.

Concernant le VIH : Les personnes âgées de 50 ans, sont au nombre de 11 985 soit 35,86% du nombre total des personnes traitées dans le pays, environ le tiers de la cohorte des patients sous ARV. Chez les PVVIH âgées, la fréquence des maladies chronique semble plus élevée. En effet les résultats préliminaires de l'étude de la cohorte VIHeillir en décembre 2022 sur 358 personnes dont 135 hommes et 222 femmes montrent que 85% présentaient au moins une comorbidité. La proportion de personnes ayant une ou deux comorbidités varie selon les classes d'âge : elle est respectivement de 46% pour les moins de 60 ans, 54% pour 60 – 69 ans, et de 65% pour les ≥ 70 ans. Le nombre de comorbidité semble logiquement augmenter avec l'âge. Les principales comorbidités retrouvées étaient l'HTA et le diabète avec respectivement des prévalences de 31% et de 10%.

Au total, 33 comorbidités (ou catégorie de comorbidités) ont été notifiées pour ces patients, correspondant à 232 événements. L'enquête Unisahel retrouve que les PAVVIH accordent une grande attention à leur traitement ARV ; elles font preuve d'une grande adhésion aux soins et d'une très bonne observance thérapeutique. Les conditions de vie des PAVVIH sont encore largement dominées par les conséquences du secret qu'elles jugent indispensables de maintenir autour de leur maladie, pour se protéger et protéger leur proche de la stigmatisation et des discriminations. De ce fait, elles ne peuvent bénéficier des réseaux de solidarité qui se mettent habituellement en place autour des personnes âgées. Du fait de l'impact de l'infection VIH sur leur vie, et des pertes de revenus liées à l'arrêt du travail, les PAVVIH vivent des situations de déclassement social et d'appauvrissement qui ont un impact direct sur leur santé psychologique et physique. L'appauvrissement les place en situation de dépendance à l'égard de leur proche, le plus souvent de leurs enfants directs.

Concernant la tuberculose, sur les 13370 nouveaux cas qui ont été notifiés en 2021,

14,12% concernent les personnes de 55 ans et plus, soit 1963 personnes.

Les services TB disponibles pour les adultes sont génériques et étendus aux personnes âgées. Le programme TB n'a pas encore mis en place de stratégies spécifiques aux personnes âgées, mais le dépistage et la prise en charge du diabète est proposé chez tous les patients tuberculeux.

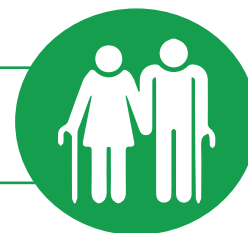
Les hépatites virales constituent également un problème de santé chez les sujets âgés. En admettant que la prévalence de la population générale soit aux environs de 10%, il y aurait alors environ 175 000 personnes de ≥ 60 ans qui présenteraient une hépatite chronique. L'étude Ambass rapporte également que « un tiers des adultes présentaient une infection chronique active nécessitant un suivi régulier car à risque d'évolution vers des complications du foie » ; soit environ 59 000 personnes de ≥ 60 ans au niveau national. « 14 % des patients porteurs chroniques avaient un risque plus élevé de cirrhoses, de complications liées à la cirrhose et de mortalité liées aux maladies du foie », soit environ 24 500 personnes ≥ 60 ans. « Enfin, 3 % des porteurs chroniques étaient éligibles pour un traitement immédiat », soit 5250 personnes ≥ 60 ans.

En résumé, les lacunes programmatiques identifiées chez les patients de plus de 50 ans sont :

- Défaut de programme formel de prévention et de dépistage des 5 principales comorbidités (HTA, diabète, hépatite B&C, lésions précancéreuses du col) chez les patients âgés ;
- Insuffisance de la prise en charge intégrée des 5 principales comorbidités (HTA, diabète, hépatite B&C, lésions précancéreuses du col) dans les services de prise en charge TB et VIH ;
- Absence d'enregistrement des comorbidités dans les dossiers informatiques et les bases de données de suivi des PVVIH ;

- Défaut d'observance des traitements des principales comorbidités pour les 4330 personnes ≥ 60 ans vivant avec le VIH ;
- Insuffisance de prise en compte du vieillissement de la cohorte de 4330 personnes ≥ 60 ans vivant avec le VIH ;
- Sur le plan social, on note un isolement des personnes âgées vivant avec le VIH ≥ 60 ans qui seraient également en perte d'autonomie ;
- Insuffisance de la prise en charge des comorbidités associées chez les sujets âgés de plus de 50 ans dans le paquet de services de la tuberculose.

● **Interventions prioritaires pour la cible des personnes âgées de plus de 50 ans**



• **Prévention des 8 comorbidités chez le sujet âgé** : il s'agira de renforcer la sensibilisation et la communication envers les personnes âgées de plus de 50ans et leur entourage sur les 8 principales comorbidités. Des pairs éducateurs, personnes âgées, seront identifiés et rejoindront les OCB communautaires. La communication vers cette cible sera renforcée par l'élaboration de supports de communication sur les 8 comorbidités et l'utilisation de canaux spécifiques pour cette cible (Radio, causeries, mosquée, etc.). Les messages seront axés sur le dépistage, la prévention mais également sur la prévention des complications. A l'image du e-Diabète, une contractualisation sera organisée avec les opérateurs téléphoniques pour le partage régulier de sms.

• **Amélioration de l'accès à la détection, au diagnostic et à la prise en charge des huit comorbidités chez les personnes âgées de 50 ans et plus** : des actions de dépistages actifs intégrés des huit maladies seront organisées aussi bien au niveau des structures sanitaires qu'au niveau de la communauté. Les agents de santé du secteur privé comme du secteur public, ainsi que tous les agents communautaires impliqués dans la prise en charge des maladies seront formés respectivement sur le guide technique de prise en charge adultes et personnes âgées et sur le guide de VADI qui seront mis en place. Au niveau communautaire, et au niveau des structures, des kits de dépistage et de prévention des comorbidités seront mis à la disposition des acteurs formés.

Le plateau technique des laboratoires sera également renforcé pour un diagnostic de qualité. La prise en charge médicale des patients âgés sera organisée au sein des structures de santé avec une prise en charge intégrée de qualité. Une formation particulière sera organisée avec les médecins, infirmiers ou sage-femmes à la pratique du test du HPV et de la thermo ablation pour les lésions précancéreuses du col chez les Femmes âgées de plus de 50 ans dans 48 Districts sanitaires non encore concernés.

• **Plaidoyer** pour la disponibilité et la gratuité des médicaments génériques pour le traitement et le suivi du diabète, de l'HTA, des hépatites B & C et du cancer du col. La liste des médicaments et produits essentiels pour les 8 comorbidités à mettre à la disposition des structures sera élaborée.

• **Développer une stratégie de suivi à long terme** à base communautaire et protection sociale pour favoriser un « Vieillessement sain ». Il s'agira d'améliorer le suivi à long terme, l'autonomie, le renforcement de la protection sociale des personnes âgées de 50 ans et plus pour favoriser un « Vieillessement sain ». Des équipes mobiles de consultations médicales à domicile pour la prise en compte des 7 comorbidités et les soins palliatifs seront mis en place. Un soutien sera dispensé au patient en situation de précarité avec un plaidoyer pour une inscription des patients âgés dans les mécanismes de protection sociales existantes.

4.4 Orientations stratégiques spécifiques aux populations et aux maladies



4.4.1 Services de Prestations Différenciés pour les Populations clés

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

En réponse au contexte d'épidémie concentrée, des efforts considérables sont faits ces dernières années pour améliorer l'accès au paquet de prévention et aux soins différenciés du VIH pour les populations clés.

En fin 2022, 59% des nouvelles infections dans la tranche d'âge >15 ans sont survenues chez les populations clés. Cependant leur accès aux soins du VIH est limité par peur de stigmatisation et discrimination dans un contexte socio-culturel qui ne leur est pas toujours favorable. Il était alors nécessaire de concentrer les efforts dans la prévention des nouvelles infections et dans l'amélioration de la cascade de soins, particulièrement chez les populations les plus marginalisées, reconnues moteurs de l'épidémie au Sénégal.

Ainsi, des stratégies de dépistage différenciées sont développées dans le pays avec notamment l'auto dépistage du VIH pour ces populations peu accessibles par l'offre de soins classique. Des campagnes EPOA ont permis de toucher et d'orienter des populations clés à travers leurs réseaux de pairs.

La manière d'offrir le service d'index-testing est devenue plus innovante avec des outils qui permettent de mieux faire le screening et de capter les informations en vue de dépister les contacts qui ont été exposés au risque. Le déploiement du dépistage démedicalisé a été fait à l'échelle nationale par des acteurs communautaires formés. Plus récemment le démarrage du dépistage via les réseaux sociaux a démarré.

Parallèlement à ces efforts qui doivent être soutenus pour atteindre le stade ultime et plus difficile des objectifs du 1er 95, le Sénégal a opté pour la mise en œuvre du statut neutre des services de dépistage pour garantir l'accès à un paquet de service différencié adéquat quel que soit son statut. Ainsi, le programme doit mettre en place tous les mécanismes pour que les séronégatifs bénéficient d'une prévention appropriée et aient des chances de le rester toute leur vie durant ; et que les séropositifs aient accès à des soins différenciés dans des délais préconisés.

La prévention combinée est proposée aux populations clés en communauté et dans les structures de prise en charge. L'accès à l'éventail complet de choix de prévention doit être poursuivi. Ainsi, l'accès aux préservatifs, aux lubrifiants, aux ARV à visée préventive (PPE et PrEP) doit être consolidé. L'offre de PrEP a démarré depuis 2020 au Sénégal, elle a d'abord démarré en communauté, puis aux niveau des sites de prise en charge des populations clés.

Le nombre total de sites proposant la PrEP est passé de 3 en 2020 à 42 en fin 2022 (31 sites publics et 11 sites communautaires). Toutefois l'analyse des rapports de supervision a révélé que l'appropriation par les prestataires mériterait d'être améliorée ainsi que les activités de promotion et création de la demande. Les outils de communication et d'aide à la prestation (algorithmes, SOP...) font défaut. Une forte déperdition est également notée dans la PrEP continue d'où l'intérêt de mettre en place des modèles différenciés PrEP adaptés pour améliorer l'observance.

Les rapports du programme sida montrent que les organisations de la société civile et les acteurs communautaires en partenariat avec les structures publiques, ont mené des interventions destinées à réduire les nouvelles infections chez les populations clés. L'approche population et localisation utilisée a permis d'offrir un paquet de services de prévention aux populations clés, aussi bien par les organisations de la société civile que par les services publics.

Ces interventions soutenues par le Fonds mondial et le PEPFAR, par l'intermédiaire de plusieurs organisations de la société civile comme l'ANCS, Intrahealth puis FHI360, sont mises en œuvre par les OCB et les réseaux de PVVIH et des populations clés.

Des organisations comme ENDA Santé interviennent également dans la prévention et la prise en charge du VIH et des IST chez les populations clés, ainsi que dans l'appui pour la mise à disposition de données factuelles pour la prise de décision, aussi bien au niveau opérationnel que stratégique.

Cependant, l'offre et l'accès aux services de prévention combinée ont été ralentis par un contexte social marqué par la stigmatisation. Le contexte peu favorable aux interventions ciblant les HSH a engendré une faible couverture des cibles, avec un risque important de recrudescence des nouvelles infections chez les populations clés et leurs partenaires.

Par ailleurs, la revue des interventions communautaires a noté une diminution du nombre d'organisations intervenant pour les populations clés, liée à une baisse des financements. Cette situation s'est traduite par une diminution de la couverture des cibles malgré une présence des organisations communautaires sur l'ensemble des 14 régions du Sénégal.

Malgré les efforts fournis par les organisations de la société civile, la couverture pour les programmes de prévention reste faible au regard de l'estimations des tailles des populations clés (12% pour les HSH en 2021, 44% pour les PS et 46% pour les CDI).

Les hépatites B et C affectent les personnes issues de divers groupes socioéconomiques en raison d'un accès insuffisant aux soins de santé appropriés, aux modes de vie et aux pratiques culturelles à risque. Par conséquent, la promotion des droits de l'homme, ainsi que l'équité dans l'accès aux tests et aux traitements de l'hépatite virale, sont des principes directeurs fondamentaux de ce plan. L'hépatite B est répartie entre les différentes couches socioéconomiques, mais l'hépatite C est plus concentrée dans les populations marginalisées. Les facteurs de risque d'hépatite virale dans le pays incluent la MTCT, les pratiques sexuelles à haut risque, la circoncision traditionnelle et la scarification traditionnelle sur le corps, les marques tribales, les procédures chirurgicales, le perçage corporel et la réception des transfusions sanguines avant 1992. En outre, l'utilisation par injection est probablement un facteur de risque majeur pour l'hépatite C en particulier. Ainsi, la prise en compte de l'inégalité dans l'accès à la prévention et au traitement des hépatites virales exige que les populations à risque soient prises en considération.

● Interventions prioritaires pour les populations clés



Mettant en œuvre l'approche population et localisation, les acteurs communautaires, avec l'appui de ENDA Santé, ont mené des activités d'identification des points chauds y compris virtuels pour définir les zones d'intervention prioritaires et les catégories de populations clés à cibler dans ces points chauds (Hotspots).

- **Actualiser de façon périodique les éléments contextuels et les points « chauds » de fréquentation des populations clés** (gestion des incidents, éléments nouveaux du contexte, cartographie),
- **Renforcement des capacités des acteurs communautaires** pour développer leur compétence dans la méthodologie d'actualisation des points chauds ; ce qui développe davantage leur autonomie et pose les bases de la durabilité de cette action. Par ailleurs, avec l'appui du FM et en partenariat avec le CRCF et Enda Santé, une étude d'estimation nationale de la taille, de cartographie et d'analyse de la vulnérabilité est en cours en 2023 pour actualiser les informations et analyser les nouvelles formes de vulnérabilités chez les populations clés.
- **Assurer la continuité des services de prévention, des programmes alternatifs de prévention virtuelle** pour le soutien, le conseil et la diffusion de l'information. Appuyer la mise en place des plateformes virtuelles identifiées lors des cartographies sur les modalités de mise en œuvre et
- **Renforcer les compétences des travailleurs de proximité** à utiliser les nouvelles approches intégrées de dépistage, de prévention et de prise en charge.
- **Développer des approches différenciées** en tenant compte des besoins spécifiques des adolescent.e.s et jeunes PS et HSH.
- **Développer des programmes de prévention de l'hépatite virale** pour les populations à risque élevé, le personnel de santé, les personnes qui se droguent (CDI), les HSH et des PS devraient être disponibles, abordables et dirigés par la communauté



4.4.2 Réduction des Risques et prise en charge des CDI

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

La preuve de l'existence et de l'extrême vulnérabilité face aux VIH des Consommateurs de Drogues (CD) est établie au Sénégal à travers une enquête d'estimation de taille de la population des UDI associée à une étude de prévalence et de pratiques à risques d'infection VIH, VHB et VHC réalisée par le CRCF du CHNU de Fann (UDSEN 2011). Cette enquête a permis d'obtenir des données qualitatives et quantitatives fiables montrant la nécessité de la mise en place d'un dispositif de réduction des risques chez les CD.

C'est ainsi que le Sénégal a mis en place un programme de RdR et a ouvert le premier Centre de prise en charge des Addictions et des Drogues (CEPIAD) pour apporter une réponse à la hauteur des enjeux, des besoins de santé et des objectifs pour cette population.

En effet, l'atteinte de ces objectifs ambitieux se fera par le passage à l'échelle d'un paquet complet de réduction de risques (RdR) à travers : (i) l'offre de services IEC-CCC en stratégie mobile et fixe ; (ii) la mise en œuvre du Programme Aiguilles seringues ; (iii) la distribution de préservatifs ; (iv) l'offre de traitement de substitution aux opiacés (TSO) pour les CD éligibles. (v) l'offre de services de dépistage et de traitement du VIH ; (vi) l'offre de services de diagnostic et de traitement des Hépatites C et B ; (vii) l'offre de services de diagnostic et de traitement de la tuberculose et (viii) le diagnostic et le traitement des IST.

Cette stratégie RdR est couplée à une offre d'interventions complémentaires qui comporte: (i) la prise en charge de la dépendance aux autres types d'addiction ; (ii) la prise en charge des autres troubles psychiatriques ; (iii) la prévention et la prise en charge des overdoses ; (iv) le soutien

psychosocial, familial et économique aux consommateurs de drogues et (v) l'appui à la couverture médicale des consommateurs de drogues.

Ce modèle pour une prise en charge holistique des consommateurs de drogues intègre à la fois la dimension médicale et communautaire avec une forte participation des bénéficiaires, notamment les associations identitaires de consommateurs de drogues. Ce modèle accompagné par un volet recherche et formation a servi de fil conducteur pour la décentralisation de la prise en charge au niveau des régions avec une adaptation en fonction du profil des cibles identifiées et du mode de consommation principal dans chaque site. C'est ainsi que, le CEPIAD en partenariat avec le CNLS a appuyé l'extension et la décentralisation du programme RdR et le traitement de substitution aux opiacés dans plusieurs villes du pays, notamment à Dakar, Mbour, Diourbel et Kaolack.

Une analyse critique de la mise en œuvre des activités durant les trois dernières années a permis d'objectiver des défis cruciaux à relever ainsi que des points d'amélioration devant permettre un accès plus important des services de réduction des risques au CDI, à travers l'intensification de la décentralisation et une diversification de l'offre de service.

Ainsi, l'extension de la couverture géographique a permis de recruter plusieurs CDI au niveau décentralisé. En effet, de 323 bénéficiaires en 2018, le nombre de CDI est passé à 1252 en 2019, 2000 en 2020 et 827 en 2021. Pour la même période les CDI sensibilisés sur la prévention sont passés de 2487 en 2018 à 4291 en 2021.

Cette évolution montre les effets de la décentralisation pour l'accès équitable aux services. En 2020, 51% des CDI qui ont bénéficié de service de réduction de risques, provenaient des sites décentralisés de Mbour et de Kaolack

Concernant le programme échange de seringue, la distribution de seringues et aiguilles est passé de 59 en 2019 à 182 par CDI par an en 2021 soit une performance dépassant de 52% (182/120) la cible du PSN 2018-2022.

Par contre, le traitement de substitution aux opiacés a connu une contre-performance

avec une proportion de CDI sous TSO qui passe de 88% en 2018 à 41% en 2021. En effet, des arrêts pour causes de décès, abandon et perdus de vue sont constatés. En 2018 sur les 259 enrôlés, 77 ont arrêté pour causes de décès, de perdus de vue ou d'abandon et pour 2021, sur les 15 enrôlés, 5 sont déclarés perdus de vue.

Cette contreperformance, plus marquée à l'année 2021, relève également des difficultés d'ordre structurelles que traverse le CEPIAD mais également la lenteur de la mise en place du programme dans les sites décentralisés.

● *Interventions prioritaires pour les CDI*



Les interventions prioritaires devraient être avant tout pour assurer la santé, le bien-être et la sécurité des individus, tout en tout en respectant leurs droits humains à tout moment. La stratégie intégrée est en faveur d'une approche fondée sur la santé publique et les droits de l'homme. Il s'agit de :

- **Mettre pleinement en œuvre des services complets de réduction des risques** et de lutte contre le VIH y compris des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, des thérapies de substitution aux opiacés, de la naloxone, Les services doivent être volontairement et confidentiellement accessible à tous les consommateurs de drogues, y compris dans les prisons et autres lieux fermés.

- **Veiller à ce que toutes les personnes dépendantes de la drogue aient accès à des traitements non coercitifs** et fondés sur des données probantes avec un traitement de la toxicomanie non coercitif et fondé sur des données probantes, conforme aux normes internationales en matière de droits de l'homme.

- **Assurer une large disponibilité de la naloxone**, y compris les formes injectables et non injectables (nasales), par l'intermédiaire par le biais d'une distribution communautaire de cette mesure de santé publique qui permet de sauver des vies.

- **Former toutes les personnes susceptibles d'être témoins d'une overdose**, comme les professionnels de la santé, les premiers intervenants, le personnel pénitentiaire, les responsables de l'application de la loi, les membres de la famille et les pairs, à l'utilisation et avec accès à la naloxone afin de permettre une intervention rapide et efficace.
- **Prendre des mesures pour éliminer la stigmatisation et la discrimination** subies par les CDI, y compris lorsqu'elles l'accès aux services de santé, aux services juridiques, à l'éducation, à l'emploi et à la protection sociale
- **Veiller à ce que tous les CDI aient accès à la prévention, au dépistage et au traitement** du VIH, de la tuberculose, de l'hépatite virale et des infections sexuellement (IST).
- **Inclure, soutenir, financer et responsabiliser les communautés et les organisations de la société civile, y compris les organisations et les réseaux de consommateurs de drogues** ainsi que dans la conception et la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH, de santé et de protection sociale.
- **Faciliter l'accès des CDI aux services VIH**, de santé sexuelle et reproductive et à d'autres services de santé par le biais d'une approche intégrée, centrée sur l'être humain, tenant compte des spécificités de chaque sexe et adaptée aux jeunes.
- **Garantir un environnement juridique favorable aux organisations de la société civile** et pour les CDI, afin qu'ils puissent agir sans crainte d'intimidation, de menace, de harcèlement ou de représailles,
- **Protéger et promouvoir les droits de l'homme des personnes qui consomment des drogues** en les traitant avec dignité, en leur offrant l'égalité d'accès aux services de santé et aux services sociaux, et en décriminalisant la toxicomanie.
- **Garantir l'utilisation de modalités de contrats sociaux pour engager des OSC alliées dans la fourniture de services de réduction des risques** à l'échelle de la communauté.
- **Plaidoyer pour adapter et réformer les lois** pour garantir que les personnes les personnes qui consomment des drogues aient accès à la justice (y compris aux services juridiques) et ne soient pas soumises à des mesures punitives ou coercitives n'encourent pas de sanctions punitives ou coercitives pour leur usage personnel, et que les mesures de police policières encouragent les personnes à accéder volontairement à des services de réduction des risques et de santé.
- Afin de garantir une bonne performance et la qualité des services de PEC des CDI, la **réhabilitation du Bâtiment du CEPIAD** et son renforcement en ressources humaines ainsi que l'accompagnement technique et logistique des sites décentralisés constituent une priorité à haute portée.

4.4.3 Groupes clés et vulnérables de la Tuberculose

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

L'enquête pour l'identification et l'estimation de la taille des populations clés (ou groupes vulnérables), menée en 2020 a permis d'identifier 18 populations clés prioritaires pour la tuberculose. Il s'agit notamment des populations pauvres urbaines, des sujets contacts, des détenus, des enfants, des PVVIH, des utilisateurs de drogue injectable, des femmes, des migrants, des professionnels du sexe, des LGBT, des HSH, des personnes âgées, des étudiants, des pêcheurs, des diabétiques, des orpailleurs, des tabagiques

et enfin des personnels de santé. Des activités spécifiques ont été menées dans les groupes traditionnellement suivis par le programme (les enfants contacts, les PVVIH, les détenus, les enfants, les diabétiques, les orpailleurs, les tabagiques et enfin les personnels de santé).

Des stratégies de dépistage actif avec l'UMRN ciblant les populations clés TB sont en train d'être développées par le PNT en collaboration avec les régions médicales.

● *Interventions prioritaires pour les populations clés et vulnérables de la TB*



Des activités spécifiques sont mises en place dans les groupes vulnérables avec comme but essentiel l'augmentation de leur accès aux soins, leur notification et la mise en place de stratégies adaptés pour leur prise en charge. Des initiatives ont été prises par le PNT et ses partenaires à l'endroit des populations clés TB comme l'appui au transport des femmes et enfants présumées TB orientées par les OCB vers les structures de santé, l'appui nutritionnel octroyé à une centaine de patients TB pharmacosensibles les plus vulnérables. Les mesures de soutien seront renforcées avec la gratuité des soins (traitements et bilans de suivi), l'appui à l'inscription aux mutuelles de santé en collaboration avec les équipes des districts sanitaires. La communication sera mieux adaptée aux différentes populations clés. Le plaidoyer sera fait pour une meilleure prise en compte des besoins des populations clés par les différents secteurs de développement concernés à travers les conventions signées.

Le dépistage actif de la TB par l'unité mobile

de radiographie numérique (UMRN) du PNT sera intensifié et couplé à la sensibilisation par des pairs formés pour une mobilisation lors des campagnes. Son objectif essentiel est d'améliorer la détection par la recherche des cas manquants de tuberculose grâce à la radiographie thoracique systématique à l'intention des groupes à risque qui ont souvent des difficultés pour accéder à des soins précoces. L'Unité est dirigée par un médecin pneumologue assisté par deux agents dont un point focal radio et un informaticien. Les campagnes sont appuyées par des techniciens de radiologie des structures sanitaires du pays. Ces activités de dépistage de la tuberculose sont menées en étroite collaboration avec les régions médicales et les districts sanitaires.

L'UMRN dispose de trois (3) appareils dont deux (2) fonctionnels. Les campagnes de dépistage systématique avec ou sans la radiographie numérique sont utilisées avec un ciblage des populations clés TB comme les pauvres urbains, les sujets contacts des

malades ayant une tuberculose pharmaco sensible ou pharmaco résistante et les détenus lors des campagnes de dépistage actif de la tuberculose par l'unité mobile de radiographie numérique du PNT. Elles seront étendues pour toucher toutes les populations clés de la TB selon la cartographie dans les districts sanitaires.

La coordination, le suivi et l'évaluation seront améliorés pour une meilleure planification et une optimisation des résultats des interventions mises en œuvre à l'intention des populations clés, en collaboration avec les secteurs concernés. Les mesures de

prévention et de contrôle de l'infection seront renforcées notamment dans les structures collectives comme les établissements pénitentiaires et les universités. Le secteur privé sanitaire sera mobilisé dans la prise en charge de groupes spécifiques tels que les enfants et les femmes.

Le traitement préventif de la tuberculose appliqué actuellement chez les personnes contacts de malades bacillifères et les PVVIH pourra être adopté pour d'autres populations clés cibles identifiées selon les évidences nationales.

4.4.4 Stratégie de lutte contre la tuberculose et le VIH en milieu carcéral

Situation de la tuberculose et du VIH dans les établissements pénitentiaires

Les détenus constituent un groupe de population à haut risque du VIH et de la Tuberculose. Selon les données fournies par la Direction de l'Administration pénitentiaire, le Sénégal compte 37 établissements pénitentiaires répartis dans 14 régions. La population carcérale totale est estimée à 13282 détenus (Décembre 2022) dont les 4871 (36,67%) résident dans les 8 établissements que compte la région de Dakar. Dans chaque établissement pénitentiaire, l'on compte un infirmier et un assistant social.

La tuberculose constitue un grave problème sanitaire dans les établissements pénitentiaires. Les prisons jouent le rôle de réservoir pour la tuberculose, en propageant la maladie dans la population civile, à travers le personnel, les visiteurs et la communauté avec les anciens détenus qui n'ont pas été convenablement traités. Les cas de tuberculose en prison représenteraient jusqu'à 25% de la charge de la tuberculose dans un pays. L'enquête nationale de prévalence de la tuberculose en milieu carcéral réalisée en 2014 avait montré une prévalence 4 à 5 fois plus élevée que dans la population générale. De 2013 à 2016, un nombre total de 157 malades tuberculeux 2018 à 2022 et 174 malades a ont été hospitalisés et pris en charge dans l'unité de traitement de la maison d'arrêt et correction du Pavillon spécial.

La Tuberculose constituerait la 3ème cause de décès due à une maladie infectieuse dans établissements pénitentiaires au Sénégal (Étude Seck: analyse des décès survenus en détention au niveau des prisons du Sénégal de 2017 à 2019). Ce dernier constitue en fait la seule unité hospitalière pour les détenus du pays. En 2022, 37 malades tuberculeux ont été notifiés par le Service médical de l'Administration pénitentiaire. Les conditions carcérales peuvent favoriser la propagation de la maladie à travers le surpeuplement, la promiscuité, le confinement, le manque d'aération, la vétusté des locaux, les transferts répétés entre établissements et le faible statut socio-économique de certains pensionnaires. Parmi les principaux défis relevés dans la prise en charge de la tuberculose au Sénégal, on peut citer le diagnostic tardif et un traitement mal conduit surtout en cas d'élargissement du malade, l'émergence de souches résistantes, et la problématique de l'isolement des malades contagieux et de la gestion des personnes contacts.

La prévalence de l'infection par le VIH chez les détenus est de 2,1 % (ENSC, 2019) soit 7 fois plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale.

Elle est plus élevée chez les femmes prisonnières avec 5,4 % que chez les hommes prisonniers (1,5 %).

En effet, la vulnérabilité de la population carcérale face au VIH et à la TB est liée à plusieurs facteurs dont les conditions de vie, d'hygiène et alimentaires souvent précaires, les origines géographiques diverses avec plusieurs nationalités représentées, leur

vulnérabilité souvent antérieure à leur incarcération du fait de la consommation de drogues, d'alcool et/ou la prostitution, le renouvellement de l'effectif carcéral avec des mandats de dépôt enregistrés quotidiennement, la surpopulation carcérale qui induit la promiscuité, le confinement, les Violences sexuelles en milieu carcéral, le faible accès aux services de prévention (pas de préservatifs).

● **Analyse de la réponse et lacunes programmatiques**

Devant la diversité et multiplicité de la population carcérale, l'amélioration de la santé en milieu carcéral qui constitue un problème de santé publique qui doit se baser sur une approche pluridisciplinaire incluant tous les acteurs qui interviennent dans le processus de judiciarisation (Directeurs de prison, régisseurs, chefs de cour, surveillants de prison, magistrats, avocats, greffiers, etc.).

Ainsi, dans le cadre de la mise en œuvre de cette l'approche pluridisciplinaire et multisectorielle au courant de ces cinq dernières années, les détenus, le personnel médical des maisons d'arrêt et de correction (MAC), de même que les acteurs de l'administration pénitentiaire ont bénéficié de plusieurs actions réalisées en collaboration avec le Ministère de la justice. Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a signé une convention avec le Ministère de la Justice dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. Ainsi, Programme national de Lutte contre la Tuberculose (PNT), en collaboration avec la Direction de l'Administration pénitentiaire, a institué un paquet d'activités pour un dépistage précoce et une prise en charge optimale de ces cas. Le PNT met en œuvre

des activités de lutte antituberculeuse depuis plusieurs années. Les principales activités menées ont été axées sur la sensibilisation par la formation de pairs éducateurs (chefs de cellules) pour réaliser la promotion des mesures préventives, l'identification et l'orientation des présumés vers l'infirmier de l'établissement pénitentiaire pour le dépistage, la formation des infirmiers/recyclage des infirmiers et assistants sociaux, la sensibilisation, le plaidoyer et le partage des résultats lors des revues annuelles avec les Directeurs des établissements pénitentiaires, l'organisation de campagnes de dépistage actif de masse avec la radiographie mobile numérique, la dotation en extracteurs d'air. Le PNT a aussi mis à disposition des établissements pénitentiaires une fiche de screening systématique de la TB et du VIH (voir annexe) du nouveau pensionnaire à l'entrée. Les échantillons des présumés sont acheminés au niveau du CDT de la zone pour la réalisation des tests et le suivi bactériologique du traitement. Quand le diagnostic de la TB est posé, le patient est enregistré dans le registre du CDT de la zone, les médicaments sont mis à disposition de l'infirmier qui assure la distribution selon les directives du PNT. Le suivi bactériologique est assuré au niveau des CDT.

Entre 2018 et 2022, le programme de lutte contre le sida a appuyé des activités de sensibilisation, de plaidoyer, de renforcement des capacités du personnel des MAC sur les VIH/sida ainsi que le dépistage des détenus et leur prise en charge dans les 14 régions du pays. Le plaidoyer et les activités de formation ont permis une meilleure implication des autorités. Cependant, ce plaidoyer doit être davantage accentué pour une meilleure appropriation et une forte implication des professionnels de la Justice dans la riposte au VIH notamment sur la protection des Droits Humains.

L'analyse des rapports de l'administration pénitentiaire, dans le cadre de la mise en

œuvre du plan d'action sectoriel VIH du Secteur de la Justice montrent que le nombre de détenus ayant bénéficié de paquet de service de prévention sur le VIH/sida représente approximativement en moyenne 52% de l'effectif carcéral entre 2018 et le premier semestre 2022.

Les principales difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des activités du programme tournent essentiellement autour du renouvellement de l'effectif carcéral, de la faible connaissance des enjeux et objectifs du programme par le personnel pénitentiaire de proximité et l'attribution en tâche secondaire des activités pour le personnel non médical notamment les magistrats, les régisseurs, etc.

Interventions prioritaires de lutte contre la tuberculose et le VIH en milieu carcéral



Il est prévu dans le présent plan d'intensifier toutes ces activités avec une meilleure responsabilisation des pensionnaires, du personnel et des Directeurs. Pour la tuberculose, l'accent sera mis dans les trois premières années sur les six établissements pénitentiaires les plus peuplés et ayant notifiés plus malades (Reubeus, Saint Louis, Kaolack, Camp pénal liberté 6, Mbour, Thiès).

Les activités seront menées en collaboration avec le Programme VIH, l'Administration pénitentiaire et la société civile. Il est prévu de :

- Réviser la convention de partenariat entre le MSAS et Ministère de la Justice / PNT – Administration pénitentiaire
- Élaborer la politique de lutte contre le VIH, la tuberculose, l'hépatite B, les IST en milieu carcéral
- Élaboration d'un module de formation sur la prise en charge du VIH, TB, HV, IST et la réduction de la stigmatisation et la discrimination en milieu carcéral
- Organiser des campagnes de dépistage actif de la tuberculose avec la radiographie mobile chaque trimestre dans chacun des 6 établissements pendant 10 jours (Reubeus, Saint Louis, Kaolack, Camp pénal liberté 6, Mbour, Thiès)
- Organiser chaque année une campagne de dépistage actif avec la radiographie mobile chaque semestre dans les 31 établissements restants pendant 5 jours
- Des campagnes actives de dépistage intégrée des 4 maladies intégrant d'autres maladies non transmissibles (diabète, HTA, etc.) chez les détenus et personnel des MAC. Ces campagnes pourraient être organisées avec l'appui des pairs (Association des ex détenus)
- Former/recycler les infirmiers et assistants sociaux des 37 établissements pénitentiaires en deux sessions de 3 jours regroupant 40 participants en collaboration avec les RM et les DS à l'an 1 sur la prise en charge des 4 maladies
- Organiser deux sessions d'orientation sur la tuberculose et le VIH d'une journée par an regroupant 30 pairs éducateurs par session, par établissement et par année
- Acquérir 30 extracteurs d'air pour chacun des 6 établissements pénitentiaires ciblés soit 180 au total à l'an 1
- Organiser 1 suivi trimestriel de la prise en charge des personnes privées de liberté atteintes de tuberculose par le CDT

En vue de garantir un accès équitable et de qualité des services de soins destinés aux détenus il est important de mettre en œuvre de façon appropriée, adaptée et efficiente les interventions suivantes afin de répondre aux besoins spécifiques et particuliers des détenus :

- **Faciliter l'accès des détenus et personnel pénitentiaire aux services intégrés de prévention VIH, TB, Hépatites virales et IST**, et à d'autres services de santé par le biais d'une approche intégrée, tenant compte de la particularité des lois et règlement en matière de détention.
- **Renforcer la communication et la sensibilisation sur la prévention du VIH, TB, Hépatites virales et IST** afin de favoriser la création de la demande à travers des séances d'IEC/CCC sur les 04 maladies suivies de dépistage, des campagnes de sensibilisation sur les modes de transmission et de prévention des 04 maladies en milieu carcéral, y compris sur les thématiques liées aux risques de la consommation des drogues, sur la RdR. Le partage du bilan d'exécution du plan d'action sectoriel VIH 2024 -2026 avec les autorités de l'administration pénitentiaire pourrait aider à renforcer leur compréhension des enjeux et défis liés aux programmes de PEC des 4 maladies en milieu carcéral et pour une meilleure appropriation.
- **Faire un plaidoyer auprès des autorités compétentes pour l'introduction des stratégies de prévention combinée en milieu carcéral** (auto dépistage VIH, index testing). Rendre disponible les autotests au sein de chaque infirmerie de MAC.
- **Renforcer la Stratégie de détection et de prise en charge des quatre maladies en milieu carcéral**: cette stratégie reposera sur la proposition systématique du dépistage du VIH, TB, par un screening clinique et/ou radiologique pour tout détenu à l'entrée. Le renforcement de capacités du personnel médical des MAC sur la PEC intégrée des 04 maladies selon l'approche de prestations de services différenciés. Cette capacitation sera complétée par des rencontres de plaidoyer avec les autorités de l'administration judiciaire, pénitentiaire pour la mise en place un programme de prise en charge intégré des usagers de drogue au sein des prisons (programme Méthadone, soutien psychosocial, nutritionnel, etc. Décentralisation de la prise en charge intégrée des usagers de drogue au sein des prisons.
- **Protéger et promouvoir les droits** du détenu à travers la sensibilisation, la responsabilisation des acteurs de l'administration pénitentiaire ainsi que les acteurs judiciaires et législateurs pour une protection des droits des détenus avec l'implication de l'Observatoire National des Lieux de Privation de Liberté dans la défense des droits des détenus vivant avec le VIH/TB. Le renforcement de capacités de tous les acteurs qui interviennent autour du détenu (personnel médical et administratif des établissements pénitentiaires, les acteurs judiciaires, pairs éducateurs parmi les détenus etc.) en matière de Droits Humains et VIH, les IST, la santé de la reproduction, la TB et les nouvelles directives sur les violences basées sur le genre, la réduction de la stigmatisation et la discrimination en milieu carcéral.

Tenue des séances d'IEC/CCC sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que la prévention et la gestion des VBG à l'endroit des détenues femmes

4.4.5 Personnes en situation de handicap

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

La dernière enquête de prévalence chez les personnes en situation de handicap établit qu'elles sont 5 fois plus à risque d'infection par le VIH que la population générale dans la même localité au Sénégal (1,9%). Pour les personnes en situation de handicap, les risques associés à l'infection par le VIH sont nombreux en raison de la pauvreté, de l'accès très limité à l'éducation et aux soins de santé, du manque d'information et de ressources pour négocier des rapports protégés, du manque de protection juridique, du risque accru de violence et de viol, de la vulnérabilité liée à l'exposition, à l'abus d'alcool ou de drogues et de la stigmatisation pour ceux qui mendient dans les rues.

La stigmatisation dont elles font l'objet, réduit souvent leurs chances de vivre une relation stable ou de se marier et les expose plus aux risques liés à la multiplicité des partenaires et à une information insuffisante sur les moyens de prévention de la transmission du VIH. Les femmes, les hommes et les enfants en situation de handicap ont trois fois plus de risque d'être victimes de violences sexuelles et de viol. Les femmes et les hommes en situation de handicap ont peu accès à l'information et aux services spécifiques dédiés au VIH/sida. Seulement 1 à 2% des enfants avec un handicap sont scolarisés ; ainsi, la majorité n'a pas accès à

des programmes éducatifs scolaires sur le VIH. Les faibles taux d'alphabétisation parmi les adultes handicapés et l'accès difficile aux messages diffusés par les médias de masse pour ceux ayant une déficience auditive ou visuelle représentent également de véritables défis à leur information. L'accès au dépistage du VIH et à la prise en charge médicale et psychosociale est limité du fait d'obstacles sociaux et économiques, de problèmes d'accessibilité physique, de préjugés contre ces personnes et d'idées fausses les considérant sexuellement inactifs.

Par ailleurs, les personnes vivant avec le VIH/sida peuvent développer des déficiences qui découlent de leur infection, soit en raison de la progression de la maladie, ou qu'il s'agisse d'effets secondaires du traitement ARV. Les fournisseurs de soins de santé et les professionnels de la réadaptation ignorent souvent la bonne façon de composer avec les effets invalidants du VIH/sida ou de les atténuer.

D'autres facteurs, comme la dépendance physique, la vie en institution et le manque de protection juridique les rendent également particulièrement vulnérables aux infections et aux abus.

● *Interventions prioritaires pour les personnes en situation de handicap*



Les personnes en situation de handicap sont prioritaires dans les politiques et programmes de lutte contre les maladies depuis peu d'années. Malgré une attention internationale croissante pour les droits de ces personnes, les programmes prenant en compte les problématiques du handicap

restent encore insuffisants. Les discussions sur l'intersectionnalité des questions liées au VIH/sida, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST et à l'invalidité s'inspirent de l'expérience des personnes en situation de handicap et des personnes vivant avec le VIH/sida.

Dans la perspective de son action d'inclusion des personnes en situation de handicap dans la lutte contre le VIH, les programmes sida et tuberculose ont entrepris une étude pour mettre à jour les données de vulnérabilité au VIH/SIDA et à la tuberculose, en vue d'apporter des éléments quantitatifs et qualitatifs permettant d'adapter les réponses à leurs besoins spécifiques. Ceci devra permettre ensuite, aux acteurs engagés dans la lutte, d'accélérer la mise en place des interventions les plus appropriées pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap.

Les personnes en situation de handicap doivent participer aux décisions les concernant et elles seront pleinement associées à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques et programmes en matière de VIH pour garantir la prise en compte de leurs besoins.

Le PSNI ambitionne de :

- Développer des programmes pour lever les obstacles en matière d'information et de communication pour améliorer non seulement l'accès aux programmes de lutte contre le VIH, mais permettre aux personnes de bénéficier de services VIH, TB, HV et IST. Ces services sont essentiels pour réaliser le droit des personnes en situation de handicap de jouir du meilleur état de santé physique ou mentale susceptible d'être atteint ;
- Soutenir des programmes de prévention du VIH adaptés à l'âge, au sexe, à la culture et à la langue et fournir des informations sur le VIH dans des formats appropriés aux personnes atteintes de diverses incapacités ;
- Créer les programmes et mécanismes susceptibles de prévenir les agressions et violences sexuelles sur des personnes en situation de handicap, en mettant l'accent sur les milieux qui exposent les personnes atteintes d'incapacités au risque le plus élevé, à savoir les institutions spécialisées, les écoles ou les hôpitaux ;
- Fournir des services complets de dépistage, de traitement, de prise en charge et de soutien en matière de VIH, comprennent des interventions précoces et l'orientation vers des services de réadaptation et de soutien pour les personnes connaissant des limitations ou des restrictions à leur participation en raison de leur infection à VIH ;
- Fournir aux personnes en situation de handicap des services de santé sexuelle et générique à un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts au reste de la population en : (i) adaptant les services généraux aux besoins des personnes en situation de handicap, ou s'il y a lieu en mettant en place des services particuliers ; (ii) fournissant un appui et des aménagements raisonnables ; (iii) tenant compte de tous les personnes atteintes d'incapacités, quelles qu'elles soient, et éliminant les obstacles qui entravent leur accès aux services ; (iv) soutenant l'autonomisation et le développement des capacités des personnes en situation de handicap ;
- Faire en sorte que le système national de suivi et d'évaluation du sida dispose des ressources nécessaires pour évaluer la riposte à l'épidémie de VIH dans le contexte des incapacités, et les besoins et droits des personnes en situation de handicap en matière de VIH ;
- Impliquer les personnes en situation de handicap dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH ;
- Proposer une formation concernant les droits des personnes en situation de handicap, aux professionnels qui travaillent dans le domaine du VIH ; cette formation sera dispensée par des personnes en situation de handicap, y compris celles séropositives au VIH ;

- Intégrer l'éducation sur le VIH dans la formation des professionnels de la réadaptation ;
- Faire en sorte que les personnes en situation de handicap bénéficient de l'appui nécessaire pour se former et pratiquer le conseil et les soins en matière de VIH ;
- Fournir une formation et un soutien adéquats aux assistants personnels ou aux personnes qui aident les personnes en situation de handicap dans des ménages touchés par le VIH.

Appuyer les organisations de la société civile y compris celles communautaires de base à :

- Accroître les réseaux et l'échange d'information entre les services VIH et les services d'aide aux personnes en situation de handicap, entre le plaidoyer en faveur des personnes en situation de handicap et les organisations s'occupant des droits humains ;
- Garantir que les services à l'intention des personnes en situation de handicap, dont le soutien leur permettant de vivre de manière indépendante, soient accessibles aux personnes vivant avec le VIH ;
- Défendre le droit des personnes en situation de handicap à jouir pleinement de leurs droits sexuels et reproductifs, à l'abri de violences physiques et sexuelles ;
- Plaider pour l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes VIH. Faire en sorte que les campagnes visant à combattre l'ostracisme et la discrimination des personnes vivant avec le VIH soient accessibles aux personnes en situation de handicap ;
- Développer, valider et soutenir l'utilisation d'indicateurs spécifiques aux incapacités et d'indicateurs ventilés dans le système national de suivi et d'évaluation des activités sida ;
- Promouvoir et financer la recherche sur le VIH et les incapacités, en s'assurant que les personnes en situation de handicap sont incluses dans l'équipe de recherche qui va concevoir, mettre en œuvre et analyser l'étude.



4.4.6 Interventions prioritaires transversales en direction des populations clés et vulnérables

Les interventions chez les populations clés nécessitent un environnement favorable au respect et à la protection des droits de ces populations clés et des personnes les plus marginalisées en s'attaquant aux aspects juridiques et politiques qui perpétuent la discrimination et la stigmatisation. Les interventions ci-dessous sont transversales à tous les groupes de populations clés :

Identification des personnes exposées et des intervenants : il s'agira d'avoir une estimation de la taille et une cartographie nationale des populations identifiées comme vulnérables aux 4 pathologies et des différents intervenants. Au niveau des régions, cette cartographie sera mise à jour annuellement.

Promotion des services et Communication globale : la communication globale consistera à promouvoir des mesures de préventions avec une sensibilisation sur le dépistage intégré, la demande de soins précoces et la référence vers les structures de PEC. Les canaux de communications proposées seront les médias, les réseaux sociaux, mais aussi dans la sensibilisation dans les points chauds. Les mesures individuelles et collectives de contrôle de l'infection tuberculeuse dans les congrégations et dans les lieux d'habitation seront promues ainsi que l'usage des préservatifs pour les IST et VIH.

Stratégie de prévention des quatre maladies en milieu communautaire : la stratégie de

prévention pour les groupes vulnérables consistera à la mise en place de mesures barrières tels que les préservatifs pour le VIH, les IST et l'hépatite. Pour les patients exposés au VIH, la PrEP sera proposée dans les cliniques communautaires pour les groupes vulnérables au VIH. La communication sera renforcée, avec la vulgarisation du « U=U » et la sensibilisation sur les réseaux sociaux.

Stratégie de détection des quatre maladies en milieu communautaire : la stratégie de détection pour le VIH, l'hépatite et les IST dans les groupes vulnérables repose essentiellement sur le dépistage communautaire et la mise en place des autotests. Le dépistage par les pairs pourra également être proposé. Des unités mobiles intégrées pour le dépistage des 4 maladies seront créées pour des campagnes de dépistage actif avec la radio mobile pour ce qui concerne la tuberculose. Ces campagnes cibleront les populations clés et vulnérables mais peuvent être élargies à la population générale pour éviter la stigmatisation.

Identification et orientation par les pairs : un accompagnement sera offert pour l'organisation et le renforcement des pairs qui auront la charge de l'accompagnement communautaire. Ils seront impliqués dans la sensibilisation, l'investigation des contacts, des partenaires, mais également de la fratrie et la référence vers les structures de PEC.

Tableau VIII : Services essentiels pour les populations clés et prioritaires pour le sida, la tuberculose, les hépatites et les IST.

Populations prioritaires	TB	VIH/IST	HBV	Interventions spécifiques
Détenus	XX	XX	X	Screening TB à l'entrée Offre de dépistage intégré VIH, HP Campagnes de screening intégrés avec la radiographie numérique Traitement intégré au lieu de détention Mesures de control de l'infection TB Prévention VIH et IST
Étudiants	XX	XX	X	Prévention primaire Dépistage intégré Campagnes de dépistages actif TB avec les radios mobiles Prise en charge dans les centres médico-universitaires
CDI	XX	XX	XX	Programme d'échanges de seringues dans le cadre de la réduction des risques Offre de dépistage intégré Traitement substitutif aux opiacés (méthadone) Prévention et prise en charge des overdoses Accompagnement psychologique et sociale Réinsertion socio-professionnel
PS	X	XX	XX	Offre de dépistage intégré Prévention combinée avec les interventions essentielles LILO et PreP Disponibiliser les prélèvements vaginaux dans les sites de référence Prévention du cancer du col de l'utérus chez la femme Prévention et prise en charge des VBG
HSH	X	XX	XX	Offre de dépistage intégré Prévention combinée avec les interventions essentielles LILO et PreP Disponibiliser les prélèvements génitaux dans les sites de référence Prévention des IST et prise en charge proctologique Prévention et prise en charge des VBG
Populations en situation de Handicap	XX	XX	XX	Organisation de campagnes de dépistage actif de la tuberculose Prévention primaire Dépistage intégré Campagnes de dépistages actif TB avec les radios mobiles Services adaptés de prise en charge
Contacts TB	XX			Campagnes de dépistages actif TB avec les radios mobiles VAD- VAT TPT
Pauvres urbains	X			Organisation de campagnes de dépistage actif de la tuberculose
Malnutris	XX			Dépistage systématique dans les UREN et CREN Appui nutritionnel Organisation de dépistage actif de la TB lors des campagnes de lutte contre la malnutrition organisée par le CNDN
Miniers	XX	XX	XX	Offre de dépistage intégré Campagnes de dépistages actif de la TB avec les radio mobiles
PVVIH	XX		XX	Offre de dépistage intégrés/index Services essentiels : accompagnement psychosociale, observance/ éducation thérapeutique, appui nutritionnel Screening systématique TB et TPT
Personnel de santé	XX		XX	Offre de dépistage intégré Vaccination Hépatite Screening TB et TPT
Population en zones transfrontalières	XX	XX	XX	Offre de services intégrés en collaborations avec les autorités administratives, médicales et les OSC dans les zones concernées Collaboration dans la prise en charge et la recherche de perdus de vue Activités DH contre la stigmatisation et la Discrimination

4.4.7 Prise en charge des Coinfections et des Comorbidités

4.4.7.1 Coinfection VIH et Tuberculose

La réduction de la charge croisée des morbidités de l'infection VIH et la tuberculose est une des priorités du Sénégal. D'importants progrès ont été enregistrés dans le cadre de la PEC de la coinfection TB-VIH grâce aux activités collaboratives mises en œuvre. Tous les indicateurs ont connu des améliorations. Depuis 2018, la proportion de patients tuberculeux testés pour le HIV est supérieure à 90% et a progressé entre 2020 et 2021 pour atteindre 96%. La proportion de patients coinfectés quant à elle, est restée constante jusqu'en 2020 (8%) et a diminué

pour être à 5% en 2021. Quant à la proportion de patients coinfectés TB / VIH, elle a connu une baisse de manière constante passant de 8% à 6% entre 2018 et 2021. La proportion de coinfectés TB/VIH mis sous ARV et sous Cotrimoxazole suit également les mêmes tendances que la réalisation du test VIH avec des taux supérieurs à 90%. En 2021, parmi les 531 patients coinfectés TB/VIH, 494 ont été mis sous traitement ARV soit 93,0 % et 505 mis sous traitement préventif au cotrimoxazole soit 95,1 %.

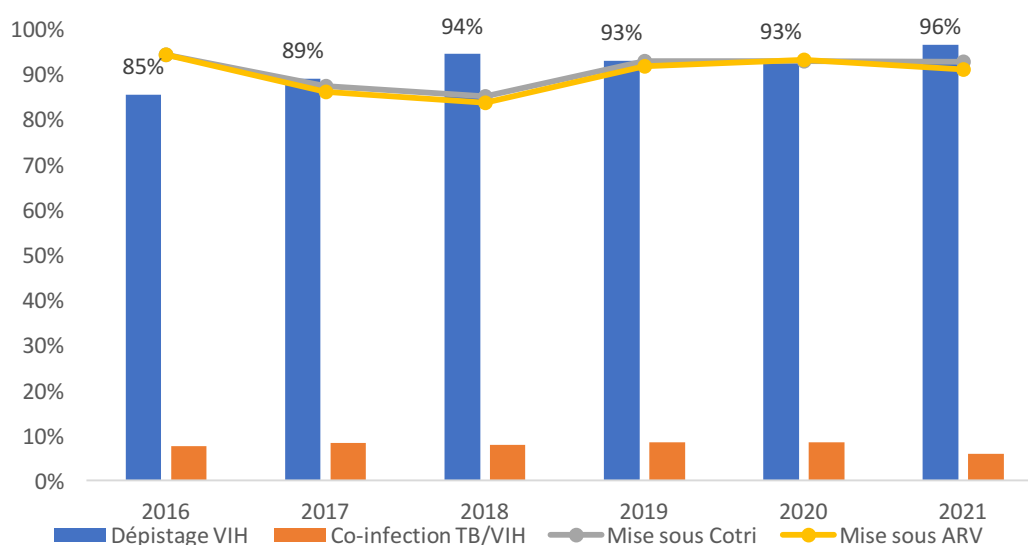


Figure 46. Dépistage et prise en charge du VIH chez les patients TB, 2016-2021

En 2021, le taux de réalisation du test VIH global dépasse les 80% dans toutes les régions du Sénégal. La désagrégation régionale confirme les tendances de l'épidémie à VIH avec des taux de coinfection plus élevés dans les régions du sud à haute prévalence du VIH, à savoir Kolda, Ziguinchor, Kédougou.

Le dépistage systématique de la tuberculose chez les PVVIH entre dans la routine des soins. L'analyse des données de 2017 à nos jours nous montre une appropriation progressive de la stratégie.

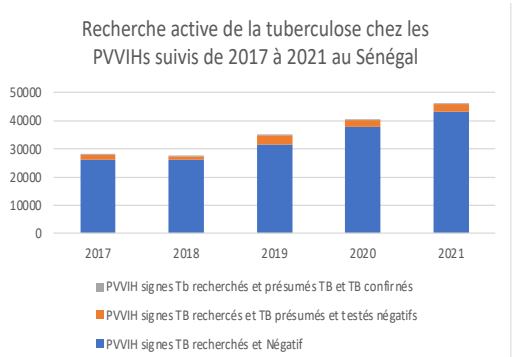


Figure 47. Recherche active de la TB chez les PVVIH suivies au Sénégal de 2017 à 2021

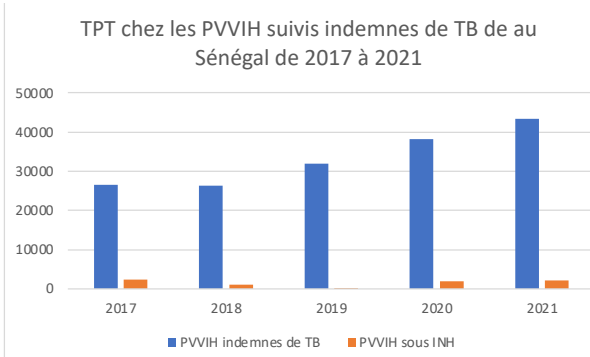


Figure 48. TPT chez les PVVIH suivies indemne de TB au Sénégal de 2017 à 2021

On note une augmentation progressive de la détection de la TB chez les PVVIH suivies. En 2021, 46 588 PVVIH ont bénéficié d'un screening TB avec un taux de présomption de la TB de 7% avec 3128 patients qui ont bénéficié d'un examen de diagnostic pour la tuberculose. Il y a eu 266 cas de tuberculose confirmés chez les PVVIH dont 120 chez les PVVIH nouvellement diagnostiquées. La chimio prophylaxie INH a été administrée à 2230 PVVIH indemnes de TB.

L'analyse de la répartition par sexe des cas de tuberculose notifiés, montre un sexe ratio de 2,28 en faveur des hommes qui représentent 69% des cas. Cette prédominance masculine ne semble pas s'expliquer par un accès différencié aux soins de santé. De plus la tranche d'âge 15-44ans représente plus de 50% des cas notifiés.

4.4.7.2 VIH et Hépatites

Les coinfections du VIH et des virus des hépatites sont des facteurs importants de comorbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. Ce sont des

facteurs de gravité bien identifiés, avec une évolution plus rapide des infections virales B ou C vers les complications, une moindre efficacité des traitements et des difficultés spécifiques liées à la prise en charge concomitante de l'infection par le VIH. Au Sénégal, la coinfection VHB / VIH est estimée à 3,2 %; de même que celle VIH/ VHD. Selon une étude conduite par le PNLH sur les personnes à risque, notamment le personnel de santé, la coinfection VHB/VHC semble plus faible 1,71 %.

Depuis 2015, l'OMS recommande de traiter chaque personne diagnostiquée porteuse du VIH, quel que soit le stade de la maladie. Le Ténofovir, inclus dans les combinaisons thérapeutiques préconisées comme traitement de première intention de l'infection à VIH, est également efficace contre le VHB.

Par ailleurs, des coinfections HIV/HBV et HCV ont été retrouvées dans certaines études, mais leur prévalence est faible, estimée à 0,5 %.

4.4.8 Tuberculose Multirésistante (TB-MR)



● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

La prise en charge de la tuberculose pharmaco résistante a débuté en 2010 en ambulatoire. Assurée jusqu'en 2018 par le Comité national de pilotage de la PEC de la TB MR, la coordination a été décentralisée au niveau des régions médicales. Des comités inter-régionaux ont été mis en place sur quatre axes (nord, ouest, centre et sud-est) mais ils sont peu fonctionnels.

La prise en charge de la TB-MR est gratuite (médicaments et bilans paracliniques). Elle est décentralisée dans les CDT suivant la cartographie des malades dépistés (35 sites étaient fonctionnels en 2021). Les cas graves ou compliqués sont hospitalisés à l'unité de référence et de prise en charge du service de Pneumologie du CHN de Fann qui présente une capacité de 13 lits. Les patients TB-MR bénéficient d'un appui nutritionnel et d'un appui psychosocial. L'appui aux frais de transport est insuffisant ; il n'est réservé qu'à 20% de la cohorte annuelle.

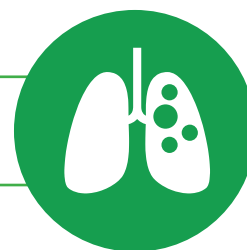
Des protocoles de traitement entièrement oraux (9 ou 20 mois) sont en vigueur depuis 2022.

Les médicaments de deuxième ligne ainsi que ceux pour la prise en charge des effets sont disponibles en quantité suffisante et sont acquis grâce au financement du Fonds mondial. De réels efforts ont été fournis pour rendre le diagnostic plus accessible à travers le renforcement de la disponibilité des tests moléculaires rapides (test Xpert MTB/Rif/ Ultra, test LPA) et la culture, soutenue par un système de transport des échantillons grâce à l'État et aux partenaires comme le Fonds mondial. Le partenaire Action Damien appuie la formation des prestataires, le suivi des effets indésirables et la recherche des personnes contacts TB MR.

L'analyse des données du programme montre une sous notification des cas avec environ 2/3 des cas attendus manquant.

La réalisation de la culture par le LNR est irrégulière et les résultats des résistances aux secondes lignes sont souvent tardivement reçus. L'implication communautaire dans le suivi des cas résistants est timide voire inexistante. La surveillance et la notification des effets indésirables sont faiblement réalisées.

● **Interventions prioritaires pour la Tuberculose Multirésistante (TB-MR)**



Renforcement de la détection et du traitement de la tuberculose pharmacorésistance précoce et de qualité :

L'augmentation des appareils GeneXpert ainsi que l'amélioration du système de transport des échantillons permettra d'augmenter de manière significative l'accès au dépistage universel pour une augmentation de la notification des cas de tuberculose pharmaco-résistante. D'autres activités déjà mises en œuvre seront intensifiées à savoir le renforcement de capacités des prestataires à tous les niveaux, la mise à disposition régulière et en quantité suffisante des médicaments de deuxième ligne de qualité. Des supervisions et coaching sur site périodiques permettront d'assurer un suivi régulier de la PEC des malades. Des révisions sont prévues, en moyenne tous les 3 ans, avec la publication de nouvelles lignes directrices par l'OMS, avec l'appui d'un Consultant.

Coordination de la prise en charge de la TB MR:

La réalisation du bilan d'inclusion, de l'enquête sociale et la décision du comité peuvent parfois retarder la mise sous traitement précoce des patients TB-MR. Il est important d'inclure les acteurs concernés dans le comité régional en vue de leur mobilisation en temps réel pour une contribution effective à la mise sous traitement précoce. La coordination de la mise sous traitement et du suivi des malades sera désormais assurée au niveau de chaque Région médicale par la Task-force TB (Unité de Coordination régionale ou UCR) et par le Comité TB MR au national. Les experts des UCR seront formés ainsi que les agents du programme sur la gestion programmatique de la TB MR à travers des cours nationaux ou internationaux. Le Comité national TB MR, les UCR seront appuyées dans leurs fonctionnements notamment dans la tenue de réunions en ligne dans le cadre de la coordination de la prise en charge précoce des malades nouvellement diagnostiqués et le suivi des patients à problèmes. Les sites de PEC de la TB MR recevront également un appui institutionnel.

Soutien au patient et à leurs familles : La décentralisation du traitement sera poursuivie. Les activités de soutien au traitement mises en œuvre actuellement seront renforcées. Il s'agit de la prise en charge gratuite des bilans paracliniques, la mise à disposition des médicaments pour la PEC des effets indésirables, la dispensation d'un paquet de services de soutien aux patients et à leurs familles (TDO ou télé-TDO, paquet alimentaire, appui au transport étendu à toute la cohorte, soutien psychosocial, etc.) mais également de mise en œuvre d'activités d'autonomisation des malades et de leurs familles.

L'appui au patient pour le maintien dans le continuum de soins sera renforcé par une inscription aux mutuelles de santé au même titre que les malades de TB sensible (voir activités adultes).

Surveillance et prise en charge des effets indésirables (Pharmacovigilance)

La contractualisation avec les laboratoires au niveau des Régions médicales et les officines privées, l'équipement en ECG, permettront un diagnostic précoce et une prise en charge plus adéquate des effets indésirables. La notification des effets indésirables dans le système de pharmacovigilance nationale sera renforcée avec la formation et un meilleur suivi des prestataires des sites de traitement TB MR.

Réhabilitation de l'unité de Référence et de prise en charge de TB MR du CHUN FANN :

L'unité de référence et de PEC de la TB-MR du CHNU de Fann reçoit en hospitalisation les cas présentant une complication au cours de leur traitement. D'une capacité de 12 lits, elle est fonctionnelle depuis octobre 2013. Une réhabilitation et un renouvellement des équipements sont prévus en 2024 pour améliorer les conditions d'hospitalisation des malades ainsi que la mise à disposition d'une ambulance fonctionnelle.

4.4.9 Promotion des services IST complets avec sensibilisation, prévention, dépistage et prise en charge des cas

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

Selon les données de routine recueillies en 2021 au niveau des sites de prise en charge, les IST ont concerné un total de 244 168 cas de syndromes notifiés dont 230 840 (94,5 %) chez les femmes. Le profil épidémiologique du Sénégal, montre une prévalence élevée du VIH et des nouvelles infections parmi les jeunes et les populations clés avec une récurrence des cas d'IST selon les catégories de populations considérées.

Cette fréquence des IST justifie la nécessité de redynamiser les prestations de services dans ce domaine. En effet, les principales lacunes programmatiques sont: (i) l'insuffisance des ressources financières pour la prévention et le traitement des IST ; (ii) le retard dans la mise à jour du guide de prévention et de prise en charge des IST prenant en compte les dernières directives de l'OMS ; (iii)

l'insuffisance dans la coordination avec les parties prenantes : VIH, DSME, Universitaires, Programme Hépatites, société civile, responsables de laboratoire ; (iv) l'insuffisance de la formation continue des prestataires sur les IST (médecins généralistes, des SAU, SFE, ICP ...) ; (v) l'insuffisance dans la formation des acteurs communautaires au sein des populations les plus exposées, notamment les jeunes actifs sexuellement et les populations clés ; (vi) l'insuffisance des activités touchant les personnes les plus exposées au sein de la population générale (clients PS, clientes PF, etc.) ; (vii) l'insuffisance d'indicateurs et d'outils de collecte primaire de l'information aux points de prestation et enfin l'absence de surveillance de la pharmacorésistance aux molécules des algorithmes nationaux de prise en charge syndromique des IST.

● *Interventions prioritaires prise en charge des IST*



- **Amélioration de la coordination** avec les autres programmes impliqués dans la PEC des IST/HPV dans le cadre des approches différenciées.
- **Mise à jour des directives nationales/** guidelines de prévention et prise en charge des IST y compris la révision des algorithmes de diagnostic aux laboratoires.
- **Renforcement de la formation initiale** et continue des prestataires (structures sanitaires, CCA, centres médicaux scolaires et universitaires, structures privées) sur la prophylaxie et le traitement des IST et des acteurs communautaires impliqués dans l'IEC.
- **Mise en place d'un programme d'IEC** et de prévention en direction des populations clés et des jeunes filles et garçons.
- **Définition d'un programme de prévention** (vaccination incluse) et de prise en charge des affections liées au HPV chez les PVVIH femmes et populations exposées au HPV.
- **Amélioration de la surveillance épidémiologique**, la surveillance des résistances aux antibiotiques et la recherche sur les IST.

4.4.10 Prévention de la transmission de l'hépatite dans les établissements de santé

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

La lutte contre les infections et la sécurité des injections implique de minimiser le risque de transmission de l'hépatite B et C dans les établissements de soins de santé. La gestion de la transmission de l'hépatite B et C dans les établissements sanitaires est un défi de la lutte contre l'hépatite. Les travailleurs de la santé, en raison du contact direct avec les patients ou du contact avec des matériaux infectés, sont plus exposés à la contamination par l'hépatite B et par l'hépatite C. De même, les agents de santé infectés peuvent exposer les patients à un haut risque d'hépatite. Les mesures de contrôle de l'infection pour l'hépatite en milieu de soin sont essentiellement l'application rigoureuse des précautions universelles pour toutes les

interventions médicales invasives, la promotion des mesures de sécurité des injections et la sécurité des produits sanguins.

Au Sénégal, le personnel soignant et les professionnels de santé en formation (étudiants en médecine, pharmacologie, odontologie, étudiants en soins infirmiers, etc.) sont dépistés et vaccinés s'ils sont naïfs de vaccination (3 doses au total, avec 1 dose tous les deux mois). Cette intervention a permis la vaccination de plus de 10 000 élèves de l'école Médecine/Pharmacologie/Odontologie et de l'UFR de santé de Thiès, soit 8000 personnels de santé au cours des 5 dernières années.

● *Interventions prioritaires Prévention de la transmission de l'hépatite établissements de santé*



- **Dépister et vacciner obligatoirement l'hépatite B chez le personnel de santé y compris les étudiants en formation** : le dépistage annuel de tous les agents de santé pour l'hépatite B et C est recommandé. Il permettra le diagnostic précoce des cas. Il concerne le personnel de santé et étudiants en cours de formation dans les parcours de santé. La vaccination du personnel de santé sera étendue à tous les agents non couverts. Cette politique sera appliquée aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Le risque de transmission sera réduit, les professionnels de la santé mieux protégée, la qualité de la prise en charge des patients s'améliorera du fait que les cliniciens et les patients sont plus au courant des facteurs de risque et des comportements protecteurs.
- **Assurer la disponibilité du traitement pour le personnel de santé et les étudiants dépistés positifs et éligibles au traitement** : le lien au soin sera défini pour une prise en charge des cas détectés parmi le personnel de santé. Une politique de gratuité du traitement sera mise en place pour le personnel de santé dépisté positif.
- **Assurer la formation des prestataires sur les précautions pour éviter les AES et les liquides biologiques** : au-delà du renforcement de capacité des agents sur la détection et la prise en charge des cas chez les clients, la formation intégrée mettra l'accent sur l'importance de la prévention en milieu de soin. Il faudra s'assurer que les directives nationales en matière de prévention sont disponibles dans tous les établissements de santé publics et accessibles.

4.5 Orientations stratégiques transversales et communes aux maladies

4.5.1 Équité, Genre et Droits Humains

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

Éliminer l'épidémie du sida, la tuberculose, l'hépatite virale et les IST, ainsi que le fardeau que ces maladies font peser sur les populations, nécessite de mettre davantage l'accent sur la suppression des inégalités qui entravent l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins, notamment chez les populations clés et vulnérables.

La prise en compte de l'équité, des aspects de genre et des droits humains liés à la santé ainsi, que les interventions stratégiques touchant les populations clés constituent une priorité pour le PSNI conformément à la déclaration de politique sur le VIH et sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici 2030.

Au Sénégal, l'accès des PVVIH, des patients TB, des patients IST, des populations clés et de certaines populations vulnérables aux services de santé se heurte à la persistance de la stigmatisation et de la discrimination. Ces dernières dans divers contextes notamment : l'éducation, le lieu de travail, le ménage, les contextes d'urgence etc.

L'évaluation du cadre juridique de la riposte au VIH (LEA) réalisée en 2017 ainsi que celle de l'initiative du Fonds mondial « lever les barrières » ont fait le point sur les programmes existants en matière de droits humains et VIH et ont servi de base pour l'élaboration du plan quinquennal pour une réponse globale aux obstacles liés aux droits humains qui entravent la riposte au VIH et à la tuberculose pour la période 2021-2025 avec l'appui du Fonds mondial.

Par ailleurs, les études Index Stigma 2.0

ainsi que des initiatives communautaires de collectes d'information sur les violations des droits humains à travers le programme ITPC au Sénégal avec le réseau des personnes vivant avec le VIH ont permis de documenter plusieurs cas de violations de droits humains.

La mise à jour de l'étude stigma index 2.0 en 2023 avec l'appui de FHI360 et du GNP+ ainsi que la réalisation en perspective, d'autres études spécifiques sur les droits humains et VIH permettront de disposer plus d'évidences sur la problématique.

Compte tenu de l'environnement socio-culturel et politique peu favorable, la mise en œuvre dudit plan a ralenti les interventions à l'endroit des populations clés du VIH.

Une loi VIH a été promulguée au Sénégal en 2010 pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination et protéger les personnes vivant avec le VIH et encadrer les interventions VIH. Cependant, cette loi comporte quelques insuffisances notamment dans ses dispositions relatives à la transmission volontaire et le consentement au dépistage volontaire et à la prise en charge des enfants.

En sus, le Sénégal a ratifié les différentes conventions internationales sur la promotion des droits de l'homme et des peuples et chartes notamment :

- La déclaration universelle des droits de l'homme ;
- La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale;

- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes;
- La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants;
- La Convention relative aux droits de l'enfant;
- La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille;
- La Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Malgré ces initiatives et l'existence d'un arsenal juridique et réglementaire garantissant l'accès aux services de santé, des situations de stigmatisation et de discrimination continuent à être notifiées dans les communautés, dans les familles et en milieu de soins.

En termes d'équité, il est à noter qu'au Sénégal les médicaments spécifiques pour la TB et le VIH sont gratuits. En 2013, l'État sénégalais a mis en place un dispositif de couverture sanitaire nommé Couverture médicale universelle (CMU) visant à fournir une couverture partielle ou totale des frais de santé pour l'ensemble de la population, et un programme de Bourse de Solidarité Familiale (BSF) consistant en l'attribution d'une bourse trimestrielle de 25 000 FCFA accordée à titre individuel sur critères de pauvreté, pour une durée de cinq ans, ouvrant un droit à une inscription gratuite dans les mutuelles communautaires. Dans le cadre de la tuberculose plus spécifiquement, les études menées ont permis d'identifier et de proposer des interventions prioritaires pour l'équité et le genre en faveur des populations vulnérables. Dans ce cadre, une prise en charge de la TB-MR avec un appui nutritionnel est donné à tous les malades suivis.

● **Interventions prioritaires pour Équité, Genre et Droits Humains**



Promouvoir une approche de santé fondée sur l'équité, l'éthique, la prise en compte du genre et les droits humains dans la définition des programmes et politiques contre le sida, la tuberculose, les IST et les hépatites.

Plaidoyer pour un environnement favorable axé sur le droit à la santé : Un plaidoyer sur les droits des patients VIH, TB, Hépatites et IST sera régulièrement organisé à l'attention des porteurs de voix (leaders communautaires), des parlementaires, des acteurs religieux et coutumiers, des magistrats, de l'administration pénitentiaire et des forces de l'ordre sur les droits des patients VIH, TB, Hépatites et IST. Pour renforcer le plaidoyer au niveau

international et nouer des partenariats, les équipes nationales participeront également à la rencontre annuelle de la commission africaine des droits de l'homme et des peuples.

Assurer la sécurité et la sûreté des programmes, des interventions et des bénéficiaires : Une évaluation du dispositif de sécurité et de sûreté des organisations permettra d'élaborer des plans de sécurité et de sûreté au niveau de chaque structure. La gestion des crises sera anticipée avec la disponibilité d'un plan de gestion ainsi que la formation des agents sur la communication adaptée à ce contexte.

Réduire la stigmatisation et les violences contre les PVVIH, les patients TB et les populations clés et vulnérables.

Cette intervention vise, dans un premier temps, à produire des évidences relatives aux données sur les obstacles qu'expérimentent les PVVIH, les patients TB et hépatites ainsi que les populations clés et vulnérables. Les résultats de l'enquête qui sera menée dans la première année du PSNI sur la stigmatisation liée à la tuberculose utilisant les outils du Community Rights and Gender (CRG) de Stop TB Partenariat seront utilisés pour élaborer un plan d'action de prise en charge des gaps prioritaires. Les aspects sexo-spécifiques pour les ripostes nationales au VIH et à la tuberculose et à l'hépatite, à l'environnement juridique et à la stigmatisation associée à la tuberculose au VIH et aux hépatites seront analysés. Les résultats serviront de base pour planifier des activités visant la réduction de la stigmatisation des personnes atteintes et adresser les gaps documentés. Par ailleurs le « React » qui est l'outil de documentation des cas de violations de droits humains sera évalué et mis à jour. et un circuit de référencement pour la prise en charge des victimes sera élaboré. Une aide et des services juridiques seront mis à la disposition des patients.

Renforcer les capacités des acteurs de la justice pour réduire la vulnérabilité des victimes de violations et de discriminations aux maladies. Cette stratégie sera mise en œuvre avec les organisations communautaires et de la société civile travaillant dans l'accompagnement juridique des PVVIH et des populations clés ainsi que des activités d'assistance juridique des personnes atteintes de tuberculose victimes de stigma, de discrimination et autres violations des droits à la santé.

Plaidoyer pour la gratuité des traitements contre l'hépatite pour tous les patients ainsi

que la vaccination contre l'hépatite et le HPV

Mobilisation et sensibilisation des communautés : adoptant l'approche centrée sur le patient, la surveillance à Base Communautaire (CBM) à l'image de l'outil One Impact TB de Partenariat Halte à la Tuberculose, sera mise en place. Cette approche permettra de faire participer les patients affectés dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge de cas par le suivi des déclarations d'obstacles liées à l'accès aux services des effets indésirables des médicaments, de la qualité des services ainsi que des stigmas expérimentés dans les centres de santé, la communauté ou le lieu de travail. Des formations et des informations seront dispensées aux organisations ainsi qu'aux patients pour le renforcement de capacités des populations à défendre leurs droits. Le module d'éducation thérapeutique comprendra une section sur les différents droits du patient.

Mettre en place un dispositif de suivi et de déclarations d'obstacles liés à l'accès aux services, des effets indésirables des médicaments, de la qualité de services ainsi que des stigmas expérimentés dans les centres de santé, la communauté ou le lieu de travail. Des formations et des informations seront dispensées aux organisations ainsi qu'aux patients pour le renforcement des capacités des populations à défendre leurs droits. Le module d'éducatons thérapeutique comprendra une section sur les différents droits du patient. Les acteurs communautaires sous la coordination des représentants locaux des OCB, la société civile ainsi que les organisations des personnes affectées ainsi que les relais de la zone, vont réaliser des séances de sensibilisation qui s'attaqueront aux normes et stéréotypes de genre néfastes et autres obstacles liés aux droits humains à travers la mise en œuvre d'une série d'activités.

Éducation aux droits légaux et humains et formation à l'éthique médicale : le référentiel de droits humains sera mis à jour en y intégrant les 3 autres maladies : Un partenariat sera établi avec le ministère de la justice notamment la Direction des Droits Humains pour l'élaboration de modules de formation sur le droit à la santé à l'endroit du CFJ. Les modules de formations des prestataires de soins intégreront une session spécifique sur les droits du patients et les mécanismes de recours disponibles.

Des politiques promotionnelles seront organisées (Journées portes ouvertes dans les écoles de droit pour intéresser les étudiants sortant sur la thématique du droit à la santé, offre de bourses pour le Master Droit de la santé, formation continue, etc.) pour renforcer les capacités du niveau institutionnel sur les questions de genre et de droit.

Institutionnalisation des approches intégrant le genre dans les stratégies des quatre maladies : un document de politique nationale genre intégrant les quatre composantes sera élaboré et la composante genre et masculinité positive sera inclus dans des modules de formations intégrées. Un paquet d'activité sera organisé à l'endroit des femmes/filles sur l'autonomisation, le leadership et les techniques de plaidoyer.

Mise en œuvre d'études, d'enquêtes et d'outils de suivi évaluation pour renseigner les indicateurs droits humains : il s'agira de mettre en place un dispositif adéquat pour la collecte des indicateurs de droits humains (Mettre à contribution l'OCASS). Des enquêtes spécifiques seront menées pour renseigner les indicateurs des droits humains et genre.

Mise en place d'un comité technique intégré de coordination des activités de droits humains et genre VIH TB Hépatites IST : un comité technique « Genre et droits humains » sera mis en place pour faire le suivi des activités de droits humains et de genre. Désigner un point focal pour chaque programme et organiser des réunions périodiques de coordination. Le plan de communication comprendra une section spécifique sur les droits humains adaptés à notre contexte pour une meilleure compréhension des messages et de la mission sur les droits humains et le genre par l'opinion publique

Réforme des textes réglementaires et légaux en déphasage avec le contexte actuel de la riposte : l'amélioration de l'environnement légal passe par les réformes juridiques, l'adoption de décrets, arrêtés, circulaires, politiques publiques, l'utilisation de la jurisprudence, pour une meilleure réglementation de l'application des lois en vigueur. Un partenariat avec la direction des droits humains. Une évaluation de la loi VIH sera effectuée et en collaboration avec la DDH et la DACG, un plaidoyer sera mené pour la révision de la loi VIH. Une proposition sur la stigmatisation liée à la TB pourrait être proposée et incluse dans la révision de la loi VIH. Un plaidoyer pour l'adoption et la promulgation du code des drogues révisées sera fait pour permettre d'avoir un cadre juridique sur la RDR.

4.5.2 Renforcement du système de surveillance et de gestion de l'information sanitaire

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

Dans le cadre de la digitalisation du système d'information sanitaire, le MSAS à travers ses services (DLSI, Direction du Système d'Information Sanitaire et Social (DSISS)), en collaboration avec le Secrétariat Exécutif du CNLS, avait procédé au cours de ces dernières années au paramétrage des modules DHIS2 et Tracker. Cependant, plusieurs défis sont à relever, notamment les problèmes en ressources humaines, techniques et logistiques qui impacte la qualité des données :

- Insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau décentralisé ainsi qu'au niveau central ;
- Instabilité et mobilité du personnel au niveau des points de prestation de services ;
- Manque de matériels (ordinateurs, Internet, etc.) pour les gestionnaires de données VIH ;
- Absence ou insuffisance de plan ou de cadre de formation et de renforcement du personnel en cours d'exercice.

Pour le DHIS2, les problèmes sont beaucoup plus liés à une faible complétude et promptitude des rapports physiques saisis dans le DHIS2 à tous les niveaux, l'incohérence des données rapportées dans les documents sources et celles saisis dans le DHIS2, l'insuffisance des règles de validation des données dans le DHIS2 ainsi que des erreurs de paramétrage de certains indicateurs et l'accrochage de rapports de certains sites et la fréquence des mouvements de grève avec la rétention des données sanitaires.

Pour le Tracker VIH, la saisie dans le système n'est pas encore effective à l'échelle nationale

dû à un certain nombre de facteurs liés à l'insuffisance dans l'opérationnalisation du Tracker VIH au niveau de tous les sites de prise en charge, l'insuffisance de certaines thématiques communautaires dans le Tracker VIH et l'appropriation du module Tracker VIH par les acteurs au niveau site.

Concernant spécifiquement la tuberculose, la gestion efficace de l'information sanitaire nécessite, entre autres, une révision des outils de collecte du PNT pour une intégration de l'évaluation des nouvelles stratégies du programme comme la généralisation du traitement de la tuberculose latente dans toutes les populations à risques, et un développement du mentorat des prestataires dans la gestion et l'utilisation des données. Les outils de collecte et rapports automatisés sont paramétrés dans le DHIS2 national et des fichiers Excel au niveau du PNT sont disponibles. Ainsi, depuis 2022, l'outil de référence pour les données de la TB pharmacosensible est le DHIS2. Les données individuelles TB MR sont disponibles sur fichier Excel (dépistage, enrôlement, suivi bactériologique mensuel des malades traités). Il existe une Task-Force opérationnelle sur la TB qui a piloté plusieurs études même si elles sont encore insuffisantes (malnutrition & TB, CPS, téléTDO...). Les outils de rapportage sont standardisés par tous les CDT (registres, formulaires de rapportage, etc.). Des perspectives d'utilisation du Tracker TB (déjà paramétré) au niveau national sont définies ; il reste la formation des prestataires pour le rendre opérationnel. Des missions d'audit de la qualité des données sont effectuées chaque année, et depuis deux ans.

● **Interventions prioritaires pour le système de surveillance et de gestion de l'information sanitaire :**



Renforcement des capacités humaines, techniques et logistiques en matière de suivi évaluation : Les résultats de la revue externe du programme de lutte contre la tuberculose ont ressorti une insuffisance des ressources humaines en suivi évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il est important de procéder au recrutement de certains profils clés indispensables à l'analyse approfondie des données de la LAT (épidémiologistes, statisticiens). Pour plus d'efficacité et dans le but d'appuyer les responsables de prise en charge des guichets uniques, il est proposé de nommer un profil spécifique pour la gestion intégrée des données des programmes prioritaires de santé au niveau des 79 districts sanitaires. En outre, il faudra assurer un renforcement de capacités des agents impliqués dans le dispositif de suivi évaluation en analyse approfondie et utilisation des données à tous les niveaux de la pyramide pour la prise de décisions (logiciel de gestion et d'analyse des données, DHIS2 ...). Pour faciliter la gestion des données, il est nécessaire de doter les agents impliqués de matériels et consommables informatiques.

Amélioration de la qualité des données VIH, IST, TB et Hépatite virale : l'objectif est d'assurer la qualité des données rapportées à tous les niveaux. Il s'agit dans ce sens de disposer d'outils de collecte intégrés et adaptés à tous les niveaux y compris le niveau communautaire. En vue d'améliorer la qualité des données dans le DHIS2, des procédures opérationnelles standardisées seront mises en place pour la saisie et le contrôle de cohérence des données. Des réunions de validation et des missions conjointes d'audit de la qualité des données seront régulièrement organisées. L'opérationnalisation des modules Tracker VIH et TB ainsi que leur interopérabilité avec le DHIS2 permettra une bonne amélioration de la gestion des données.

Renforcement du système de collecte, de surveillance, d'analyse, d'utilisation et de dissémination des données. il s'agit de tenir des revues bilans et d'analyse des données, au niveau des districts intégrant les données communautaires, des Régions médicales et au niveau central afin de permettre aux différents intervenants d'échanger sur les performances, d'identifier les problèmes prioritaires et de donner des orientations pour l'amélioration des résultats. Des logiciels d'analyse approfondie des données seront acquis et le personnel formé à leur utilisation. Pour plus d'efficacité, le format des rencontres (réunion Task force régional, revue régionale TB, élaboration rapport de performance annuelle du PNT) ainsi que leur régularité doivent être revus et intégrés.

Renforcement de la coordination et de l'intégration des activités de suivi évaluation des programmes VIH, TB, Hépatites et IST : les données générées par le système doivent servir dans la prise de décision au niveau national et infranational y compris communautaire. Par ailleurs, il serait opportun de disposer d'un manuel de procédures nationales de gestion des données de la tuberculose et de vulgariser périodiquement les résultats de la LAT. ainsi les données factuelles pourront servir à l'élaboration d'un document de plaidoyer auprès des décideurs nationaux et PTF.

Promotion de l'évaluation des stratégies de lutte intégrée : il s'agit de renforcer le système de suivi évaluation interne du PNT, de la DLSI mais aussi du programme hépatite. Elle implique la mise en place d'un Plan de suivi évaluation, des instances de suivi périodique du Plan, la disponibilité de manuels de procédures spécifiques, des ressources humaines en qualité et en quantité suffisantes.

4.5.3 Renforcement du système national de Gestion des Approvisionnements et des Stocks

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

La disponibilité du médicament et des produits pharmaceutiques de qualité et en quantité suffisante garantit l'efficacité des programmes de santé. La fonction de service public est d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et intrants de bonne qualité à toutes les composantes de la population sur l'ensemble du territoire national est dévolue à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). Celle-ci assure l'approvisionnement et la distribution des médicaments et intrants pour les structures sanitaires publiques.

La PNA assure l'approvisionnement d'une partie des ARV, des intrants de laboratoires et des antituberculeux de premières lignes. L'autre partie des médicaments antituberculeux de seconde ligne, des intrants de laboratoire et équipements de même que les ARV financés par le Fonds Mondial sont acquis via les plateformes d'achats internationales (GDF et Wambo). Tous les produits de programme TB/VIH suivent le circuit des médicaments essentiels (PNA-PRA-District) sauf les médicaments antituberculeux de seconde ligne. Les commandes des districts et hôpitaux sont trimestrielles et se font sur la base des formulaires mis en place par les programmes.

Les lacunes programmatiques sont les suivantes :

- Retard dans la mobilisation des ressources financières de la contrepartie de l'État et gap financier pour couvrir l'intégralité des besoins des différents programmes ;
- Insuffisance de personnels qualifiés pour la gestion des stocks au niveau central et opérationnel ;
- Absence d'une instance fonctionnelle de coordination entre les programmes de santé ;
- Insuffisance d'évaluation périodique des besoins planifiés (revue trimestrielle, semestrielle, annuelle) ;
- Faible implication des pharmaciens/dépositaires des districts dans la gestion des intrants du VIH et de la TB ;
- Retard de la mise en place d'une Comité centrale et des comités régionaux de coordination de la chaîne d'approvisionnement ;
- Insuffisance dans le remplissage des données de suivi de stocks et de commandes dans les outils de gestion au niveau des structures (manque de formation, surcharge de travail/distribution et priorisation des tâches, remplissage et analyse des données non-systématique, etc.) ;
- Absence de manuel de gestion des produits de la lutte antituberculeuse ;
- Absence de système d'information logistique pour la gestion des produits entreposés au PNT ;
- Faiblesse du système d'information logistique national de gestion de stocks tous les niveaux de la chaîne ;

- Insuffisance dans la collecte des données de qualité (complétude, exactitude et promptitude) ;
- Absence de coordination des activités de contrôle de qualité des intrants des trois programmes ;
- Insuffisance dans la remontée et la notification des effets indésirables liés à l'utilisation des médicaments antirétroviraux et antituberculeux ;
- Irrégularité des stocks des produits programmes au niveau des PRA ;
- Insuffisance dans les conditions de stockage au niveau central et périphérique ;
- Insuffisance de logistiques roulantes pour la rationalisation des stocks au niveau des PRA par les programmes.

● **Interventions prioritaires pour le système national de Gestion des Approvisionnements et des Stocks**



Sécuriser l'acquisition régulière de médicaments et d'intrants pour les maladies (TB, VIH, HEPATITES VIRALES, IST) : un plaidoyer sera mené pour l'augmentation du budget de l'État et la mobilisation par la PNA des fonds destinés aux maladies. Des plans d'approvisionnement et de mitigation des risques, avec un stock de sécurité d'au moins 6 mois, seront mis en place pour éviter les ruptures de stock au niveau central.

Améliorer les conditions de gestion des stocks à tous les niveaux : la capacité, la sécurité, les normes et conditions de stockages seront améliorées aussi bien au niveau des dépôts de stockage du PNT que des PRA et des districts. De même, des formations continues seront développées pour le renforcement du personnel dédié. Un plaidoyer sera fait auprès du MSAS pour l'affectation de ressources humaines qualifiées à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Le magasin central du PNT est très exigu et ne répond pas aux normes pour le stockage actuel des produits de la LAT. Ainsi, il est primordial d'augmenter sa capacité de stockage et la mise à disposition d'équipements nécessaires à une meilleure condition de travail et de

stockage de ces produits. La gestion des approvisionnements et des stocks a connu des évolutions avec la stratégie End TB occasionnant l'utilisation de nouvelles molécules et de nouveaux moyens de diagnostic et de dépistage. Ainsi, un manuel de procédures GAS doit être mis en place afin que les acteurs du niveau central et du niveau opérationnel aient un référentiel en matière de gestion des produits utilisés dans la LAT. A la suite de la disponibilité du guide, les acteurs seront formés en cascades en insistant sur la décentralisation des formations GAS.

Renforcer la communication et les cadres de concertations des acteurs de la chaîne d'approvisionnement au niveau national et décentralisé : l'organisation de réunions trimestrielles des Comités GAS mis en place par le MSAS au niveau régional et national,

permettra de renforcer la coordination entre les acteurs des différents programmes et d'avoir un suivi régulier de l'approvisionnement et des stocks au niveau des sites. Des ateliers de quantification annuelle des besoins en intrants des programmes seront organisés chaque année.

Optimiser le système d'information et de gestion logistique : une évaluation nationale du SIGL sera effectuée pour analyser les défis du système et y apporter une réponse idoine. L'harmonisation des outils du SIGL qui sera mise en place par les programmes, la PNA et la DGSP permettra d'avoir une visibilité sur l'ensemble des stocks périphériques. Les dépositaires de districts et des hôpitaux seront dotés en ordinateur et formés sur la saisie des informations dans le DHIS2. Afin de garantir une meilleure gestion des stocks (entrées et sorties) au niveau du PNT, il est nécessaire d'avoir un système logistique performant pour la traçabilité électronique des produits antituberculeux au niveau du magasin central et au dépôt de stockage du LNR.

Assurer un suivi efficace et régulier de la gestion des stocks : des plans de transitions seront élaborés pour tout changement thérapeutique. Des missions de supervisions spécifiques GAS seront organisées régulièrement à tous les niveaux de la chaîne pour un suivi efficace de la disponibilité des produits. Des réunions trimestrielles de suivi de stocks des produits des programmes () seront organisées entre les programmes de santé et la PNA. Aussi, dans le but d'anticiper sur la bonne gestion des cartouches Xpert, des

médicaments antituberculeux utilisés dans la PEC de la TB latente récemment intégrés dans le circuit de la PNA en plus de la durée de vie limitée de ces produits, des missions de suivi et des supervisions régionales vont permettre de minimiser ces pertes et risques de rupture à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Une logistique roulante sera mise à la disposition du PNT pour assurer la rationalisation des stocks et la mise à disposition des produits de LAT au besoin dans les sites après analyse des stocks au niveau régional et opérationnel.

Garantir l'Assurance de la qualité des intrants et médicaments : les programmes tiendront de façon annuelle des réunions d'harmonisation des activités de contrôle qualité en collaboration avec l'Agence de la Réglementation pharmaceutique du Sénégal (ARP) et la DGSP dans le but de réaliser le contrôle qualité annuel des produits de programmes au niveau des laboratoires national et supranational.

Afin de renforcer la surveillance des médicaments antituberculeux, le guide aDSM adapté par les consultants de l'OMS-TDR pour le volet de la tuberculose sera validé et mis à la disposition des acteurs.



4.5.4 Renforcement du Système National de Laboratoire

● Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

Le système national de laboratoire a été renforcé avec les fonds Covid et dans le cadre du renforcement du système de santé. Les investissements du Gouvernement combinés à ceux du FM, du PEPFAR et des autres partenaires financiers, notamment dans le cadre de la lutte contre la COVID19, ont permis de renforcer les capacités des laboratoires jusqu'au niveau décentralisé. Toutes les régions disposent d'appareils conventionnels et/ou de Point Of Care (POC)

pour la mesure de la charge virale VIH, de diagnostic précoce VIH et TB. La cartographie des équipements de la charge virale et PCR effectuée au moment de la revue montre un passage de 21 appareils en 2017, à 56 en fin 2022 dont 24 plateformes conventionnelles et 32 POC, soit une augmentation de 166%. Sur les 56 équipements, 34, en plus de la charge virale, réalisent le diagnostic précoce chez les enfants nés de mères séropositives au VIH et le diagnostic d'autres pathologies.

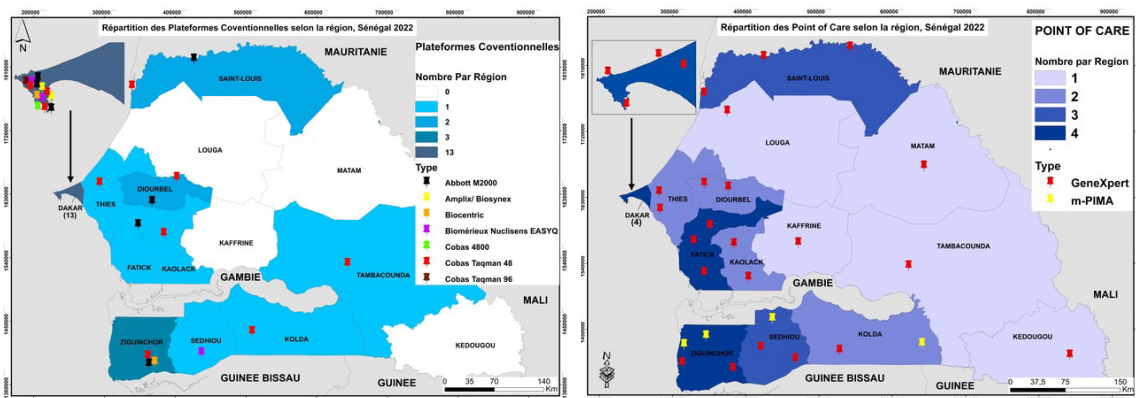


Figure 49. Couverture en charge virale au Sénégal en fin 2022. Cartographie équipement plateforme conventionnelle et POC fin 2022

Pour corriger les disparités régionales, l'offre pour les examens biologiques de routine, y compris la CV, a été étendue avec l'introduction du Projet Point Of Care (POC) appuyé par l'initiative de CHAI et UNICEF ainsi que la mise en œuvre du projet CAR « Collecte Acheminement et Rendu des Résultats pour la charge virale et la PCR, les CD4 et autres ».

Pour booster d'avantage la CV et le dépistage précoce, un plan de mise à échelle a été mis en œuvre pour couvrir plusieurs sites au niveau pays.

Pour le GeneXpert, une optimisation est faite pour la CV et la PCR dans le parc existant et de nouvelles acquisitions sont planifiées. Au bilan, 44 sites de prise en charge disposent de plateformes conventionnelles et /ou de POC soit 32% des sites de prise en charge du pays, pour un total de 56 équipements, dont 23 GeneXperts à Dakar et 30 dans les 13 autres régions dont 46 fonctionnels dans les sites TB. Chaque capitale régionale, ainsi que certains districts prioritaires sont dotés d'au

moins un GeneXpert. Ces appareils constituent une plateforme moléculaire et sont aussi utilisés dans les diagnostics de la COVID 19, la charge virale VIH et PCR. Ils pourront être paramétrés pour l'hépatite B et HPV.

Malgré ces investissements, il a été identifié les problèmes suivants :

- Ruptures d'intrants VIH récurrentes, surtout des tests de diagnostic, limitant parfois la réalisation de l'algorithme à 3 tests ;
- Difficultés dans la réalisation des tests de discrimination VIH-1/ VIH-2 ;
- Insuffisance dans le diagnostic des IST (CT/ NG, HPV) ;
- Couverture insuffisante des sites de diagnostic en matière de contrôle de qualité noté avec 42 sites enrôlés sur les 144 laboratoires (EPS et CS) ;
- Faiblesse dans la création de la demande en CV et diagnostic précoce par les prestataires, surtout chez les femmes séropositives enceintes et/ou allaitantes et chez les enfants ;

- Insuffisances des documents de laboratoire actualisés et les pratiques de laboratoires qui ne sont pas standardisées ;
- Difficultés pour le diagnostic précoce et la charge virale pour le VIH2.

Un réseau de transport des échantillons des sites ne disposant pas d'équipements de laboratoire adaptés est mis en œuvre en collaboration avec le projet CAR déroulé par une ONG nationale Santé Service et Développement (SSD).

Un approvisionnement régulier en cartouches Xpert MTB/RIF et MTB/RIF Ultra est assuré aux structures. Les produits pathologiques actuellement éligibles pour le test Xpert sont les expectorations, les liquides de ponction pleurales, ganglionnaires, le LCR ; il est prévu l'utilisation des selles chez les enfants ne pouvant pas cracher. Au total, 23 933 tests Xpert MTB/RIF® ont été effectués en 2021 et le rapport trimestriel de tests Xpert a été intégré dans la plateforme DHIS2. Il faut noter l'utilisation des tests Xpert MTB/RIF/Ultra en première intention dans la Région médicale de Dakar.

Le PNT dispose d'un laboratoire de type P3, le laboratoire national de référence (LNR) qui effectue des cultures, des tests moléculaires de sensibilité de première et deuxième ligne, des tests de phénotypage et génotypage. Le test TB LAM prévu pour la détection de la TB chez les PVVIH éligibles n'est pas encore disponible. Le PNT recommande le dépistage en première

intention par le test Xpert. Cette stratégie qui n'est effective que dans la région de Dakar doit être passée à l'échelle.

Le réseau de microscopie du PNT compte 140 unités de microscopie réparties dans les 79 districts en avril 2022. Dans le cadre du renforcement de la qualité des prestations de diagnostic de la tuberculose, le contrôle de qualité de la microscopie se fait par la méthode de relecture des lames par les pairs.

prestations de diagnostic de la tuberculose, le contrôle de qualité de la microscopie se fait par la méthode de relecture des lames par les pairs. Les laboratoires régionaux assurent la relecture des lames du niveau opérationnel et le LNR contrôle celles du niveau régional. Le secteur privé non lucratif participe également au contrôle de qualité des lames. Le LNR participe aussi au contrôle de qualité externe effectué par le Laboratoire supranational de Cotonou. Un programme de renforcement de la qualité est en cours de mise en œuvre au LNR.

Des initiatives ont été prises par le PNT et ses partenaires à l'endroit des populations clés TB comme l'appui au transport des femmes présumées TB orientées par les OCB vers les structures de santé et le remboursement du transport des relais communautaires pour la collecte des prélèvements réalisés à domicile chez les femmes présumées TB pour minimiser leurs déplacements.

● Interventions prioritaires pour le renforcement du système de laboratoires



Les interventions pour le renforcement du système de laboratoires regroupent les interventions communes pour le dépistage actif, le diagnostic précoce, le suivi des quatre maladies, mais également les interventions spécifiques de laboratoires à chaque maladie.

Renforcement des Ressources Humaines et de capacités des prestataires : Le réseau des laboratoires sera doté de suffisamment en personnel qualifié de qualité au sein des laboratoires périphériques afin de renforcer la détection des cas de VIH, TB, hépatites virales et les IST. Il s'agira d'un recrutement de biologistes et de techniciens de laboratoires qui seront

formés sur les différentes techniques.

Renforcement de nouveaux outils de dépistage radiologique de haute portée technologique pour la tuberculose. Dans le cadre du dépistage actif et de la recherche des cas manquants de tuberculose particulièrement dans la communauté, il est prévu de renforcer les capacités de diagnostic par l'acquisition pour le PNT de 03 unités mobiles de radiographie numérique disposant d'une intelligence artificielle et des kits complets comprenant un camion mobile de dépistage de la tuberculose (équipement à bord, appareil de radiographie numérique avec intelligence artificielle et un appareil GeneXpert).

En 2023, les 6 régions à plus forte charge morbide de TB seront dotées chacune d'un appareil de radio mobile pour la réalisation de campagnes ciblées sur les populations vulnérables à la TB. Il est aussi prévu la dotation des 8 autres régions médicales d'appareils de radiographie numérique avec intelligence artificielle. Par ailleurs, 23 unités de radiographie numérique mobiles avec des logiciels d'aide à la lecture (intelligence artificielle) seront acquises et installées par le PNT au niveau des 23 centres de santé de référence des districts notifiant le plus grand nombre de cas de TB.

Les locaux seront réhabilités pour les 23 structures ciblées pour l'installation des nouveaux appareils, la maintenance annuelle des appareils et la formation des techniciens sur leur utilisation seront réalisées. En outre, ces appareils contribueront aussi à l'amélioration du diagnostic des cas difficiles chez les adultes (PVVIH, diabétiques, cas pauci bacillaires, etc.) et des personnes contacts de malades tuberculeux notamment les TB MR.

Afin de renforcer les capacités des prestataires de santé, il est prévu une session de formation sur la reconnaissance des signes radiologiques en faveur d'une tuberculose en collaboration avec la chaire de pneumologie et de radiologie mais aussi la formation des techniciens supérieurs ou ingénieurs en imagerie médicale et manipulateurs de radiographie sur les conditions d'utilisation des appareils de radiographies numériques mobiles intégrant l'intelligence artificielle en collaboration avec la chaire de radiologie de l'UCAD et des techniciens de radiologie. Avec une bonne disponibilité des ressources humaines qualifiées en radiologie, les campagnes de dépistage actif pourront être démultipliées dans la communauté à travers une meilleure décentralisation de leur mise en œuvre.

L'acquisition d'équipements de radioprotection et la contractualisation avec l'Agence nationale de Radioprotection restent des impératifs dans la réalisation des activités de radiographie.

Mise en place des outils de diagnostic de haute portée prenant en compte, le VIH, la TB,

l'hépatite et les IST et intégrant les outils de dépistage systématique : L'augmentation de la couverture en appareils GeneXpert multiplex et la diversification des outils de diagnostic du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST, constituent une importante composante pour l'atteinte des objectifs d'élimination des 4 maladies d'ici 2030. Le réseau sera renforcé avec l'acquisition de 100 appareils GeneXpert, de 2 TrueNat, 6 FluoroCycler® XT, etc. Les tests triplex VIH/VHB/VHC et les tests duo VIH/syphilis seront mis en place dans tous les sites de dépistages intégrés. Les structures seront renforcées en intrants, cartouches et matériels nécessaires.

Renforcement des missions de supervisions au profit de tous les laboratoires réalisant le diagnostic et le suivi de l'efficacité des traitements y compris les laboratoires privés : des missions de supervision formatives intégrées par axe au niveau des laboratoires des centres de santé et hôpitaux y compris les laboratoires privés par le niveau central et un appui sera octroyé à la Direction des Laboratoires pour des missions de supervisions de 112 laboratoires, à raison de 14 laboratoires par année.

Mise en place d'un système national intégré, sécurisé de transport des échantillons : la faiblesse de l'accès aux soins est en partie due à une difficulté de transport des prélèvements ou des patients dans les services de santé. Pour des questions d'équité, un système national intégré et sécurisé de transport des échantillons biologiques sera mis en place et un système de rendu des résultats dans les meilleurs délais afin de faire bénéficier aux structures ne disposant pas d'équipements, de technologies de diagnostic de haute portée.

Renforcement de la surveillance de la résistance aux médicaments utilisés dans le traitement du VIH, de la TB, des Hépatites virales et des IST : l'OMS recommande aux pays en plus de la surveillance de routine de la résistance, de faire des enquêtes périodiques afin d'évaluer la prévalence de la pharmacorésistance aux antimicrobiens. Des enquêtes de prévalence seront organisées en l'an 1 et l'an 6, elles seront complétées par la surveillance primaire continue.

Amélioration de la maintenance des équipements biomédicaux pour les 4 maladies, du dispositif de dépistage actif et de la biosécurité : pour améliorer la performance et la longévité, la maintenance des équipements sera optimisée avec la souscription à des extensions de garanties et des contrats de maintenance. Toutefois, des modules de rechanges seront prévus pour les GeneXpert. Pour une pérennité, les maintenanciers de la DIEM seront formés sur l'entretien du réseau de laboratoire. Des mesures seront également mises en place pour le renforcement de la biosécurité du personnel, des infrastructures et de l'environnement.

Amélioration du Système de Management de la Qualité : Les laboratoires d'analyses de biologie médicale doivent mettre en place un Système de Management de la qualité selon les exigences de la norme ISO 15189. L'objectif qualité est d'atteindre d'ici à 2026, l'accréditation des laboratoires de références du VIH et de la TB.

Afin d'assurer la maintenance des appareils de l'UMRN, chaque année, un contrôle de qualité et de radioprotection de l'UMRN sera effectué par l'Autorité de Radioprotection et de Sureté nucléaire. Par ailleurs, il faudra assurer un accompagnement en assurance qualité de l'UMRN en collaboration avec la chaire de radiologie de l'Université Cheikh Anta Diop (Contrat d'assistance technique nationale)

Système d'information et de Gestion des données de Laboratoire : il s'agira d'un renforcement du système informatique de gestion des données de laboratoire, avec la mise en place d'un logiciel intégré de gestion des données pour les 4 maladies, adapté aux plateformes existantes tel que le POCLAB.

Renforcement du volet laboratoire spécifique tuberculose :

- **Accélération de la décentralisation de la microscopie** : la décentralisation du diagnostic permettra un meilleur accès des populations aux services de diagnostic de la tuberculose. Il s'agira de créer 35 nouvelles unités de microscopie et de renforcer

celles existantes d'ici 2030 pour le suivi du traitement en raison de 5 unités, par année, à partir de l'an 2. Un accent particulier sera mis sur l'amélioration du système entre les DS ne disposant pas de GeneXpert et les DS avec GeneXpert. Un manuel sera élaboré pour décrire un circuit clair, s'appuyant sur les acteurs communautaires, pour acheminer les échantillons de la population vers les structures sanitaires avec une implication des structures privées.

- **Contrôle de qualité et la supervision des activités du réseau des laboratoires de microscopie TB** : la supervision est intégrée à celle qui est entreprise par tous les cadres de l'Unité centrale qui visitent les structures de santé au niveau des régions et des districts. En sus des visites de routine, une autre sera organisée de manière spécifique par les biologistes régionaux pour une durée de 7 jours par trimestre. Une procédure décrivant l'organisation de cette activité est développée par le LNR et sera diffusée.
- **Extension de l'utilisation du test Xpert MTB/Rif en première intention dans les sites de prise en charge de la tuberculose**. Selon les recommandations de l'OMS, le PNT va mettre en place le test Xpert MTB/Rif en première intention chez tous les cas présumés TB au niveau des 14 régions médicales. Il s'agira de doter les structures en quantité suffisante de cartouches Xpert MTB RIF ultra et en intrants.
- **Amélioration de la disponibilité permanente des cultures sur milieux liquide et solide et des tests de pharmacosensibilité au LNR, Kaolack et Ziguinchor pour couvrir les besoins nationaux** : la culture sur milieux liquide et solide et les tests de pharmacosensibilité (LPA et Xpert XDR) seront effectuées au LNR, à l'hôpital de la Paix de Ziguinchor et au laboratoire régional de Saint Louis et bénéficierons d'une maintenance régulière.
- **Renforcement en ressources humaines du LNR et la gestion des données** : le laboratoire du LNR sera renforcé en ressources humaines qualifiées qui seront formées sur les spécificités de la tuberculose.

4.5.5 Décentralisation et Renforcement de l'offre de services privés

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

La décentralisation et l'intégration des services sont les principes de base de l'offre pour une amélioration de l'accès des services aux populations. La couverture géographique pour la dispensation du paquet d'interventions et de services intégrés sera élargie aux postes de santé prioritaires des différents districts.

La décentralisation de la prestation de services est mise en place en tenant compte du contexte local, accompagnée d'investissements pour renforcer les infrastructures, la formation du personnel de santé et des agents communautaires, afin de maintenir la qualité des services et la confiance des usagers.

L'existence de populations vulnérables dans la zone sera aussi prise en compte dans le choix des sites de décentralisation. La délégation des tâches et le dépistage démedicalisé par l'utilisation des triplex doivent être effectives pour toutes les maladies. Le renforcement des services de laboratoires accompagnera cette politique.

Le renforcement de l'offre de services de santé privé au Sénégal est important pour l'atteinte des résultats du PSNI. La cartographie, réalisée

en 2017, comptabilise 2 754 Structures Privées Sanitaires (SPS). A Dakar, l'offre de service médicale privée fait 6 fois l'offre publique. Les données sur la contribution du secteur privé dans la PTME ainsi que la notification des cas pour le VIH et la TB doivent être recueillies.

Le secteur privé offre le dépistage du VIH en CPN. Pour la TB, il s'agit essentiellement de la détection des cas présumé TB et leur orientation vers les structures de santé. Selon la DEPrS, le secteur privé compte aujourd'hui 50% de l'offre de soins. Il est essentiellement constitué par les structures confessionnelles privées, les cliniques et les cabinets médicaux et cabinets d'entreprises. Il est retenu que toutes ces structures offrent des soins aux enfants.

Une convention sera signée avec l'Alliance nationale du secteur privé de la santé pour la mise en place d'une feuille de route en vue de la dispensation de services prévention et de soins intégrées VIH, TB, Hépatites virales et IST dans des structures ciblées. Concernant la tuberculose, les officines privées participeront à l'identification et l'orientation des tousseurs chroniques pour le diagnostic.





Interventions prioritaires pour le Renforcement de l'offre de services privés

- **Définition d'un paquet de service minimum à tous les niveaux** de la pyramide sanitaire est indispensable pour une définition claire des tâches. Ce paquet de service devra répondre aux normes en vigueur au niveau international adapté au contexte du pays. Le plan opérationnel de mise en œuvre du PSNI permettra de définir avec précision les différents intervenants de chaque niveau ainsi que le paquet d'intervention.
- **Renforcement de la collaboration au niveau opérationnel** : l'aire de responsabilité des districts sanitaires inclut, en sus des services publics, le secteur privé lucratif, le secteur privé non lucratif, les services de santé des garnisons, les services de santé des entreprises, les laboratoires d'analyses, les cabinets de radiologie et les officines. Au niveau opérationnel, les activités ciblant ces structures de santé médicaux et para médicaux et les structures de santé pharmaceutiques seront ainsi organisées tout autour du district. Différentes approches seront utilisées selon qu'il s'agisse d'officines de pharmacies, de laboratoire, de cabinets médicaux, paramédicaux ou d'entreprises.
- **Mise en place d'une politique de détection des cas** et de prise en charge des cas prise dans le secteur privé : la première étape sera le développement d'un plan intégré pour la mise en œuvre des activités –VIH, TB -Hépatite virales, IST. Des points focaux privés seront désignés et, en collaboration avec la division du secteur privé, un cadre de concertation pour le suivi des activités dans le secteur privé sera mis en place au niveau national.
- **Amélioration de la collaboration avec les associations professionnelles et les différents ordres** : la cartographie du secteur privé disponible montre que plus des trois quarts (79,9%) des titulaires de SPS ont déclaré être membres d'organisations professionnelles de santé. Des conventions seront nouées avec l'Alliance nationale du secteur privé de santé et les différentes instances professionnelles lucratives ou non lucratives.
- **Mise en place d'offre de dépistage et de prise en charge au sein des structures privées** : les autotests VIH seront conventionnés et mis en place au niveau des officines. Une convention sera établie avec les laboratoires privés, avec un approvisionnement régulier en intrants pour les quatre maladies. Des conventions seront nouées avec au moins 2 structures privées par district sanitaire pour la dispensation du paquet intégré. Cette politique sera appuyée par une supervision régulière du niveau district mais également du niveau national.
- **Renforcement de capacités des acteurs du secteur privé** : L'accent sera mis sur le renforcement des capacités de tous les prestataires du secteur privé impliqués pour accélérer la PTME, le dépistage et la prise en charge des populations clés, la détection et le traitement selon les normes de tous les patients affectés par les quatre affections. Les médecins, infirmiers et pharmaciens du secteur privé bénéficieront d'au moins une formation/recyclage durant la période. Des réunions de restitution sous forme d'EPU seront organisées, chaque année, avec les responsables des structures privées ciblées. Par ailleurs, à l'image de la visite médicale, des rencontres seront organisées avec les prestataires du privé pour faire la promotion du dépistage intégré. Cette stratégie sera conduite en phase pilote au niveau des zones de Dakar et Thiès. Une évaluation de la stratégie en 2024 permettra de tirer les leçons apprises avant un passage éventuel à l'échelle.
- **Amélioration de la notification des cas du secteur privé** : Des outils de collecte seront mis en place au sein des structures privées référentes et les supports de collectes de l'information seront mis à jour pour capter la contribution du secteur privé.

4.5.6 Communication pour le Renforcement des Connaissances et les Changements de Comportements (IEC/CCC)

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

Les différents programmes VIH, TB et hépatites virales incluent dans leurs orientations stratégiques l'amélioration des connaissances des populations sur les différentes maladies. Le programme TB et le programme VIH disposent chacun d'une cellule spécifique dédiée à la communication et à la mobilisation sociale qui disposent d'un plan de communication.

Le PNT, en collaboration avec le CNLS, organise régulièrement des campagnes de sensibilisation et dépistage actif de la TB à l'endroit des populations clés du VIH, sur la prévention de la TB. Des outils de communication adaptés aux cibles (boîte à image, flyers, carte conseil, affiches...) et des directives ont été développés.

Les programmes tuberculose et VIH disposent de plateforme de communication digitale (site web, Facebook, LinkedIn) fonctionnelle pour le partage des informations et la sensibilisation.

Des émissions ont été organisées à travers les radios ou télévisions et des bulletins périodiques sont régulièrement partagés avec les agents de santé. Avant ces dernières années du fait de la qualité des rapports annuels élaborés, du visuel institutionnel, de la présence du CNLS dans les réseaux sociaux, les plateformes et dans les rencontres nationales et internationales relatives à la lutte contre le VIH. Par ailleurs, l'accessibilité des rapports, études et

évaluations dans le site web du CNLS est à saluer et symbolise la transparence dans la gestion. Du côté du programme TB, l'ONG Action Damien a contribué énormément dans la sensibilisation en contractualisant avec les radios communautaires dans six régions où des émissions interactives ont été tenues ainsi que les diffusions de spots sur la TB. Les célébrations de la Journée Mondiale de la Tuberculose (24 mars) sont organisées au niveau national et dans toutes les régions.

Les lacunes notées sont le faible niveau de connaissance sur les IST et le VIH : seul 1/3 des adolescents et des jeunes de 15-24 ans avaient une connaissance complète du VIH et de la tuberculose. Pour les hépatites, il est noté une insuffisance de la stratégie de communication. La quasi-stagnation des connaissances sur le VIH depuis près d'une décennie serait liée à une insuffisance dans les financements des programmes ciblant les jeunes et les adolescent.e.s. Aussi est notée une faible implication des jeunes dans la définition des politiques et surtout une non prise en compte des adolescents et jeunes du secteur informel.

Par ailleurs les contenus des apprentissages doivent être révisés et renforcés pour prendre en compte les quatre maladies. Les supports de communication ainsi que les canaux sont trop classiques, ils doivent être adaptés aux besoins des jeunes.

● Interventions prioritaires pour IEC/CCC



Le renforcement de la communication pour les prochaines années, nécessite de mettre en œuvre des stratégies de communication et de sensibilisation innovantes et audacieuses sensibles au genre et inclusive. Par ailleurs, les données des trois programmes ont montré une prévalence plus élevée de la maladie dans la population jeune ainsi que les populations clés. Un accent particulier sera mis sur ces cibles. Les stratégies de communications proposées varieront en fonction de la tranche d'âge et du contexte de vie. Des stratégies particulières seront organisées pour les patients. Des activités auront également pour cible le personnel de santé pour leur meilleure implication dans la prévention.

IEC/CCC et utilisation des nouvelles technologies de communication et des réseaux sociaux et prévention du VIH, de la TB, des hépatites et des IST chez les adolescents et adolescentes et les jeunes de moins de 20 ans : La stratégie prévoit des séances d'information, d'éducation, de communication et de renforcement des capacités pour les changements de comportements. Pour cette cible un plan national de communication digitale et numérique sur les quatre maladies sera développé et vulgarisé ainsi que des activités de promotion et de marketing social du préservatif. D'autres interventions spécifiques cibleront les jeunes âgés de moins de 20 ans déjà PVVIH, TB ou présentant une hépatite ou des jeunes appartenant aux populations clés pour les quatre maladies. Des outils de communications spécifiques pour la prévention et une vie positive seront mis en place ainsi que d'autres activités visant à renforcer la prévention et l'estime de soi. Les acteurs communautaires impliqués dans la santé maternelle et infantile, particulièrement les Bajenu Gox seront fortement mobilisés à travers des conventions pour la dispensation d'un paquet de services.

Prévention des infections VIH, TB, HV et IST dans la population des adultes de plus de 20 ans : Les interventions de communication prévues pour cette cible sont la promotion et le marketing social du préservatif, du port du masque et du matériel d'injection avec entre autres la mise en place de points de distribution de préservatifs. Des activités de stratégies avancées dans les lieux de concentration des jeunes adultes et des personnes âgées (milieu universitaires, écoles de formations, etc.) ainsi que des plaidoyers et lobbying dans chaque région en direction des religieux, autorités administratives, judiciaires, pénitentiaires locales, etc. Pour prendre en compte les aspects liés au genre, des interventions dans les lieux de concentrations des hommes, et pour la cible féminine, en collaboration avec les « Bajenu gox » sont attendues.

Prévention dans la population générale : le document de stratégie nationale de communication intégré prévu pour les quatre maladies comprendra une section sur la politique de communication envers la population générale. Les journées mondiales propres à chaque maladie et ses comorbidités ainsi que les semaines jeune-Sida ou femme-Sida seront des temps fort de communication sur les quatre maladies (VIH, Tuberculose, IST et hépatite).

Sensibilisation du personnel de santé : le personnel de santé est inclus dans la cible pour la communication sur les quatre maladies pour améliorer leur prise en charge. Des séances d'informations sur les thématiques prioritaires du sida, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST, seront organisées à l'intention du personnel de santé. Leur implication et leur leadership sont essentiels dans l'amélioration des indicateurs du PSNI. Des formations à l'attention des téléopérateurs du SNEIPS et des CTA sont également prévues.

4.5.7 Renforcement du système communautaire à l'accélération de la réponse

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

Le système communautaire est l'un des piliers de la politique nationale de santé au Sénégal. L'action communautaire portée par les ONG, les OCB et leurs réseaux est venue compléter celle des structures institutionnelles pour le bien-être des populations. En effet, dans la santé et dans plusieurs domaines, les organisations de la société civile s'illustrent par leur efficacité sur le terrain, leur flexibilité et leur adaptabilité qui leur facilitent l'atteinte des objectifs et l'atteinte des résultats.

Leurs actions s'inscrivent dans l'ambition de rapprocher davantage les prestations de services des populations à travers des programmes de santé communautaire focalisés sur des activités préventives, curatives et promotionnelles dans une optique d'équité des soins et traitements.

Depuis l'avènement du Fonds mondial de lutte contre le paludisme, le sida et la Tuberculose, on note un regain de dynamisme de la santé communautaire avec une augmentation notable des ressources, une forte mobilisation des acteurs communautaires dans l'organisation et la mise en œuvre de la riposte communautaire.

Cet engagement et ce dynamisme des organisations communautaires ont largement contribué à la mise en œuvre des approches novatrices et multisectorielles en direction des PVVIH, des populations clés et des groupes les plus vulnérables touchés par le VIH, la tuberculose et/ou les hépatites virales, à travers la mise en place de services adaptés

et de proximité. L'implication et l'engagement des acteurs communautaires ont permis d'augmenter la couverture géographique des interventions, même si cela reste modeste au regard de la taille des populations cibles. Avec l'utilisation des relais communautaires, des médiateurs communautaires, des volontaires communautaires, des marraines 'Bajenu Gox' et Mother mentors, l'offre de services communautaires s'est beaucoup développée mais devrait être mieux formalisée.

Cette augmentation substantielle des volumes de prestations par les travailleurs de proximité à travers la mise en œuvre d'un paquet de services tels que l'IEC/CCC, le dépistage démedicalisé, l'autotest, l'introduction de la PrEP à l'endroit des populations clés, la dispensation communautaire des ARV, l'accompagnement des PVVIH, l'observance du traitement ambulatoire, la recherche des perdues de vue et l'accompagnement social ont eu une incidence positive sur la riposte nationale comme en attestent les résultats programmatiques pendant la période de mise en œuvre du PSN 2018-2022.

En ce qui concerne la tuberculose, la contribution des activités communautaires est attendue entre autres dans la notification des cas et évaluée par la proportion des cas TPB+ référés par l'OCB. Il a été observé une bonne performance de la contribution communautaire à la référence de cas TPB+ en 2019 et 2020 qui était de 24% et 22% respectivement.

Dans la prise en charge de la tuberculose au niveau communautaire, les relais sont regroupés dans les OCB et ils participent à l'identification, l'orientation des cas présumés et des VAD des sujets contacts. Les superviseurs communautaires supervisent les OCB. Il existe une bonne collaboration entre les acteurs communautaires et les équipes soignantes dans les recherches des cas contacts, des visites à domicile et relance des irréguliers. Les réunions de coordination et de planification trimestrielles entre OCB et responsables CDT sont tenues régulièrement, grâce au financement de Fonds mondial. L'objectif est de contribuer, en 2022, à 26% de la notification totale des cas de tuberculose. Des plans opérationnels sont signés avec les districts sanitaires pour la mise en œuvre des activités. La couverture géographique en relais communautaires TB est très insuffisante (08 superviseurs et 565 OCB contractantes en 2021 pour plus de 1500 postes de santé). A part ces OCB, les associations de malades et d'anciens malades tuberculeux, au nombre de deux pour l'instant ne présentent pas une bonne assise institutionnelle pour combler ces gaps de couverture.

Le leadership des organisations communautaire (OSC) est avéré. Elles sont représentées dans toutes les instances de décision notamment dans les réflexions stratégiques, la définition des politiques publiques de santé et la mise en œuvre des projets et programmes. Leurs engagements s'apprécient également de par leur participation active à la mobilisation des ressources et à la gouvernance de la réponse à travers leurs présences au sein du CCM, du CNLS et des autres instances de gouvernance locale.

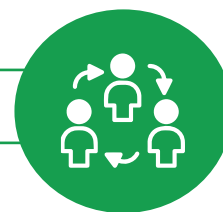
L'atteinte des cibles du PSNI va passer par un renforcement de l'implication des

communautés dans la riposte et notamment pour atteindre les populations les plus difficiles d'accès. Toutefois, un partenariat mieux structuré, une meilleure coordination entre les acteurs du public et de la société civile d'une part et d'autre part, une meilleure collaboration et synergie d'actions entre OSC permettront d'augmenter l'efficacité des interventions et de meilleurs résultats.

Les principales lacunes concernent les points suivants :

- La contribution communautaire attendue dans la détection ne se reflète pas suffisamment dans les indicateurs de détection des programmes ;
- L'insuffisance de l'implication des acteurs communautaires dans les cadres de concertation et de coordination ;
- L'insuffisance du paquet d'activités communautaires pour lutter contre les maladies ;
- L'incomplétude des données communautaires dans le DHIS-2 ;
- Le défaut d'harmonisation des coûts opérationnels des activités communautaires au niveau pays (pour tous les programmes et projets) ;
- L'absence de stratégies (prévention, PEC) et des interventions intégrées (VIH, TB, HV) à large échelle au niveau communautaire portées par les acteurs de la société civile ;
- L'absence de programmes de formation intégré et continue pour des acteurs communautaires polyvalents ;
- La faible prise en compte des populations hautement vulnérables dans la couverture maladie Insuffisance et inadéquation des activités de communication communautaire sur les maladies universelles ;
- L'insuffisance de financement du système de santé communautaire.

● Interventions prioritaires pour le système communautaire



Définition de l'axe d'intervention communautaire : une étude socio-anthropologique différente de l'enquête KAP sera menée pour analyser la réponse communautaire. Elle permettra d'identifier dans la dynamique actuelle de notre société les chaînes d'influences ainsi que les acteurs communautaires auxquels les patients s'identifient. Elle sera complétée par une étude de l'itinéraire des patients.

Organisation de la réponse communautaire : l'intégration des 4 maladies demande une organisation et une mise à niveau des acteurs communautaires naguères ou nouvellement impliqués dans la lutte contre les quatre maladies. Il sera important, dans un premier temps, de faire une cartographie exhaustive des différents acteurs communautaires et de la société civile. Cet exercice permettra d'harmoniser les interventions pour un mieux-être des populations bénéficiaires. Un plan de réponse communautaire sera élaboré et précisera le cadre harmonisé pour la motivation des ACS ainsi que les mécanismes de suivi évaluation avec la définition claire d'un mécanisme de collecte, d'analyse des données, des revues périodiques. Le plan sera complété par un document sur l'harmonisation des coûts des activités à base communautaire, en partenariat avec les centres de santé communautaires.

Renforcement de l'implication communautaire et de la société civile dans les cadres de concertation et de coordination de la réponse au VIH/TB/hépatites virales/IST : dans la perspective d'élaboration du plan intégré vers l'élimination des VIH/sida, Tuberculose, les Hépatites Virales et les IST/d'ici

2030, les acteurs communautaires et de la société civile des quatre maladies seront organisés pour mettre en œuvre des activités et mobiliser les ressources domestiques pour soutenir la réponse contre le VIH/sida, TB, HV et IST. Ces acteurs porteront le plaidoyer pour l'inscription des populations hautement vulnérables dans la CMU, IPM et Mutuelle de santé communautaire.

Réduction de l'incidence des maladies par la prévention et la promotion dans les groupes spécifiques et dans la population générale : les acteurs communautaires seront fortement impliqués dans le renforcement et l'adaptation des stratégies et interventions par la mise en œuvre de la communication sur le changement social et comportemental centré sur les 4 maladies. Le paquet de services communautaires pour la population générale et les groupes vulnérables sera développé. Une attention particulière sera donnée aux stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge communautaire intégrant le VIH, la TB, l'Hépatite et les IST, à la gestion de cas contacts des patients TB et partenaires de cas index VIH, hépatites et IST. Des formations en cascade et coordonnées par les districts sur le guide communautaire intégré seront organisées dans les 79 districts sanitaires.

Stratégies de diagnostic intégrées mettant l'accent sur l'offre de dépistage, le laboratoire et les outils de diagnostics innovants : la participation communautaire dans cette intervention est attendue dans le système de transport des échantillons pour le diagnostic de la TB, de l'hépatite, des IST et la mesure de la Charge virale.



Développement de modèles de prestations de services intégrés pour les groupes vulnérables et les populations clés : il s'agit de l'implication communautaire déjà décrite dans les cycles de vie et dans les groupes vulnérables. L'implication des bénéficiaires dans la dispensation communautaire ou l'accompagnement pour l'adhérence aux soins est félicité en particulier dans la délivrance des soins aux personnes âgées, aux enfants, adolescents et aux groupes clés.

Prise en charge des grandes priorités spécifiques aux maladies avec la prise en charge des résistances pour la tuberculose et l'élimination de la transmission verticale : la priorité VIH/Hépatite/IST est la Triple élimination de la transmission verticale. Les communautés seront impliquées dans la mise en place de l'approche de la masculinité positive.

Développement du suivi communautaire (CLM) qui est un mécanisme de responsabilisation à la base soit pour une composante de maladie spécifique (c'est-à-dire le VIH, la co-infection TB/VIH, la tuberculose, le paludisme), soit pour des soins de santé primaires plus larges.

Les personnes touchées par les inégalités en matière de santé surveillent systématiquement et régulièrement les services de santé à travers d'une approche structurée de collecte et analyse des données.

Sur cette base, elles établissent des boucles de rétroaction rapides avec les gestionnaires de programmes et les décideurs en matière de santé pour améliorer la prestation de services et créer un environnement propice.

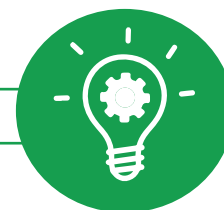
4.5.8 Promotion de la Recherche et de l'Innovation

● *Analyse de la réponse et lacunes programmatiques*

La recherche et l'innovation contribuent fortement à l'amélioration de la performance des programmes de santé. Dans cette optique, le PNT a mis en place depuis 2015 une task-force nationale de recherche sur la tuberculose, regroupant le PNT, les universitaires, les institutions publiques et privées et les ONG. Au cours de la période 2019 - 2022, plus de 50% des études planifiées ont été mises en œuvre. Du côté du VIH, pour compléter les informations stratégiques pour la prise de décision et pour répondre à des questions opérationnelles dans la mise en œuvre des programmes, des enquêtes ont été programmées et un plan national de recherche élaboré. Cependant, certaines enquêtes et études n'ont pas été réalisées pour manque de ressources. Ainsi, la mise en œuvre de l'agenda de la recherche a été confrontée à la disponibilité des ressources financières.

- Insuffisance d'intégration des cadres de concertation et des sujets de recherche ;
- Insuffisance des capacités techniques pour la mise en œuvre de recherches opérationnelles et fondamentales à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (opérationnelle, intermédiaire et centrale) ;
- Insuffisance du financement alloué à la recherche ;
- Insuffisance de valorisation des études menées par les différents programmes ;
- Absence de banque de données numériques compilant les études réalisées sur VIH, TB, Hépatites virales et IST ;
- Insuffisance de l'implication des organisations de la société civile et associations de pairs dans la recherche.

● *Interventions prioritaires pour la Recherche et l'Innovation*



Développement et promotion de la recherche, les efforts porteront également sur la production régulière d'une information stratégique de qualité sur le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST et son utilisation pour la prise de décision.

Intégration des instances de coordination des différents programmes autour de la recherche : les comités de recherche et taskforce des différents programmes seront fusionnés pour la création d'une entité unique qui servira de cadre d'échanges réguliers pour les sujets liés à la recherche. Un plan national intégré pour la recherche sera développé.

Amélioration de la collaboration entre les régions médicales, les universités, les instituts et les programmes sur la recherche. Pour parvenir à l'accès universel aux soins intégrés VIH, TB, Hépatites virales et IST, il faudra mener des recherches sur les systèmes de santé afin de contribuer à l'élaboration de stratégies de prestation de services rentables et à fort impact. Ces stratégies permettront d'utiliser et d'optimiser rapidement et équitablement des approches et des produits nouveaux adaptés aux besoins du pays.

Des conventions de recherche seront mises en place entre les régions médicales, les universités, les instituts et les programmes sur la recherche.

Valorisation scientifique et utilisation des résultats de la recherche : l'optimisation de la recherche passe par la coordination des activités de recherche sur les quatre maladies et la vulgarisation de ses résultats. Elle permettra d'améliorer les méthodes d'échange de données pour favoriser les découvertes scientifiques et faciliter l'incorporation des données de la recherche dans les politiques nationales de diagnostic, de prise en charge et de prévention de la tuberculose. La dissémination nécessite un partage des résultats de la recherche avec les acteurs concernés au cours des journées scientifiques et dans les revues intégrées avec les acteurs de la recherche (journal, publications etc.). Ces données factuelles vont influencer la prise de décisions dans la lutte contre les maladies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Renforcement de la recherche fondamentale : la recherche fondamentale consiste en des travaux expérimentaux ou théoriques entrepris principalement en vue d'acquérir de nouvelles connaissances sur les fondements des phénomènes et des faits observables en rapport avec les maladies, sans envisager une application ou une utilisation particulière à court terme. Cette recherche fondamentale sera menée en partenariat avec l'université et les instituts de recherche. Il convient de mettre l'accent sur la recherche biomédicale fondamentale et la biologie de la tuberculose pour générer de nouvelles données sur l'origine moléculaire et biochimique de cette maladie. Ces données favoriseraient des innovations considérables pour le diagnostic, le traitement, les soins et la prévention de la tuberculose. Les découvertes de la recherche clinique sur les quatre maladies permettront de mettre au point des outils de diagnostic d'un coût abordable. Le renforcement des

capacités des acteurs sur la recherche fondamentale permettra d'améliorer leurs niveaux de connaissance sur ce volet. En plus, ils seront capables pour les bonnes pratiques de manière fondamentale. Cette intervention ouvrira des opportunités de collaboration avec l'Université et les Instituts de recherche.

Renforcement de la recherche opérationnelle : la recherche opérationnelle constitue l'une des stratégies d'amélioration de la qualité de la mise en œuvre des activités afin d'atteindre les objectifs fixés. Pour obtenir des éléments permettant d'améliorer les stratégies actuelles et d'introduire de nouveaux outils, des recherches opérationnelles doivent être menées visant à améliorer les politiques, à mieux concevoir et exploiter les systèmes de santé, et à trouver des méthodes plus efficaces de prestation de services.

Le renforcement de capacité des acteurs sur la recherche opérationnelle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, universités et écoles de formation permettra d'améliorer les capacités des ressources humaines pour garantir la mise en œuvre efficace des projets de recherche opérationnelle sur la tuberculose. Ceci concourra à l'autonomisation des chercheurs et des professionnels de la santé publique dans le pays, par le biais des formations de qualité sur la recherche en santé. La participation des acteurs nationaux aux instances internationales de partage des innovations issues de la recherche sur la TB améliorera significativement les capacités de décision des acteurs sur la tuberculose.

Mener une enquête nationale de prévalence de la pharmino-résistance aux médicaments pour le traitement de la TB ;

Élaboration, promotion et mobilisation de ressources pour le plan stratégique national intégré de recherche opérationnelle sur la tuberculose et TB/VIH pour la période 2023-2030 ;

Organisation tous les 2 ans des journées scientifiques intégrées dédiées au VIH, à la TB, aux Hépatites virales et aux IST et assurer la publication des articles scientifiques sur la recherche sur le VIH, la TB, les Hépatites virales et les IST dans des revues internationales ;

Mettre en place une bibliothèque numérique intégrée de projets innovants de recherche sur les quatre maladies ;

Établir des conventions entre les programmes et les laboratoires universitaires et hospitaliers de biologie, et les instituts de recherche (ISED, CRCF, IRESSEF, Institut Pasteur, ...) ainsi que les Partenaires impliqués dans la recherche (OMS TDR, UNION, UNITAID, TB-Alliance, NIH...);

Créer une revue scientifique indexée pour la vulgarisation des résultats de la recherche sur les quatre maladies ;

Renforcement des capacités des agents de santé publique et OSC sur les stratégies de recherches en collaboration avec l'OMS, les partenaires bilatéraux, les institutions de recherches au Sénégal et à l'étranger (recherche fondamentale, Bio-informatique, stages nationaux dans les institutions de

recherches et les labos de référence (LBV, IRESSEF, Pasteur, Cours international en ligne de l'OMS, etc.) ;

Mettre en œuvre l'approche Qualité dans les Centres de Santé de référence en commençant par une phase pilote à Dakar et Thiès ;

Implication des acteurs de la société civile et des associations des pairs dans la recherche : Financement des projets de recherche communautaire sur les 4 maladies ;

Allocation d'un financement significatif à la recherche à hauteur de 10% des budgets des programmes : financement significatif des activités de recherche : Les investissements consacrés à la recherche et à l'innovation dans le domaine de la recherche devront être renforcés de façon considérable pour la promotion de la recherche fondamentale et opérationnelle. Ainsi, cette contribution permettra de réaliser des travaux essentiels en matière de recherche sociale, opérationnelle (ou de mise en œuvre) et celle sur les systèmes de santé. Ceci contribuera à l'utilisation à plus grande échelle des stratégies et des outils innovants dans la lutte contre les maladies.



Tableau IX: Sujets de recherches prioritaires identifiés pour le sida, la tuberculose, les hépatites et les IST

Thématique	Sujets prioritaires de recherche
Personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> · Évaluer le dispositif de prise en charge des personnes âgées affectées par une ou plusieurs comorbidités · Mener une étude sur les obstacles à l'intégration des services de prise en charge des co-morbidités (VIH, TB, hépatites, IST, diabète, HTA, cancer du col) · Mener une étude sur l'adaptation de la prise en charge gériatrique en contexte décentralisé · Projet d'évaluation d'impact des interventions de communication pour un changement de comportement envers les personnes âgées à l'an 1 · Mener une étude sur les particularités de la prise en charge de la tuberculose chez les personnes âgées
Adultes	<ul style="list-style-type: none"> · Mener une étude sur les déterminants de l'inaccessibilité des hommes aux services de prévention et de soins · Mener une recherche opérationnelle sur l'amélioration de la qualité de la PSD au Sénégal · Étudier le profil de la résistance primaire aux ARV au Sénégal · Mettre en place un projet pilote de confirmation des tests VIH au niveau des postes de santé · Faire une étude pilote sur l'allègement thérapeutique en bithérapie à base de DTG/3TC chez les patients stables et n'ayant pas de coinfection VHB ou formes injectables · Réaliser une étude pilote pour la prise en charge de la MVA au niveau de 5 sites · Mener une étude sur le traitement discontinu (4 jours sur 7 par ex) chez les patients ayant une CV supprimée durablement · Réaliser une étude pilote sur la faisabilité et l'acceptabilité de la PreP avec les formes injectables · Réaliser une étude sur la proportion de couples séro-différents, les facteurs associés à la positivité d'un des conjoints et les obstacles au partage du statut sérologique au sein du couple · Renforcer la recherche sur la PEC de VHB (incidence de la cure fonctionnelle (perte HBs), du CHC, de la proportion de porteurs chroniques à traiter, l'incidence de l'atteinte rénale sous TDF · Réaliser une étude pilote pour le diagnostic de la TB latente par les tests IGRA chez les sujets contacts dans les régions de Diourbel, de Saint Louis et de Dakar. · Réaliser une étude sur les complications métaboliques du DTG · Mener une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires · Réaliser une étude pilote sur l'efficacité des nouvelles molécules de sauvetage (fostemsavir, lenacapavir) chez les patients multirésistants aux ARV · Mener la troisième enquête nationale sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations sur la tuberculose · Réaliser l'enquête nationale sur les coûts catastrophiques liés à la prise en charge supportés par les patients tuberculeux et leurs familles au Sénégal · Accréditer le Laboratoire national de référence du PNT pour son implication dans la recherche fondamentale · Réaliser la cartographie moléculaire des mycobactéries circulantes au Sénégal chaque année (LNR/IRESEF/Laboratoire de mycobactérie du CHNU de Fann, HALD et autres...) · Mener une étude opérationnelle sur l'utilisation du protocole court BPAL/BPaLM chez les patients TBMR au Sénégal · Etude multi centrique sur les facteurs associés au décès des malades TB et TB/VIH suivis dans les structures périphériques en rapport avec OMS TDR · Evaluer la prise en charge de la tuberculose au niveau transfrontalier. · Mener une étude sur les facteurs associés à l'échec thérapeutique de la TB pharmaco sensible dans les districts sanitaires de Sangalkam, Touba et Kédougou, · Réaliser une enquête sur les capacités de dépistage et sur le dispositif de soins au niveau des 37 établissements pénitentiaires et de 3 sites d'orpaillages de Kédougou · Mener une étude sur les déterminants sociaux sur les cas manquants (TB, VIH, Hépatites et IST) au Sénégal · Mener une recherche opérationnelle sur les outils digitaux de pharmacovigilance pour la déclaration et la remontée des effets adverses des médicaments utilisés dans le traitement de la TB, du VIH, des Hépatites virales et des IST · Mener une analyse situationnelle sur le Genre et les déterminants sociaux de la TB du VIH, des Hépatites et des IST · Mener des Évaluation de l'impact des autotests au niveau du 1^{er} 95 au niveau communautaire

Thématique	Sujets prioritaires de recherche
Enfants et adolescents	<ul style="list-style-type: none"> · Évaluer les déterminants de la tuberculose et les principaux obstacles rencontrés par les adolescents pour accéder aux services de diagnostic et de traitement de la tuberculose · Élaborer le protocole et mettre en œuvre la recherche opérationnelle sur la Tuberculose et la pneumonie au Sénégal · Co morbidité tuberculose et diabète chez l'enfant et l'adolescent · Acceptabilité et complétude de la chimio prophylaxie TB chez les adolescents · Mener une étude pour évaluer la proportion de tuberculose chez les enfants atteints de pneumonie au niveau d'un service pédiatrique de référence · Mener une étude sur la co morbidité Tuberculose/ Diabète chez l'enfant et l'adolescent au Sénégal · Mener une étude pilote sur l'acceptabilité et la complétude de la chimio prophylaxie TB chez les adolescents · Mener une étude sur l'application du traitement préventif chez les sujets contacts de patients TB MR · Mener une étude sur les barrières d'accès aux soins TB chez les adolescents au Sénégal · Mener une étude pilote dans un centre pédiatrique de Dakar sur la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage systématique de la TB chez l'enfant, puis sa mise à l'échelle.



Chapitre V :

Cadre de Coordination et de Mise en œuvre du PSNI

5.1 Leadership et Coordination

Le Sénégal s'est engagé à travers ce plan stratégique national intégré pour une riposte multisectorielle contre le sida, la tuberculose, les hépatites et les IST, à offrir un cadre unique de référence de tous les partenaires intervenant dans la riposte aux 4 maladies. Dans le contexte d'une approche intégrée cette orientation impose de renforcer la gouvernance qui vise à améliorer la coordination de la réponse aux maladies pour en assurer l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité.

Le Plan Stratégique Intégré multisectoriel s'aligne sur les objectifs de développement nationaux et les politiques sectorielles, en soutenant le renforcement des systèmes sociaux et de santé. Ce plan intégré va contribuer à rationaliser les ressources et à faire face aux nouveaux enjeux de la santé pour atteindre les objectifs mondiaux pour le développement durable.

Une mise en œuvre efficace ainsi que l'atteinte des résultats ambitieux fixés par la communauté internationale justifient la mise en place d'un système de pérennisation institutionnelle et programmatique afin de maintenir les acquis dans la lutte contre les pandémies. Un cadre de rationalisation des ressources aussi bien financières qu'humaines sera développé avec la mise en place de processus de planification et de coordination plus légers et moins coûteux, aussi bien au niveau national que décentralisé.

Les résultats fixés seront fortement dépendants d'un accroissement des ressources internes et externes, d'une meilleure appropriation et d'une redevabilité mutuelle, et tout cela passe par la mise en place d'une coordination efficace avec différents niveaux de responsabilités :

- 1. Leadership, Orientation et Décision :** Primature/CNLS, MSAS
- 2. Coordination stratégique :** DGS/DLM, SE/CNLS, DPRS, CCM, Réseaux des OSC, PTF, Privé
- 3. Coordination technique :** PNT, DLSI, PNLH, RM, Coordination Société civile, ONG
- 4. Mise en œuvre :** Districts, OCB, OSC, secteurs, universités, institutions de recherche, services spécialisés, hôpitaux, structures privées et confessionnelles.

5.1.1 Leadership, orientation et décision : Primature, Ministre de la santé

Aujourd'hui, pour une meilleure efficacité de l'action du Gouvernement, des choix stratégiques sont opérés en privilégiant la durabilité des interventions à haut impact et à impulser une approche multisectorielle de gouvernance et de gestion de la lutte contre les maladies.

C'est ainsi qu'une réforme doit être mise en œuvre pour permettre de gagner le pari de la pérennisation des acquis afin de capitaliser les résultats déjà obtenus dans la lutte contre les maladies et renforcer les approches de partenariats multisectoriels. Cette réforme doit permettre la mise en place au niveau de la Primature d'une organisation avec un processus souple, performant, opérant avec efficacité pour combattre efficacement les maladies prioritaires.

Un appui technique du BOM et des services juridiques du MSAS et de la Primature saura conseiller sur l'opportunité de la création d'une instance mettant en relief les spécificités de la riposte aux pandémies du sida, de la tuberculose et des hépatites virales, prenant en compte les orientations stratégiques pour le renforcement des systèmes de santé communautaires et des systèmes sociaux.

Des mesures doivent être prises pour accompagner cette réforme au-delà des missions dévolues aux programmes, et pour appuyer les défis et enjeux du système de santé publique du Sénégal. Il est important enfin de voir comment l'héritage et les acquis des programmes du MSAS et du CNLS pourraient être capitalisés pour servir de conseil au gouvernement en matière de politiques de santé publique, de riposte aux pandémies et dans le renforcement du système de santé.



5.1.2 Coordination stratégique : DGS/DLM, SE/CNLS, DGES, DGAS, DPRS, CCM, Secteur privé, Réseaux des OSC, PTF

Pour la coordination stratégique, un cadre de concertation des partenaires sera mis en place avec les partenaires nationaux et internationaux intervenant sur les 4 maladies. Ce cadre permet de faire le point sur l'état d'avancement de la réponse aux épidémies à tous les niveaux, d'échanger sur les informations stratégiques, d'évaluer les performances du PSNI, d'identifier et de faire des recommandations.

Compte tenu de la dimension multisectorielle et pluridisciplinaire de la riposte aux épidémies, tous les secteurs de développement, de la santé et des secteurs non santé, les organisations du secteur privé et de la société civile, ciblant les populations vulnérables aux maladies ciblées, ainsi que leurs comorbidités seront impliqués.

L'instance de coordination mise en place garantira la pleine participation de tous les intervenants clés impliqués dans la lutte contre les principales pandémies, qui sont les programmes, les ministères sectoriels, la société civile, le CCM, les PTF, associant le ministère des Finances dans la définition des priorités et le suivi. Cette coordination supervisera la mise en œuvre d'un plan pluriannuel pour la pérennisation des financements des programmes. Elle veillera à :

- La synergie des financements des programmes en particulier et de la santé en général ;
- La mobilisation et le suivi des ressources intérieures ;
- L'intégration effective des interventions transversales des programmes VIH/TB/Hépatite virale et le suivi des patients dans le système de santé ;
- La coordination du partenariat avec la société civile et les ONG.



5.1.3 Organes de coordination Stratégique et Technique : DGS/DLM, SE/CNLS, DGES, DGAS, DPRS, CCM, Secteur privé, Réseaux des OSC, PTF, PNT, DLSI, PNLH, RM, DEPrS, ONG

Un cadre de coordination nationale multisectoriel est mis en place entre les programmes VIH/IST, TB et Hépatites virales, la société civile ainsi que les autres secteurs de développement intervenant dans la lutte contre ces pathologies (ministère de l'Éducation, ministère des Collectivités Territoriales, ministère de l'Urbanisme, ministère de la Jeunesse, ministère de l'Intérieur, ministère des Forces Armées, Sécurité alimentaire (SECNSA, CNLS, etc.). Ce cadre associe les comorbidités comme le diabète, la malnutrition, la Covid-19 et le tabagisme. Le leadership du MSAS, à travers la Direction de la Lutte contre la Maladie, doit assurer l'intégration et la coordination des différents programmes.

Au niveau régional et au niveau district, des comités régionaux multisectoriels intégrés de lutte contre le VIH, la TB, les IST et les Hépatites virales prenant en compte le diabète, la malnutrition, la covid-19 et le tabagisme sont mis en place sous le leadership des gouverneurs et des préfets et sous la coordination technique des MCR. Pour ces instances, une note de la Primature est initiée pour l'intégration de la tuberculose, du diabète, de la malnutrition, de la COVID 19 et le tabagisme dans les comités régionaux et départementaux de lutte contre le sida et des notes ministérielles pour le comité médical technique régional et le Pool district.

Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) est l'organe politique d'orientation et de décision de la riposte au sida. Sa mission est de définir les orientations nationales, assurer le leadership dans la mobilisation nationale, le partenariat national et international, le plaidoyer au plus haut niveau et la mobilisation des ressources financières nationales et internationales pour la riposte au sida. Il veille au respect de l'intégration, de la multisectorialité et à l'effectivité de la décentralisation, mais aussi au respect de l'éthique, du genre et des droits humains en rapport avec la riposte au sida ainsi que le suivi et le respect des engagements internationaux du Sénégal en matière de lutte contre le sida. Le CNLS est représenté au niveau décentralisé par le Comité Régional de Lutte contre le sida (CRLS) au niveau de la région, le Comité Départemental de Lutte contre le sida (CDLS) au niveau du département. Le Secrétariat Exécutif du CNLS est la structure de coordination nationale de la riposte multisectorielle au sida. C'est l'organe national de planification, de plaidoyer, de coordination et de suivi du Plan Stratégique National.

Les ministères, les institutions nationales publiques et privées, les organisations communautaires contribuant à la lutte contre le sida ont des structures de coordination appelées Comité interne ou comité sectoriel de coordination de la lutte contre le sida dont le rôle est d'apporter un appui aux différents services et projets dans l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de leurs plans opérationnels découlant du Plan sectoriel et multidisciplinaire de lutte contre le sida.

Durant les quatre décennies de lutte contre le sida, le ministère de la Santé a joué un rôle clé dans les résultats enregistrés dans la prévention et la prise en charge thérapeutique. Cependant, le leadership du ministère de la Santé doit être plus renforcé au vu de l'ampleur de l'ambition de son programme sectoriel qui est déterminant dans le renforcement des acquis et dans la vision de mettre fin à l'épidémie du sida. Aussi pour répondre aux défis, le niveau de coordination de la riposte du secteur santé doit être renforcé et élevé au plus haut point.

La coordination interne au sein du ministère de la Santé est assurée par la **Direction de la lutte contre la Maladie** qui devra mettre en place un comité interne de lutte contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales. Ce Comité sera élargi à d'autres programmes au besoin, et sera présidé par le cabinet du ministre.

Au niveau du secteur santé, les interventions prioritaires seront planifiées par les services et programmes à tous les niveaux nationaux, régionaux, districts, selon leurs mandats respectifs. Les activités programmées seront autant que possible intégrées au plan d'action des services et programmes de santé concernés, en particulier la DLSI, le PNT, le PLNH, la DSME, ainsi que les régions médicales.

La Division de lutte contre le sida et les IST (DLSI) coordonne les activités sectorielles de lutte contre le sida du ministère de la Santé. Étant donné les aspects pluridisciplinaires de la riposte au sida, la DLSI s'appuie sur des groupes consultatifs (PTME, GAS, PREP, PEC, etc.) composés des experts, des structures et services spécialisés et/ou de référence pour le VIH, des responsables des programmes de santé de la reproduction, de la tuberculose et des hépatites virales pour piloter le plan sectoriel santé. Seront membres de ces groupes, les représentants des secteurs public et privé concernés, les réseaux des personnes vivant avec le VIH et les populations clés, les organisations de la société civile participant à la mise en œuvre des activités, et les partenaires au développement finançant et appuyant le PSNI.

Le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT), la tuberculose figure parmi les trois maladies prioritaires au Sénégal. La réponse nationale face à la problématique a été l'adoption de la stratégie END-TB pour mettre fin à la tuberculose. La lutte contre la tuberculose est intégrée à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris le niveau communautaire. L'unité opérationnelle est située au niveau du district. Il existe 98 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) situés au niveau des centres de santé et des hôpitaux. Le responsable du CDT est chargé du dépistage, de l'enregistrement, du traitement, du suivi et de la notification des cas de tuberculose. A ces CDT, s'ajoutent les unités de traitement décentralisées au niveau des postes de santé, infirmeries de garnison et des établissements pénitentiaires. Les services TB sont gratuits une fois le patient présumé TB. Dans le but de garantir une gestion et une offre de services de qualité dans la lutte antituberculeuse à tous les niveaux, les profils complémentaires de l'effectif de l'Unité de coordination centrale identifiés lors de la revue externe et du dialogue pays seront recrutés pour améliorer la gestion administrative, financière et technique. Par ailleurs, des mécanismes de fidélisation des CDT dans leurs postes seront mis en œuvre dont la motivation financière des CDT communautaires.

La gestion de la tuberculose au niveau communautaire est animée par des relais formés, La gestion de la tuberculose au niveau communautaire est animée par des relais formés, qui assurent l'éducation sanitaire des populations, l'orientation des tousseurs chroniques vers le poste de santé et le suivi et le soutien du malade sous traitement. Les associations de malades ou anciens malades tuberculeux sont peu développées. Ils seront appuyés pour un renforcement institutionnel afin de leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans la lutte antituberculeuse.

L'implication du secteur privé dans la lutte contre la tuberculose n'est pas encore bien formalisée. L'approche multisectoriel est encore timidement développée avec les neuf secteurs prioritaires identifiés par le Programme dans son précédent PSN (Famille, Femmes et, Justice, Enseignement supérieur, Éducation nationale, Transport, Jeunesse, etc.).

Les équipes régionales seront mieux responsabilisées avec le développement et la mise en œuvre de plans opérationnels annuels et le renforcement de la coordination locale de la lutte antituberculeuse autour des autorités sanitaires et administratives régionales. Des interventions spécifiques de gestion de la TB dans les zones transfrontalières seront intégrées dans les plans des régions concernées. Par ailleurs, la gestion de la TB MR sera intégrée dans l'Unité de coordination régionale (Task-force régionale TB) ; les comités inter-régionaux TB MR ne seront plus en vigueur ; un Médecin Point focal TB MR sera nommé dans chaque Région.

Le Programme National de Lutte contre les Hépatites (PNLH) est l'organe national de coordination et d'appui de l'ensemble des activités relatives à la lutte contre les hépatites dans le cadre de l'exécution du plan stratégique national. Il a pour mission d'élaborer, en partenariat avec les acteurs, le plan national de lutte contre les hépatites virales et d'en assurer une bonne mise en œuvre. Il assure le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités aux différents niveaux d'exécution. Il est administré par un coordinateur supervisé par un comité de pilotage et assisté par un comité d'appui stratégique.

Ses objectifs sont de : (i) réduire l'incidence des hépatites B et C ; (ii) diminuer la morbidité et la mortalité attribuables aux hépatites chroniques B et C et (iii) maintenir en dessous de 2% la prévalence de l'infection par le virus de l'Hépatite C dans la population générale.

Le PNLH assure la coordination des interventions décrites dans le plan ainsi que le suivi-évaluation dudit plan. Pour ce faire, le PNLH dispose d'un coordinateur, d'un responsable de la gestion administrative et financière, de deux superviseurs des activités de prévention et de prise en charge des porteurs chroniques du VHB et/ou du VHC.

Les services spécialisés et les instituts d'appuis ou de recherche, qui sont des structures d'expertise et d'appui technique, interviennent dans la lutte contre les 4 maladies dans des domaines précis. Ils mettent en œuvre leurs plans opérationnels d'activités en conformité avec leurs mandats selon les besoins et les priorités des programmes.

La Société civile est coordonnée au niveau de plusieurs organisations d'encadrement et réseaux d'ONG, d'OCB et d'associations opérant sur les différentes thématiques. Les paquets de services sont exécutés par les organisations de la société civile en complémentarité des actions gouvernementales conformément aux orientations du plan intégré. Il s'agira de renforcer et formaliser l'offre de services de santé communautaire en signant des conventions ou des lettres de partenariat et surtout renforcer le mécanisme de remontée des données de la Société civile pour une bonne capitalisation des résultats des acteurs communautaires à tous les niveaux.

Une coordination des organisations de la société civile intervenant dans la santé sera mise en place pour coordonner et faciliter les interventions communautaires. Les réseaux des religieux, des journalistes en santé et des ONG de droits humains seront impliqués dans le plaidoyer pour un environnement favorable, et participent activement à la riposte aux pandémies.

Un cadre de coordination des interventions du secteur privé sera développé dans le cadre de la mise en œuvre du présent plan intégré pour prendre en compte la contribution de ce secteur dans l'atteinte des résultats et pour intégrer les processus du privé pour l'assurance qualité et l'orientation vers plus de performance.

Tableau X : Cadre institutionnel et organisationnel de coordination

Niveau de responsabilité	Principales parties prenantes	Missions/responsabilités
1. Leadership, Orientation et Décision	Primature, MSAS	<ul style="list-style-type: none"> • Leadership et Décision politique • Plaidoyer pour le financement du PSNI • Réforme pour la mise en place d'un processus de coordination souple, performant et efficient • Arrêté de la primature pour réformer les CRLS et CDLS et intégrer la tuberculose et l'hépatite
2. Coordination stratégique	DGS/DLM, SE/CNLS, DPRS, CCM, Réseaux des OSC, PTF, Privé	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du cadre multisectoriel de concertation des partenaires en charge de la lutte contre le sida, la tuberculose, les IST et les hépatites • Mettre en place des comités techniques pour les interventions transversales des 4 programmes • Synergie et complémentarité des financements des maladies en particulier et du renforcement du système de santé en général • Plaidoyer et mobilisation des ressources intérieures et suivi des ressources • Intégration effective des interventions transversales des programmes VIH/TB/Hépatite et suivi des patients dans le système de santé • Coordination et partenariat avec la société civile et les ONG
3. Coordination technique	PNT, DLSI, PNLH, RM, Secteurs non santé Coordination Société civile, ONG	<ul style="list-style-type: none"> • Animation des cadres techniques de coordination nationale multisectoriel entre les programmes VIH/IST, TB et Hépatite • Réactualisation de la note relative au comité national TB/VIH en intégrant les autres maladies comme l'hépatites et prenant en compte les comorbidités comme le diabète, la malnutrition, la covid-19 • Planification / Organisation des interventions / Suivi et Évaluation • Appui technique et renforcement des capacités • Définition des normes et Protocoles
4. Mise en œuvre	Districts, OCB, OSC, secteurs, universités, institutions de recherche, services spécialisés, hôpitaux, structures privées et confessionnelles, Directions et programmes des autres ministères sectoriels (intérieur, éducation, jeunesse, famille, justice, travail, etc.), Services de santé des forces armées	<ul style="list-style-type: none"> • Planification : des interventions prioritaires seront planifiées par les services et programmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon leurs mandats respectifs. Les activités programmées sont intégrées au plan d'action des Régions Médicales, de la DGS, du DL, de la Division Sida/IST, de la DSME, et du Programme de lutte contre la Tuberculose, du Programme de lutte contre l'hépatite. • Animation des comités techniques intégrés dans les districts. • Définition d'un cadre d'interventions du secteur privé pour la mise en œuvre du PSNI.

5.2 Mise en œuvre du Plan stratégique intégré

Pour la mise en œuvre du plan intégré au niveau du secteur santé, les interventions prioritaires seront planifiées par les services et programmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon leurs mandats respectifs. Les activités programmées sont intégrées au plan d'action des RM, de la DGS, de la DL, de la DLSI, de la DSME, et du PNT, du PNLH.

Les ministères ayant en charge des secteurs du développement déjà impliqués dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de plans sectoriels sida doivent intégrer la lutte contre la tuberculose et les hépatites virales dans leurs comités internes à travers les Directions ou Divisions nationales, les services ou centres de référence spécialisés.

Au niveau des structures de santé, l'intégration des soins au niveau opérationnel doit garantir la qualité et la disponibilité géographique des services. Les interventions ci-après ont été proposées pour un paquet intégré adapté à chaque niveau.

Décentralisation des services et des soins pour une amélioration de l'accès des services aux populations. La prise en charge intégrée des quatre maladies est élargie dans tous les districts (centres et postes de santé prioritaires) du pays. La décentralisation de la prestation de services est décidée en fonction du contexte local, et accompagnée d'investissements pour renforcer l'infrastructure, la formation du personnel de santé et des agents de santé communautaires, afin de garantir la qualité des services et la confiance des usagers. Une cartographie des zones de provenance des patients ainsi que l'existence de populations vulnérables dans la zone sera aussi prise en compte dans le choix des sites de décentralisation. La délégation des tâches et la démedicalisation ainsi que le déploiement des services de laboratoires accompagnera cette politique.

Renforcement de l'organisation des soins dans les hôpitaux de référence : en collaboration avec les services administratifs d'hôpitaux, le parcours du patient propre à chaque hôpital sera validé. Les différents intervenants dans les services pour le VIH/IST/Hépatites virales, la détection ou la prise en charge des cas de TB, seront identifiés et formés.

Définition et mise en place d'un paquet de services intégré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : la définition d'un paquet de service minimum à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est indispensable pour une définition claire des tâches. Ce paquet de service devra répondre aux normes en vigueur au niveau internationale et adaptées au contexte du pays. Le plan opérationnel de mise en œuvre du PSNI permettra de définir avec précision les différents intervenants à chaque niveau ainsi que le paquet d'intervention. Les guides techniques et modules de formations intégrées seront développés sur la prise en charge intégrée de l'adulte et de la personne âgée, le guide de prise en charge de l'enfant, l'adolescent et de la femme enceinte. Un investissement sera fait en faveur du renforcement des capacités, de la formation continue et de l'encadrement de soutien des agents de santé, y compris la formation initiale et postuniversitaire des agents affectés aux établissements et des agents de santé communautaire à tous les niveaux.

Application de l'approche qualité dans pour la détection des cas aux niveau des structures sanitaires : Cette approche innovante « PQE Programme Quality Efficiency » expérimentée pour la tuberculose en Tanzanie a permis d'augmenter la notification jusqu'à 20%. Dans le cas du Sénégal cette approche expérimentée pour la tuberculose sera étendue pour les quatre pathologies. Il s'agit d'améliorer le dépistage et la détection des cas dans les services de santé par une recherche systématique des signes parmi tous les demandeurs de soins avec une approche différenciée adaptée à chaque cible selon le cycle de vie. Les points de prestations, le laboratoire les services de prises en charge seront tous impliqués dans l'approche qualité.

Exploiter les innovations pour améliorer la couverture et la qualité des interventions sanitaires : Dans les structures dites prioritaires, les avantages croissants de la technologie numérique doivent être exploités pour améliorer la capacité des prestataires dans la prise de décision, et la qualité de l'information sanitaire





Chapitre VI :

Cadre de Suivi Évaluation du PSNI

L'atteinte des objectifs dans le cadre de la mise en œuvre du PSNI 2023-2030 nécessite la mise en place de mécanismes de suivi & évaluation permettant d'apprécier l'atteinte des résultats et de fournir de l'information à temps opportun, aux différentes parties prenantes, pour guider la prise de décision basée sur des données probantes.

La mesure des résultats du PSNI s'appuie sur les mécanismes du système d'information sanitaire du pays et sur les directives internationales en matière de mise en application des « Trois principes » notamment celui relatif à un seul cadre de suivi et évaluation au niveau national.

Gage de transparence et de redevabilité, les mécanismes de suivi & évaluation permettront à tous les acteurs de la mise en œuvre du PSNI de produire des données régulières, fiables et accessibles permettant à toutes les parties prenantes d'apprécier les résultats et de fonder leurs réflexions sur une base de données factuelles.

Ce cadre pose les grandes lignes du mécanisme d'appréciation des résultats et est complété par un plan national de suivi et évaluation qui s'aligne au système national d'information sanitaire et détaille le processus de mesure de la chaîne de résultats (Produits, Effets et Impacts) ainsi que l'assurance de la qualité des données et la diffusion des données et produits d'information pour la prise de décision.

6.1 Organisation et structures de Suivi & Évaluation

Le cadre de suivi et évaluation du PSNI s'aligne au dispositif du système national d'information sanitaire. Ainsi, il s'appuie essentiellement sur trois niveaux (opérationnel, intermédiaire et central).

Le niveau opérationnel est constitué des cases de santé, des postes de santé, des districts sanitaires, des laboratoires, des structures sanitaires du secteur privé et des entités de mise en œuvre du secteur communautaire et des ministères sectoriels. Quant aux niveaux intermédiaire et central, ils concernent respectivement les régions médicales et les unités de suivi évaluation et recherche des programmes. Ainsi, 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 à travers le DHIS2 et les rapports de routine. L'approche district qui est développée dans le pays permet une analyse systématique des données au niveau opérationnel pour une prise de décision basée sur des données factuelles. Certains partenaires accompagnent déjà ce processus au niveau de certains districts du pays et une mise à l'échelle est envisagée dans le cadre de ce PSNI avec une approche centrée sur le patient et la mise en place du code d'identification unique tout en garantissant la confidentialité et la protection des données personnelles.

6.2 Collecte des données et informations non routinières

Le mécanisme de collecte des données routinières est complété par des enquêtes, d'évaluation et d'études pour apprécier certains indicateurs d'effet, et d'impact et de dresser les profils épidémiologiques des différentes maladies. Pour ce faire, la collaboration avec la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques et l'ANSD sera renforcée pour la prise en compte des préoccupations spécifiques des programmes dans les enquêtes et évaluations d'envergure nationale. Un agenda intégré de recherche est également élaboré et mentionné dans le plan de suivi et évaluation du PSNI.

6.3 Système de surveillance et de notification

Dans le contexte actuel visant à mettre fin aux épidémies et faire progresser la CSU, les soins de santé primaires et la sécurité sanitaire, le système de suivi et d'évaluation mettra le focus sur les personnes dépistées, le suivi des patients infectés et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne. Ainsi le système de notification des cas sera étendu dans toutes les régions. La notification des cas devrait permettre de suivre le patient tout au long de son parcours de soins et sera facilité par la mise en place du code d'identifiant unique.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce PSNI, chaque programme utilisera ses outils propres de notification et de rapportage dans le DHIS2 en prenant en compte les mises à jour nécessaires relatives au PSNI. Des outils intégrés de gestion de l'information seront renforcés (par exemple co-infection TB-VIH) ou mis en place pour prendre en compte les priorités. Ce système de surveillance sera adapté en cas de survenue d'un événement particulier de santé.

6.4 Supervisions

Dans le cadre du suivi des activités du PSNI, les programmes, les structures spécialisées, les partenaires techniques et financiers, les régions médicales et les districts dont le niveau communautaire, effectueront des supervisions régulières des prestataires de la consultation primaire curative, des unités de traitement, des centres de traitement, des dépôts de médicaments, des sites de prise en charge et des laboratoires. Des supervisions conjointes semestrielles des programmes seront renforcées à tous les niveaux. Par ailleurs, des supervisions formatives du niveau communautaire seront renforcées pour garantir la qualité des prestations et des données..

6.5 Cadre de performance

Ce cadre de performance défini dans ce PSNI renseigne uniquement sur les résultats d'impact. Le cadre de performance complet (Impact Effet et couverture) est mentionné dans le plan national de suivi et évaluation du PSNI. Le tableau 10 présente les indicateurs clés d'impact des 4 maladies, les situations de référence et les cibles pour l'horizon temporel du PSNI.



Tableau XI : Cadre de performance pour les indicateurs d'impact du PSNI

N°	Code	Indicateurs	Données de base		Valeurs cibles																			
			Valeur	Année	Source	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030											
Indicateurs d'impacts																								
1	HIV I-14	Nombre de nouvelles infections par le VIH pour 1000 habitants non infectés.	0.0889	2022	SPECTRUM	0.0866	0.0843	0.082	0.0797	0.0774	0.0751	0.0728	0.0705											
2	HIV I-4	Nombre de décès liés au sida pour 100 000 habitants.	5.74	2022	SPECTRUM	5.12	4.43	3.91	3.66	3.46	3.28	3.12	2.99											
3	HIV I-9a	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH.	27.60%	2017	ELIHoS	19,0%				14,0%		10,0%												
	HIV I-9b	Pourcentage de personnes transgenres vivant avec le VIH.	ND	ND	Pas de données de base pour le moment		A DETERMI- NER			A DETERMI- NER			A DETERMINER											
4	HIV I-10	Pourcentage de travailleurs et travailleuses du sexe vivant avec le VIH.	5.80%	2019	ENSC	4.80%				3.80%			2.80%											
5	HIV I-11	Pourcentage de personnes qui consomment des drogues injectables vivant avec le VIH.	3.70%	2019	PARECO	2.70%				1.70%			0.70%											
6	HIV I-12	Pourcentage de personnes handicapées vivant avec le VIH	1.90%	2015	ENSC	1.50%				1.00%			0.50%											
7	HIV I-15	Pourcentage de personnes incarcérées vivant avec le VIH.	2.00%	2019	ENSC		1.90%			1.50%			1.00%											

N°	Code	Indicateurs	Données de base			Valeurs cibles										
			Valeur	Année	Source	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030			
8	TB/HIV I-1	Taux de mortalité de la tuberculose/VIH (pour 100 000 habitants).	ND	ND	ND	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER
9	TB I-2	Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants.	113	2022	Profil OMS	113	105	100	95	88	81	73	64			
10	TB I-3	Taux de mortalité de la tuberculose pour 100 000 habitants	16	2022	Profil OMS	15	14	12	11	9	8	7	3			
11	TB I-4	Prévalence de la tuberculose résistante à la rifampicine (TB-RR) et/ou de la tuberculose multi-résistante (TB-MR) chez les nouveaux patients atteints de tuberculose : proportion de nouveaux patients TB-RR/TB-MR.	0.009	20.22	Profil OMS	0.009	0.009	0.009	0.009	0.009	0.009	0.009	0.009	0.009	0.009	0.009
12		Prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B chez les enfants de moins de 5 ans	ND	ND	ND	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER
13		Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite B	16 306	2019	Plan Stratégique PNLH 2019-2023	6841	5382	4649	4035	3420	2942	2595	2349			
14		Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite C	6060	2019	Plan Stratégique PNLH 2019-2023	6050	5971	5827	5643	5458	5241	5022	4791			

15				ND	ND	ND	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER
16				2869	2019	Plan Stratégique PNLH 2019-2023	2528	2325	2082	1795	1507	1210	1128	1099				
17				1897	2019	Plan Stratégique PNLH 2019-2023	2165	2167	2163	3811	5458	5241	5022	4791				
18				8922	2022	Rapport DLSI	7863	6803	5669	4535	3402	2268	1134	446				
19				1 0 5 867	2022	Rapport DLSI	93957	82047	68373	54698	41024	27349	13675	10587				
20				9642	2023	Rapport DLSI	8557	7473	6227	4982	3736	2491	1245	964				
21				6573	2022	Rapport DLSI	5834	5095	4245	3396	2547	1698	849	658				
22				ND	ND	ND	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER
23				ND	ND	ND	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER

Chapitre VI :

Financement du Plan stratégique intégré

L'atteinte des résultats fixés est fortement liée aux mesures qui seront prises pour augmenter la part des ressources domestiques (État, Secteur Privé et collectivités territoriales, les villes du Sénégal) dans le financement du PSNI.

Le financement des activités de lutte contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST est assuré par l'État et les partenaires internationaux. Le Gouvernement du Sénégal, en plus des ressources humaines, doit garantir la fourniture des médicaments ARV et réactifs pour le sida, des médicaments antituberculeux, des équipements, des réactifs et des intrants pour le diagnostic de la tuberculose, des médicaments et vaccins contre les hépatites dans une perspective de transition.

Les initiatives locales, comme la participation des comités de développement sanitaire, dans le financement des activités de lutte antituberculeuse, l'engagement des villes dans la riposte au sida, sont à poursuivre au niveau des districts sanitaires. Les conventions de partenariat signées avec d'autres secteurs ministériels doivent intégrer les autres pathologies et accompagner l'engagement communautaire qui constitue un élément incontournable pour mettre fin aux épidémies. Le plaidoyer sera mené pour que les autres secteurs de développement investissent dans la lutte contre ces différentes maladies.

Ainsi, les efforts de financement domestique devront porter également sur l'engagement communautaire, comme contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse, à travers un appui au mécanisme de suivi communautaire de la réponse à travers les CLM (Community Lead Monitoring), le renforcement de la coordination et de la gouvernance du système communautaire, le renouvellement du cadre de partenariat avec le secteur public, les collectivités territoriales et les villes, afin qu'à terme, au moins 30 % de financement des prestations de services communautaires soient directement financés sur des ressources domestiques.

7.1 Cadrage budgétaire du Plan stratégique intégré 2023-2030

L'estimation du budget a été faite en fonction du cadre de résultats et des actions majeures du PSNI. Elle s'inspire de la budgétisation axée sur les résultats et du modèle des coûts unitaires.

Cette estimation du budget s'est déroulée de la manière suivante :

- Identification des actions majeures du PSNI en fonction des produits (extrants) escomptés ;
- Définition et saisie des coûts unitaires sur la base des PSN précédents et des subventions en cours ;
- Définition des hypothèses de quantification des besoins ;
- Saisie des données et affectation des ressources.

Les ressources financières nécessaires pour l'atteinte des résultats du PSNI 2023-2030 sont estimées à **400 745 569 510 FCFA** soit 58% pour le VIH/IST, 25% pour la TB et 17% pour les hépatites virales comme le montre la figure 48.

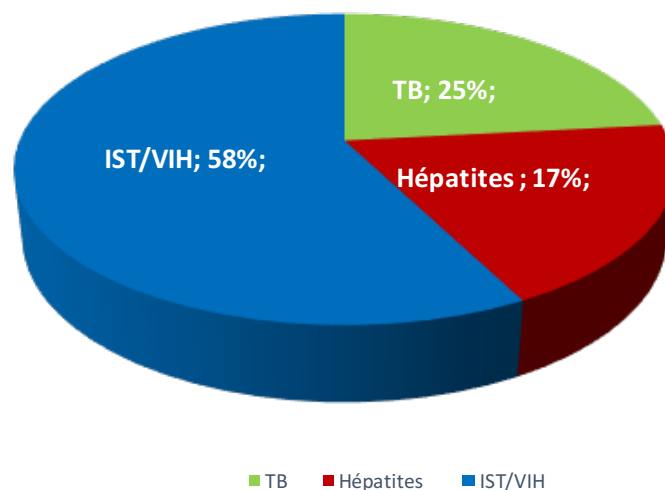


Figure 50. Répartition budgétaire du PSNI selon le programme

Tableau XII: Répartition du budget selon les résultats d'effet

Effets	TOTAL	%
Résultat d'effet 1.1 : D'ici 2030 la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de l'Hépatite et de la Syphilis est effective	18 697 073 305	4,67%
Résultat d'effet 1.2 : D'ici 2030, l'approche de prévention intégrée développée pour le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST est utilisée pour au moins 90% des cibles prioritaires.	12 484 635 427	3,12%
Résultat d'effet 1.3 : D'ici 2030, l'offre de dépistage et le diagnostic intégré du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST est assurée pour au moins 95% des cibles prioritaires.	32 940 746 653	8,22%
Résultat d'effet 1.4 : 95% des populations clés à risque d'infection par le VIH, la TB, les Hépatites (B et C) et les IST utilisent des options de prévention combinées et intégrées efficaces et adaptées à la situation	27 901 591 498	6,96%
Résultat effet 2. 1 : D'ici 2030, 95% des personnes atteintes de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et d'IST obtiennent un succès thérapeutique tout au long du cycle de vie	185 871 106 185	46,38%
Résultat effet 2.2 : D'ici 2030, 95% des personnes atteintes de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et d'IST et appartenant aux groupes clés et vulnérables pris en charge selon des approches différenciées obtiennent un succès thérapeutique	9 318 650 319	2,33%
Résultat effet 2.3 : D'ici 2030, 90% des cas de TB- RR/MR obtiennent un succès thérapeutique	356 009 394	0,09%
Résultat d'effet 3 : Les obstacles qui entravent l'accès aux soins et aux traitements des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des personnes souffrant de la TB et de l'hépatite, sont réduits	18 590 192 297	4,64%
Résultat d'effet 4 : La gouvernance, le renforcement du système de santé la mobilisation communautaire pour des services intégrés soutenus par l'innovation et une couverture de santé universelle sont efficaces et réduisent les coûts catastrophiques pour les patients et leurs familles	94 585 564 433	23,60%
TOTAL	400 745 569 510	100%

Tableau XIII : Répartition du budget selon les années en F.CFA

PAR ANNEE	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	Année 7	Année 8	TOTAL
MONTANT EN FCFA	61 946 924 974	49 430 096 829	41 287 550 936	54 762 242 111	46 383 788 276	53 560 706 842	46 787 657 160	46 586 602 381	400 745 569 510

Tableau XIV : Répartition du budget de la composante IST/VIH selon les années

PAR ANNEE	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	Année 7	Année 8	TOTAL
MONTANT EN FCFA	32 746 916 016	26 816 258 917	25 829 246 318	31 940 440 548	26 692 368 837	31 963 059 628	28 010 482 438	27 835 254 771	231 834 027 473

Tableau XV : Répartition du budget de la composante TB selon les années

PAR ANNEE	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	Année 7	Année 8	TOTAL
MONTANT EN FCFA	18 507 435 170	13 637 483 744	11 984 574 257	12 541 029 104	10 989 910 040	11 324 517 623	10 217 638 909	10 209 477 482	99 412 066 329

Tableau XVI : Répartition du budget de la composante hépatite selon les années

PAR ANNEE	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	Année 7	Année 8	TOTAL
MONTANT EN FCFA	10 692 573 789	8 976 354 167	3 473 730 362	10 280 772 459	8 701 509 399	10 273 129 590	8 559 535 813	8 541 870 128	69 499 475 707



7.2 Paysage financier

L'exercice d'estimation des ressources et des dépenses en matière de riposte au VIH, à la TB, aux hépatites virales et aux IST montre que la riposte intégrée bénéficie de deux sources de financement à l'instar des pays africains. Il s'agit des financements extérieurs qui comprennent les partenaires multilatéraux, bilatéraux, des fondations et autres financements internationaux et ceux nationaux constitués essentiellement des ressources du gouvernement. Ainsi, une stratégie de mobilisation des ressources domestiques doit être mise en place comme indiqué dans la stratégie de financement de la santé du pays. En préparation de la transition, la contribution attendue des ressources domestiques devient de plus en plus importante. Le gouvernement prévoit d'allouer davantage de ressources aux programmes nationaux, afin de poser les jalons de l'affranchissement des financements extérieurs. Cet engagement symbolise la volonté du gouvernement d'assurer la viabilité financière des programmes à long terme.

Par ailleurs, certaines entreprises privées manifestent également leur intérêt à accompagner la riposte nationale intégrée, ce qui entrainerait un effet catalytique pour la mobilisation des ressources domestiques. Dans cette optique, le rapport d'évaluation de l'état de préparation à la transition et à la pérennité du Programme national de lutte contre le VIH a montré des atouts et opportunités dont dispose le pays pour enclencher et réussir l'affranchissement des financements extérieurs dans le long terme. Les programmes TB et hépatites bénéficieraient de ces opportunités de financement dans le cadre de cette intégration à travers une stratégie de mobilisation des ressources.



7.3 Stratégies pour la mobilisation des ressources

La mobilisation des ressources est un processus par lequel le pays compte lever, allouer et dépenser ses propres ressources pour financer les services de la santé. La mobilisation de ressources domestiques est une composante prioritaire de ce plan intégré et s'aligne sur la stratégie nationale de financement de la santé. C'est un moyen indispensable d'assurer des financements durables pour mettre fin aux pandémies.

Le plaidoyer sera renforcé pour l'augmentation des financements domestiques pour des investissements durables avec l'État à travers le budget national ainsi que l'implication des collectivités locales, dans le cadre de la mobilisation des financements domestiques, de l'approche villes et la responsabilité sociétale des entreprises (RSE).

En préparation de la transition, la contribution attendue des ressources domestiques augmentera au fil des années pour atteindre au moins 50% des besoins à la fin du PSNI.

La contribution des collectivités territoriales sera réalisée à travers la mise en place et le financement chaque année des Plans d'action opérationnels des collectivités territoriales (POCL). Les priorités prises en charge par les POCL seront tirées des Plans de travail annuels (PTA) des Districts sanitaires, sous l'égide du Médecin-Chef de District. Les Comités de Développement sanitaires seront davantage mobilisés pour une participation dans la lutte contre la TB, le VIH, les Hépatites virales et les IST.

L'élaboration des plans d'action des secteurs impliqués dans la riposte à partir de la stratégie nationale et l'affectation des financements propres dans leur budget est un facteur d'appropriation et de durabilité de l'approche multisectorielle pour la prise en compte des déterminants sociaux des maladies.

Cette stratégie de mobilisation des ressources domestiques doit être accompagnée par les ressources externes dans le cadre d'un cofinancement pour soutenir les activités au niveau national et accélérer la fin des épidémies. Un plaidoyer sera mené pour obtenir des engagements pour la mise en place de financements innovants reposant sur l'exploitation des produits miniers (pétrole, gaz, or, zircon etc.) des contributions et taxes sur les activités à large assiette fiscale, le développement d'une politique de partenariat public privé et l'exploration d'autres pistes pour la création de taxes (tabac, appels téléphoniques, taxes sur les transferts financiers par exemple).

Chapitre VIII :

Menaces, Risques/Urgences sanitaires et autres- Mesures de mitigation – Mécanisme d'audit et d'assurance

8.1. Menaces, risques d'urgence sanitaires, risques organisationnels de gestion intégrée et autres risques

8.1.1 Menaces, risques d'urgence sanitaires, risques organisationnels de gestion intégrée

Coordination et financement

Les principaux risques (et/ou menaces) qui pourraient entraver l'atteinte des objectifs fixés dans ce PSNI sont liés à une insuffisance des ressources pour la gestion intégrée des activités du plan à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (national, régional, district sanitaire et dans la collaboration avec les partenaires techniques et financiers et les programmes impliqués.

Ressources Humaines pour la santé y compris communautaires

L'insuffisance des ressources humaines de qualité et motivées au niveau des programmes, des équipes de coordination régionale mais aussi des districts (y compris communautaires), pourrait constituer un frein à la planification, la coordination, la mise en œuvre et le suivi des activités du plan. La précarité de certains postes clés (mobilité du personnel) au niveau opérationnel constitue une réelle menace au continuum des soins. La mise en place de paquet de soins intégrés devant être délivré par des prestataires de santé (y compris communautaires) longtemps dévolus à un seul programme.

Système de laboratoire

L'insuffisance de la disponibilité des équipements adaptés pour un diagnostic précoce des différentes maladies corrélée à des systèmes de transport des échantillons peu fonctionnels, notamment pour la Tuberculose pourrait freiner l'amélioration de l'accès au diagnostic et au suivi des traitements. En plus, la faible prise en compte des aspects liés à la maintenance des appareils de laboratoire constitue une réelle menace à la continuité des services.

Chaîne d'approvisionnement

La faible disponibilité des ressources humaines qualifiées pour assurer une gestion efficace des approvisionnements et des stocks de médicaments, réactifs et autres intrants de laboratoires constitue un facteur majeur de risque de mauvaise gestion. L'insuffisance de la coordination des intervenants à différents niveaux, une mauvaise estimation des besoins souvent liée à un déficit dans l'information logistique constituent de véritables facteurs de risque de rupture de stocks et de péremption.

Information stratégique

Le suivi intégré des activités du PSNI pourrait rencontrer des difficultés dans la mise en œuvre au cas où les équipes cadre de districts ne s'impliqueraient pas suffisamment tout au long du processus pour assurer la complétude, la promptitude et la validation des rapports.

Le climat social qui prévaut ces dernières années dans le système de santé occasionnant la rétention des données pourrait compromettre un suivi correct de la mise en œuvre et de l'atteinte des objectifs.

8.1.2. Risques liés aux urgences sanitaires

Au Sénégal, des cadres et lignes directrices définis au plan régional et international, comme le Règlement Sanitaire International (2005) et ses contraintes juridiques, les stratégies intégrées de surveillance de la maladie et de riposte, ainsi que la gestion des risques de catastrophe sont adoptées et mis en œuvre. Malgré l'existence de ces cadres, lignes directrices et stratégies, la gestion des urgences sanitaires reste parmi les points à améliorer dans le système de santé. Pour l'essentiel, les difficultés tiennent à la mise en œuvre fragmentée des interventions expliquée pour partie par une collaboration intersectorielle limitée, à l'insuffisance de ressources, à la faiblesse du système de santé et à l'insuffisance des ressources humaines. Dans ce contexte, une gestion intégrée apparaît comme indispensable en vue de gagner en efficacité et afin d'assurer une meilleure optimisation des ressources et des financements. Une organisation adéquate, y compris en matière de gestion des risques, permettra une collaboration intersectorielle effective, indispensable à l'atteinte des objectifs communs.

8.1.3. Autres risques

Dans la mise en œuvre des activités liés aux objectifs du PSNI 2023-2030, une approche par les risques sera utilisée pour identifier avec précision les défis à atténuer et les risques susceptibles d'entraver la capacité des programmes à atteindre leurs objectifs et cibles stratégiques. Dans ce cadre, le PSNI est adossé à une cartographie des risques stratégiques pour identifier, hiérarchiser et atténuer les risques transversaux aux quatre programmes et les risques spécifiques à chaque programme.

L'identification, mais aussi l'évaluation, ainsi que le suivi continu des risques à travers un dispositif de gestion des risques qui se voudra le plus intégré possible, permettra de renforcer les assurances liées aux subventions et aux programmes dans lesquelles les investissements sont effectués.

8.2. Mesures d'atténuations

8.2.1 Mesures d'atténuation liées à la gestion du PSNI

• **Coordination et Financements**

La transition des financements doit être amorcée garantir la préservation des acquis décrits dans le PSNI et aussi pour atteindre les résultats fixés. Cela sera possible avec la mise en place de plus de ressources domestiques et la mobilisation des Fonds des partenaires pour la lutte contre les pandémies aussi bien dans son volet surveillance que riposte. La coordination intersectorielle sera assurée avec l'intégration de la tuberculose et des hépatites virales dans les Comités intersectoriels de lutte contre le Sida, à tous les niveaux (national, régional et départemental) dirigées par les autorités administratives. Ainsi, les actions conjointes avec les autres secteurs de développement seront mieux favorisées autour des autorités administratives et les collectivités territoriales ainsi que la mobilisation et la mutualisation des financements.

La coordination technique des activités sera marquée par l'intégration du PNLH dans les différents comités TB-VIH mis en place aux différents niveaux du système de santé. Les fonctionnements de ces différents comités seront améliorés et leurs missions renforcées pour prendre en compte la dispensation de qualité des services de soins intégrés TB, VIH, Hépatites virales et IST.

Les activités communautaires seront intégrées dans ces différentes instances.

• **Ressources Humaines pour la santé y compris communautaires**

Le recrutement et la fidélisation de postes prioritaires est prévu à tous les niveaux à travers le plaidoyer qui sera mené auprès du Gouvernement et l'appui des partenaires. Les renforcements de capacités prévus à tous les niveaux et ciblées aux besoins identifiés devront permettre d'assurer une mise en œuvre de qualité des paquets de services différenciés. La mise en place de référentiels techniques conjoints est également prévu.

Il est prévu un renforcement institutionnel des réseaux communautaires surtout pour la tuberculose et les hépatites virales et des actions coordonnées des acteurs intervenant pour les différentes maladies. Des initiatives seront prises pour améliorer la couverture des interventions communautaires.

• **Système de laboratoire**

De nouvelles acquisitions notamment ceux pouvant être utilisés par plusieurs programmes (Exemple des appareils GeneXpert pour le diagnostic de la TB et du VIH chez les nouveaux-nés et la charge virale pour le VIH) sont prévues pour améliorer la couverture en unités de diagnostic pour les quatre maladies. La mise en place d'un système intégré de transport des échantillons sera promu auprès de la Direction des laboratoires. Parallèlement les systèmes de transport utilisés par les programmes seront optimisés en attendant que celui intégré fonctionne correctement.

Un plan de maintenance des équipements de laboratoire sera mis en place et prendra en compte tous les besoins annuels estimés en fonction des leçons apprises de la gestion du réseau de laboratoire pour les trois programmes.

• Chaîne d'approvisionnement

Le renforcement de la disponibilité et des capacités des ressources impliquées dans la gestion des stocks sera assurée à travers les recrutements des postes clés et les formations prévues. Des logiciels adaptés seront acquis pour obtenir une information logistique de qualité, gage d'un suivi et d'une estimation correcte des besoins annuels. Des référentiels techniques seront mis en place pour harmoniser la gestion des stocks à tous les niveaux. Le « Comité national conjoint de gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments et autres produits de santé » et ses démembrements régionaux contribuera à renforcer la coordination entre les acteurs dont la PNA.

• Information stratégique

Il est prévu un appui renforcé des instances de coordination technique au niveau des régions et des districts dont les activités communautaires. Une intensification de la digitalisation des données contribuera à réduire les effets néfastes occasionnés par les grèves des prestataires.

8.2.2 Mesures d'atténuation des risques liées aux urgences sanitaires

Tirant des enseignements de la gestion de la pandémie de Covid19, des mesures seront prises pour aider le système de santé à faire face aux situations d'urgence. L'objectif étant de se préparer à affronter tous les risques sanitaires, à les prévenir et éviter les crises. Il s'agit de renforcer et maintenir les capacités à surveiller, à détecter, à traiter et soutenir les malades TB, VIH, Hépatites virales ou IST y compris en cas d'urgences sanitaires. Des mesures particulières seront appliquées pour protéger les malades des flambées épidémiques et de leurs conséquences sur leur suivi et au niveau social.

En cas d'urgence sanitaire, la mise en œuvre du PSNI s'appuiera sur le dispositif mis en place par le Gouvernement en vigueur à travers le COUS pour développer des plans de riposte adaptés pour assurer la continuité des services et la protection des malades, particulièrement les populations vulnérables.

Les principales stratégies qui seront prises en compte dans ces plans de riposte tournent autour de : (i) la prévention afin de réduire l'exposition des populations ; (ii) la détection précoce des cas associés à l'épidémie, (iii) la prise en charge rapide des malades, (iv) la mise en place d'un système de notification à temps réel ; (v) le soutien aux malades et à leurs familles, (vi) la collaboration multisectorielle, la coordination avec le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS), la sensibilisation des populations surtout vulnérables, etc.

8.2.3. Mesures d'atténuations des autres risques

Les programmes s'assurent du fonctionnement des systèmes de contrôle interne et de la mise en œuvre d'actions efficaces contre toutes formes de menaces qui entravent la réalisation des objectifs du PNSI 2023-2030. Ces actions concernent également les autres risques, tels que les risques financiers (risque comptables et financiers, risque de fraude financière, contrôle interne insuffisant, corruption et vol), les risques opérationnels liés à la chaîne d'approvisionnement (système de gestion de l'information logistique, prévision, quantification et planification des approvisionnements, entreposage et distribution), et aux achats, les risques programmatiques (genre, droits humains et système communautaire), les risques liés au système de gestion de l'information sanitaire et au suivi évaluation, ainsi que les risques de coordination et de gouvernance.

8.3. Mécanismes d'audit et d'assurance

Les programmes montrent leur capacité à utiliser de manière efficace les ressources nationales et extérieures supplémentaires, sur une base fiable, afin d'atteindre les niveaux de performance fixés pour l'élimination de l'épidémie de l'infection à VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et IST d'ici 2030 et d'assurer une couverture sanitaire pour toutes les populations cibles et les groupes vulnérables.

L'audit des subventions est un aspect fondamental du cadre de garantie et de gestion des risques au niveau des programmes. Ils sont réalisés conformément à la norme internationale d'audit (ISA) ou, pour les auditeurs des finances publiques, aux normes nationales conformes aux normes internationales des institutions supérieures de contrôle des finances publiques (ISSAI).



IX Annexes du PSNI

- 9.1 Plan Opérationnel
- 9.2 Plan de suivi évaluation
- 9.3 Budget détaillé



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Un peuple – Un but – Une foi



Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
Fann Résidence, Rue Aimé Césaire
Tél : 33 869 42 42 / 33 869 42 69
Email : informatique@sante.gouv.sn
www.www.sante.gouv.sn

Conseil National de Lutte Contre le Sida
(CNLS) Chu Fann
Tél : +221 33 869 09 09
E-mail : cnlsorg@gmail.com
www.cnls-senegal.org