

REPUBLIQUE DU SENEGAL



Plan Stratégique 2002 - 2006 de Lutte contre le SIDA

Novembre 2001

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
I ANALYSE DE LA SITUATION	6
I.1 Caractéristiques économiques et socio-démographiques	7
I.2 Politique et profil sanitaires	8
I.3 Comportements sexuels au Sénégal	11
I.4 Facteurs de vulnérabilité	12
I.5 Indicateurs épidémiologiques	12
I.6 Indicateurs comportementaux	15
I.7 Impact du VIH dans la population générale	17
II ANALYSE DE LA REPONSE	18
II.1 Conception et gestion du Programme National de Lutte contre le SIDA	18
II.2 Mise en œuvre des stratégies du PNLIS	19
II.3 Atouts et Contraintes	26
III PLAN STRATEGIQUE 2002 -2006.....	33
III.1 But	33
III.2 Principes directeurs	33
III.3 Objectifs généraux	34
III.4 Objectifs stratégiques	34
III.5 Composantes du plan stratégique 2002-2006	35
III.6 - Cadre logique	47
IV. CADRE INSTITUTIONNEL.....	62
V. MISE EN ŒUVRE.....	68
VI. GESTION	70
VII. SUIVI / EVALUATION DU PLAN	73

LISTE DES ABREVIATIONS

	AES	Accident avec Exposition au Sang
	AFRICASO	Conseil Africain des ONGs d’Afrique

⌘	APP	Approche participative de prévention
⌘	ARV	Antirétroviraux
⌘	ASC	Association Sportive et Culturelle
⌘	AZT	Zidovudine
⌘	BSS	Behavior Sexual Survey
⌘	CCC	Communication pour un Changement de Comportement
⌘	CD4	Lymphocyte CD4
⌘	CDC	Center for Diseases Control
⌘	CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
⌘	CEA	Commission Economique pour l'Afrique
⌘	CMSC	Commission Mixte de Suivi et de Coordination
⌘	CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
⌘	CPS	Centre de Promotion de la Santé
⌘	DAGE	Direction de l'Administration Générale
⌘	DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
⌘	EDS	Enquête Démographique de Santé
⌘	ESC	Enquête de Surveillance Comportementale
⌘	ESIS	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
⌘	FHI	Family Health International
⌘	GPF	Groupement de Promotion Féminine
⌘	ICC	Intervention pour un Changement de Comportement
⌘	IEC	Information - Education - Communication
⌘	INNTI	Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
⌘	INTI	Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
⌘	IO	Infection Opportuniste
⌘	IP	Inhibiteur de la Protéase
⌘	ISAARV	Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
⌘	ISF	Indice Synthétique de Fécondité
⌘	IST	Infection Sexuellement Transmissible

⌘	OCB	Organisation Communautaire de Base
⌘	ONG	Organisation Non Gouvernementale
⌘	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH /SIDA
⌘	OUA	Organisation de l'Unité Africaine
⌘	PDEF	Programme Décennal de l'Education et de la Formation
⌘	PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
⌘	PIB	Produit Intérieur Brut
⌘	PLP	Programme de Lutte contre la Pauvreté
⌘	PAM	Programme Alimentaire Mondial
⌘	PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
⌘	PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
⌘	PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
⌘	PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
⌘	PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
⌘	RARS	Réseau Africain de Recherche sur le SIDA
⌘	RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
⌘	SEN	Secrétariat Exécutif National
⌘	SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
⌘	SR	Santé de la Reproduction
⌘	SSP	Soins de Santé Primaires
⌘	TBN	Taux Brut de Natalité
⌘	TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
⌘	TME	Transmission Mère Enfant
⌘	USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement
⌘	VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'épidémie du SIDA a, durant les deux dernières décennies, préoccupé les scientifiques, les gouvernements, le système des Nations Unies et les autres institutions internationales, les ONGs et les réseaux des Personnes Vivant avec le virus du SIDA. Cette épidémie continue à sévir au 3^{ème} millénaire. Elle est devenue la première cause de mortalité en Afrique et la 4^{ème} dans le monde. Elle constitue la maladie qui remet en question les progrès accumulés ces dernières années en matière de santé par les pays africains en particulier. Elle a entraîné la diminution de 10 à 15 ans de l'espérance de vie dans les pays les plus touchés.

Cette pandémie s'est développée à un rythme si rapide que l'opinion internationale a pointé du doigt l'inaction des gouvernements, des politiques des leaders religieux et communautaires des pays africains. Des organismes internationaux, le Secrétariat des Nations Unies, l'ONUSIDA, et ses co-parrains, la CEA, l'OUA ont à cet effet entrepris de promouvoir un partenariat international contre le SIDA en Afrique dans lequel un leadership plus marqué sur la base des expériences réussies est requis.

Des initiatives récentes, le Forum de la CEA à ADDIS ABEBA (décembre 2000), le Sommet de l'OUA (avril 2000) et la Session spéciale des Nations Unies sur le SIDA (juin 2001) illustrent éloquemment l'engagement des Chefs d'Etat des pays africains et de la Communauté Internationale pour inverser les tendances évolutives de cette pandémie en Afrique en particulier.

Aussi, des exemples encourageants sur la prévention ont été enregistrés en Ouganda, au Sénégal et en Thaïlande et ont entraîné des lueurs d'espoir. Ces pays ont bénéficié d'un engagement continu de leurs Chefs d'Etat, de leurs gouvernements et de leurs communautés.

Le Chef de l'Etat et le gouvernement du Sénégal ne cessent de renforcer leur engagement pour non seulement capitaliser voire renforcer les acquis mais aussi trouver des solutions aux faiblesses enregistrées qui pourraient favoriser l'expansion du VIH/Sida au Sénégal.

Ces importants engagements ont entraîné la révision des stratégies en cours et l'élaboration du Plan Stratégique de lutte contre le SIDA 2002 - 2006.

Ce plan s'inscrit également dans un contexte où la communauté des bailleurs de fonds, consciente de l'aggravation de la pauvreté dans les pays en développement a mis en place l'Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés parmi lesquels le Sénégal figure depuis juin 2000.

Sous ce rapport, le Gouvernement du Sénégal s'est engagé à travers son Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) à apporter une réponse globale dont l'objectif est de réduire de 50% l'incidence de la pauvreté dans les ménages d'ici l'an 2015.

Du fait des conséquences du SIDA au niveau des ménages (aggravation de la pauvreté, difficulté d'accès aux services de santé) et au niveau macro-économique (baisse du taux de croissance du capital humain, aggravation du déficit budgétaire, réduction du PIB/tête / habitant etc.), la nécessité de prendre en compte les rapports interactifs entre le SIDA et la Pauvreté, de renforcer la riposte contre ce fléau n'est plus à démontrer.

Le plan stratégique « 2002 – 2006 » de Lutte contre le SIDA permettra, s'il est réalisé efficacement, de relever les deux (2) défis fondamentaux du VIH/SIDA visés par le gouvernement du Sénégal dans le cadre de la prévention et de la prise en charge.

Il s'agit :

en terme de prévention :

- 🦋 de capitaliser les acquis en maintenant au-dessous de 3% d'ici 2006 la prévalence du VIH dans la population générale.

et en terme de Prise en charge

- 🦋 d'améliorer significativement la qualité de vie des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) et celle de leur entourage en rendant accessibles les traitements ARV et les médicaments contre les Infections Opportunistes. En effet, l'impact individuel et communautaire, le nombre de décès risquent d'être de plus en plus préoccupants dans les cinq (5) prochaines années. Par ailleurs, il faudra créer un environnement favorable socialement et économiquement pour les Personnes Vivant avec le VIH, leur famille, et les orphelins du SIDA.

I ANALYSE DE LA SITUATION

I.1 Caractéristiques économiques et socio-démographiques

Le Sénégal, qui couvre une superficie de 196 722 km², est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé dans la zone soudano-sahélienne. Il est limité, au nord, par la République Islamique de Mauritanie, à l'est, par le Mali, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau et, à l'ouest, il est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côtes. La Gambie qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Ziguinchor.

Le Sénégal compte 10 régions administratives subdivisées en 30 départements. Ces départements comptent 91 arrondissements, 48 communes et 320 communautés rurales.

Les principaux groupes ethniques sont : les wolofs (43%), les Pulars (24%), les Sérères (15%), les Diolas (5%) et les mandingues (4%).

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

Le Sénégal est un pays pauvre avec un revenu par tête d'habitant inférieur à 600\$ US. Plus de 60% de la population vit en milieu rural et tire ses revenus de l'agriculture. La pêche et le tourisme sont les plus importantes sources du Produit Intérieur Brut (PIB). Le secteur informel connaît également une nette croissance.

Plus de 50% des sénégalais vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le chômage (celui des jeunes en particulier) reste important.

Le Sénégal a adopté sa politique de population en 1988. La stratégie adoptée est la maîtrise de la croissance démographique par le biais de l'exécution du programme « actions démographiques prioritaires », le renforcement de l'appui aux collectivités locales dans le domaine du contrôle démographique et les actions pour la réduction du taux de fécondité. En outre, des efforts sont faits en vue de l'intégration des femmes dans la vie politique, économique et sociale grâce à l'alphabétisation fonctionnelle.

Selon les projections issues du dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), la population du Sénégal était estimée en 1999 à près de 9 278 618 habitants ; soit une densité moyenne de 47 habitants au km². Cette population est très

inégalement répartie. Dakar qui occupe 0,3% de la superficie abrite près de 24% de cette population. C'est la région la plus densément peuplée avec 4 040 habitants au km². La population urbaine représente près de 43% de la population totale. Les statistiques laissent apparaître une croissance démographique importante. Le taux d'accroissement naturel de la population a été de 2,7% pour la période 1976 – 1988, avec un Indice Synthétique de Fécondité de plus de 6,5 enfants par femme. La prévalence des méthodes contraceptives modernes est passée de 2,4% en 1986 à 12% en 1997 (ISIS, 1999). Actuellement, il y a un léger infléchissement de la croissance démographique ; en 2000 ; l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) était estimé à 4,8 enfants par femme. La population du Sénégal est extrêmement jeune : plus de 57% de la population à moins de 20 ans.

Les femmes représentent 52% de la population totale. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 51 ans pour les hommes et à 53 ans pour les femmes. Le Sénégal a un taux de mortalité maternelle relativement élevé, avec 510 décès pour 100.000 naissances vivantes (EDS II, 1992 – 1993).

Par ailleurs, une enquête réalisée en 1999 révèle que la proportion de sénégalais vivant dans la pauvreté est de 29% au niveau des ménages et de 33% au niveau des individus.

La population du Sénégal est en grande partie analphabète : le taux d'analphabétisme touche 56,1% des femmes et 28,5% des hommes (DPS , 2000). Sur le plan scolaire, des efforts importants ont été notés ces dernières années. Cependant, malgré ces efforts, le taux d'abandons scolaires reste encore très important. Au niveau élémentaire, le taux de scolarisation est de 68,3% et se traduit par le fait qu'un tiers des jeunes qui devraient être scolarisés ne le sont pas. Le taux de scolarisation était de 21,8% en 1998-99 dans l'enseignement moyen et seulement de 9% dans l'enseignement secondaire. Le nombre important de jeunes qui sortent ainsi prématurément du système scolaire voit ses chances se réduire pour une insertion sociale harmonieuse.

Selon le 9^{ème} plan de développement économique et social, le taux de chômage en milieu urbain pour la tranche d'âge des 20 – 34 ans est de 40%. En milieu rural, le faible taux d'occupation, estimé à 38% et la faiblesse des revenus sont autant de facteurs de développement de comportements à risque et de recherche d'activités refuges.

1.2 Politique et profil sanitaires

1.2.1 - Politique de santé

Le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique. Le pays a réaffirmé cette volonté notamment par l'article 14 de la constitution et par la ratification des textes internationaux tels que la déclaration universelle des Droits de l'Homme, la charte de l'OUA et la Convention des Droits de l'Enfant.

Les Nouvelles Orientations de cette politique de santé et d'action sociale qui découle de la Déclaration de la Politique de santé et d'Action Sociale de juin 1989, s'appuie sur l'approche programme traduite à travers le Plan de développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007. Il est l'aboutissement logique d'un long processus de réflexion engagé depuis 1995 entre le Ministère de la Santé et ses partenaires. Le PNDS a permis de mettre en chantier plusieurs réformes à la fois législatives et institutionnelles touchant principalement les hôpitaux, les médicaments, les pharmacies. Il prévoit d'autres initiatives dans des domaines aussi importants que le système d'information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités.

Le Programme de Développement Intégré de la santé (PDIS) qui couvre une période de cinq ans (1998-2002), est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le PNDS. Les objectifs visés sont : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile et la maîtrise de la fécondité. La mise en œuvre des activités découlant des différentes orientations stratégiques dégagées ne peut être effective sans une mobilisation importante de ressources humaines, matérielles et financières.

Les activités planifiées par l'ensemble des structures découlent des stratégies définies et adoptées pour le développement des ressources humaines, la mobilisation et la rationalisation des moyens financiers et l'amélioration de l'accessibilité des services de santé et d'action sociale en réhabilitant des structures sanitaires existantes et en construisant de nouvelles formations notamment. Le programme accorde ainsi une large place à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, aux IST/SIDA et au contrôle des maladies endémiques avec essentiellement le paludisme, la bilharziose, l'onchocercose et la tuberculose.

1.2.2 - Organisation du système de santé

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux :

- ⌘ l'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire ;
- ⌘ l'échelon intermédiaire qui correspond à la région médicale
- ⌘ l'échelon central.

Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Le Sénégal compte actuellement 50 districts sanitaires. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin-chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. La région médicale est la structure intermédiaire entre le district et le niveau central. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de services rattachés à la région médicale. Le niveau central comprend outre le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés.

En 1999, concernant les ressources humaines, les infrastructures et le budget, le Sénégal comptait :

- ⌘ 1 médecin pour 17 000 habitants (5000 à 10 000 selon les normes de l'OMS),
- ⌘ 1 infirmier pour 8 700 habitants(300 selon les normes de l'OMS),
- ⌘ 1 sage femme pour 4 600 femmes en âge de reproduction (FAR) (300 selon les normes de l'OMS),

En terme de couverture passive, il y a :

- ⌘ 1 poste de santé pour 11 500 habitants (10 000 selon les normes de l'OMS),
- ⌘ 1 centre de santé pour 175 000 habitants (50 000 selon les normes de l'OMS),
- ⌘ 1 hôpital pour 545 800 habitants(150 000 selon les normes de l'OMS),

Le Programme de Développement intégré de la santé prévoit la construction de 245 nouveaux postes de santé, de deux (2) nouveaux centres de santé et de deux (2) nouveaux hôpitaux.

Les principales sources de financement de la santé sont l'Etat, l'aide extérieure, les collectivités locales et les populations. L'Etat contribue à hauteur de 53% ; les populations participent pour 11% ; les collectivités locales pour 6% et les partenaires pour 30%.

Le budget de fonctionnement de la santé a connu une augmentation en valeur absolue ; Il est passé de 18,7 milliards à 25,5 milliards entre 1996 et 2001. Rapporté au budget de fonctionnement de l'Etat, il est passé de 7,25 % à 8,24% % pour la même période.

1.3 Comportements sexuels au Sénégal

Il est un fait que la religion influence énormément la culture, les traditions, les croyances et les pratiques dans la société sénégalaise. Concernant spécifiquement les normes de la sexualité, elles sont fixées en fonction du genre. S'agissant de la sexualité des femmes, il y a une incitation à respecter la virginité jusqu'au mariage et une forte propension à la précocité de l'âge du mariage. Dans la sexualité des femmes adultes et des femmes mariées, on observe une forte tendance à l'universalisation du mariage, une rapidité des remariages en cas de divorce ; une forte condamnation morale et religieuse de la sexualité hors mariage appuyée par des réseaux sociaux de surveillance du comportement sexuel (cercle des beaux-parents, famille étendue, voisins etc.). Chez l'homme, l'abstinence sexuelle est recommandée avant le mariage. Il y a un encouragement de l'homme adulte à s'inscrire dans la fidélité dans le couple.

L'impact de ce contrôle social de la sexualité au Sénégal pourrait se mesurer par l'engagement précoce des jeunes dans le mariage, objet de stabilité de leur activité sexuelle.

Selon certains auteurs, la précocité de l'âge du mariage est expliquée par la crainte de la perte de la virginité qui amène les parents à donner, assez tôt, les filles en mariage. On peut aussi relever que la polygamie occupe une place importante dans le système matrimonial car la moitié des femmes en union se trouve dans des ménages polygames. Le renforcement des capacités de négociations sexuelles des femmes est présenté aussi, quelquefois, dans certains travaux, comme pouvant réduire les comportements sexuels à risque. De manière générale, au Sénégal, les rapports de genre restent très déséquilibrés en faveur des hommes ; mais on remarque, surtout cette dernière décennie, l'émergence d'un mouvement de fond très significatif animé par un grand

nombre d'associations et d'organisations féminines. Ce mouvement revendique de meilleures conditions et une amélioration du statut de la femme. C'est dans ce sens, que des lois ont été adoptées contre l'excision, la violence conjugale et le harcèlement sexuel. On peut supposer que ce mouvement en faveur des femmes au Sénégal peut être versé parmi les facteurs favorables à la lutte contre l'épidémie.

1.4 Facteurs de vulnérabilité

On peut noter avec l'épidémie VIH/SIDA des facteurs de vulnérabilité favorisant la propagation de l'épidémie, notamment ceux liés à la pauvreté, à la prostitution, à l'analphabétisme, aux conflits et à la mobilité des personnes. Il existe toujours des faits socio-économiques qui affaiblissent le contrôle social de la sexualité. Ainsi la pauvreté et l'urbanisation ont favorisé le recul de l'âge du mariage chez les jeunes filles et une plus grande sexualité pré-nuptiale .

En effet, il est établi selon l'enquête démographique et de Santé de 1997 que l'âge du premier rapport sexuel est de plus en plus précoce. A l'âge de quinze ans, 16% des femmes ont déjà eu des rapports sexuels et à 18 ans, cette proportion passe à 55%.

La situation que connaissent les adolescents et les jeunes dans le domaine du chômage, de la pauvreté, du manque d'informations peut les exposer à des comportements sexuels qui les rendent particulièrement vulnérables à l'infection à VIH.

De même, l'émigration des hommes peut les soustraire au contrôle social de leur milieu d'origine et les rendre vulnérables à l'infection à VIH. Cette vulnérabilité serait liée la promiscuité, à l'adoption de comportements sexuels à risque (fréquentation de prostituées, prostitution masculine, homosexualité). Des études ont démontré que la migration constitue un facteur favorisant la propagation de l'épidémie du VIH et des IST au Sénégal.

1.5 Indicateurs épidémiologiques

- **Tendances de l'infection à VIH dans les principaux sites sentinelles 1989-1998**

Les résultats obtenus au Sénégal ont montré une prévalence faible et stable dans les sites sentinelles. Elle est autour de 1,4% chez les femmes enceintes et entre 15% et 30% dans le groupe des prostituées enregistrées suivant les sites.

On ne note dans le groupe des femmes enceintes aucune évolution significative du VIH dans le temps ; la tendance générale de l'infection reste stable.

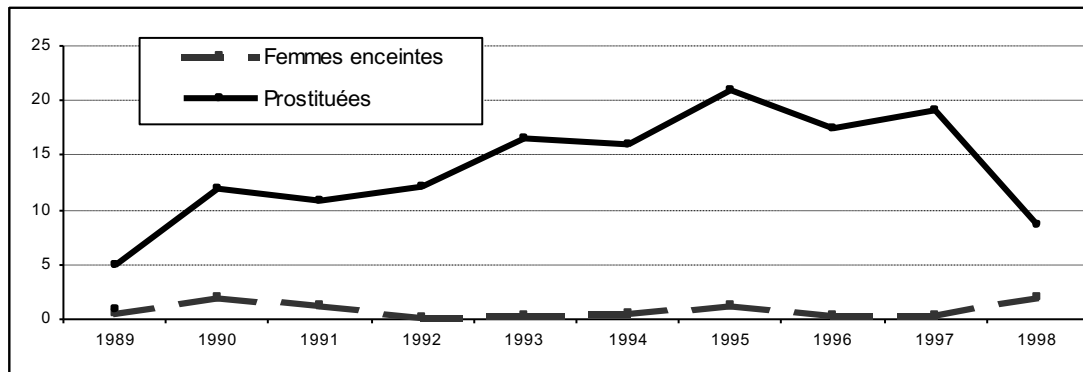


Figure 1 : *Tendance de l'infection à VIH chez les femmes enceintes et les prostituées dans les principaux sites sentinelles*

Référence : Bulletin Epidémiologique VIH 1999

- **Estimation du nombre de personnes infectées et des nouvelles infections dues au VIH/SIDA en décembre 2000**

Les estimations et les projections mises à jour permettent d'évaluer la situation de l'épidémie et de surveiller l'efficacité des efforts déployés dans les domaines de la prévention et des soins. Ces estimations au niveau de la population générale ont été effectuées sur la base de la séroprévalence des femmes enceintes en milieu urbain.

Cette mise à jour des projections permet de mieux suivre l'évolution réelle de l'épidémie au niveau de la population générale.

Les estimations à la fin de l'année 2000 indiquent que 80 000 personnes sont infectées par le VIH/SIDA au Sénégal, dont 77 000 adultes (âge compris entre 15 et 49 ans). La prévalence dans cette population est estimée à 1,4%. Le sex ratio est de 1,3 ce qui fait 9 hommes infectés pour 7 femmes.

Tableau 1 : *Personnes infectées par le VIH/SIDA dans les différentes régions du Sénégal*

	Personnes infectées par le VIH/SIDA					Nouvelles Infections
	Total	Adultes	Enfants (-15ans)	Femmes	Prévalence adulte	
Dakar	20 000	19 400	600	9 000	1,30	1 100
Kaolack	14 000	13 600	400	6 000	1,80	1 000
Thiès	8 800	8 500	300	4 000	1,00	600

Fatick	7 700	7 400	300	3 000	1,50	500
Diourbel	7 200	7 000	200	3 100	1,20	500
Saint-Louis	5 800	5 500	300	2 600	0,90	350
Louga	5 500	5 200	300	2 400	1,20	350
Kolda	4 500	4 300	200	2 000	0,80	250
Ziguinchor	3 500	3 300	200	1 500	0,90	600
Tambacounda	3 000	2 800	200	1 400	0,80	250
Sénégal	80 000	77 000	3 000	35 000	1,40	5 500

Référence : Bulletin Epidémiologique VIH 2000

- **Prévalence des MST**

Entre 1991 et 1996, la prévalence des principales IST a significativement diminué chez les femmes enceintes et chez les prostituées comme le montrent les figures 2 et 3.

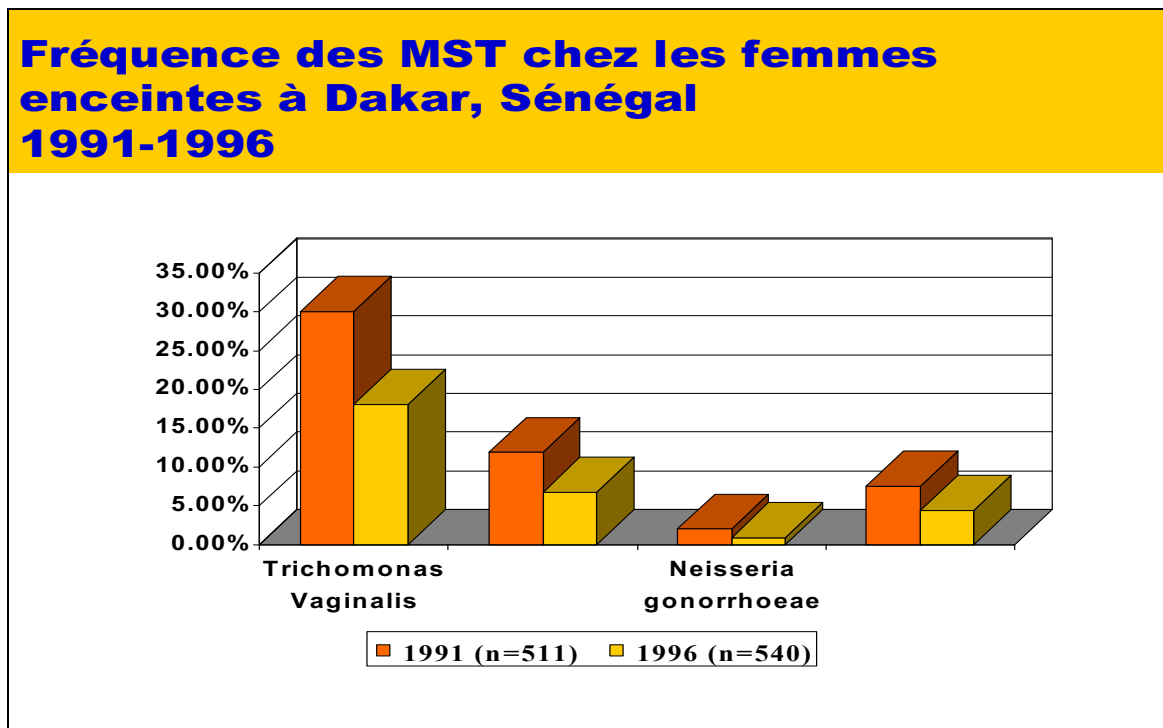


Figure 2: *Fréquence des IST chez les femmes enceintes à Dakar de 1991 à 1996*

Fréquence des MST chez les prostituées Dakar, Sénégal 1996

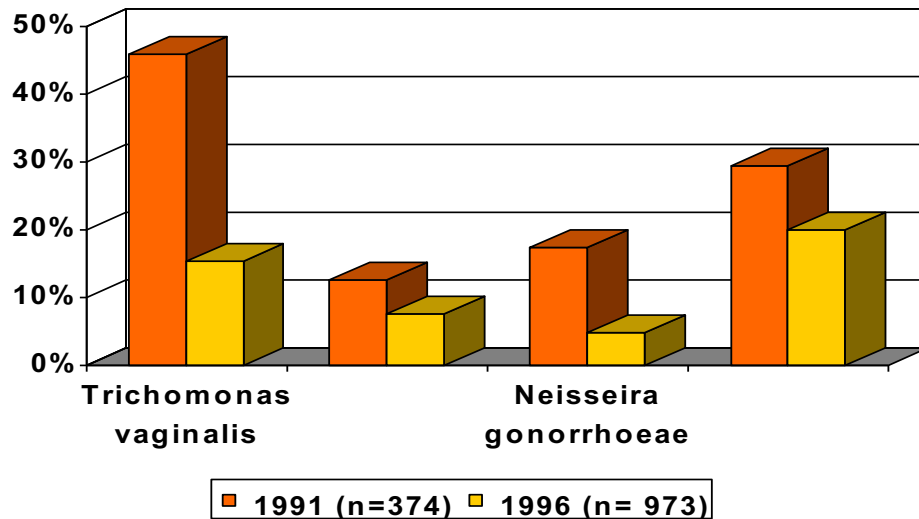


Figure 3: Fréquence des IST chez les prostituées de Dakar de 1991 à 1996

Référence : Document ONUSIDA – la Réponse Précoce de l'Epidémie du SIDA

1.6 Indicateurs comportementaux

Les Enquêtes de Surveillance Comportementale (ESC) sont des enquêtes transversales conduites systématiquement sur des groupes cibles à risque, comme les professionnelles du sexe, les migrants et les jeunes.

Les enquêtes de surveillance comportementale (ESC) fournissent des informations à propos des connaissances sur le VIH/SIDA, des attitudes et des comportements. Elles sont généralement focalisées dans les sous-populations à risque particulier pour l'infection à VIH et permettent :

- de mesurer la connaissance du VIH/SIDA et des moyens de prévention,
- de mettre en évidence l'impact du VIH/SIDA et de produire des informations sur les indicateurs de succès dans la lutte contre les IST/SIDA,
- et d'évaluer l'impact des efforts déployés par les autorités.

De 1992 à 1998 plusieurs ESC ont été effectuées au Sénégal. Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'enquête effectuée en 1998 par le groupement ISADE/HYGEA et celle effectuée en 1999 sur les indicateurs de santé.

- **La connaissance des manifestations du SIDA et des moyens de prévention**

Dans la mesure où la prévention demeure le moyen de lutte le plus efficace contre la transmission du virus du SIDA, la connaissance de cette maladie et de ses moyens de prévention constitue une priorité pour le programme de santé.

Ainsi, le niveau de connaissance du SIDA est très élevé : 95% des femmes et 98% des hommes en milieu urbain.

Par ailleurs, le milieu de résidence fait apparaître des écarts sensibles dans le niveau de connaissance du SIDA.

En milieu rural, le niveau de connaissance est un peu plus faible (92% pour les femmes et 96% pour les hommes)

Les enquêtes ont également montré que 16% des femmes et 8% des hommes qui avaient déclaré connaître le SIDA n'ont pu citer aucun moyen de prévention.

La connaissance des moyens de prévention du SIDA varie de manière significative selon les caractéristiques socio-démographiques des populations enquêtées. Ainsi, selon l'âge, ce sont les femmes et les hommes de 15-19 ans qui sont les moins informés (22% des femmes et 14% des hommes ne connaissent pas de moyen de prévention).

- **La sexualité avant le mariage**

L'âge au premier rapport sexuel se situe autour de 16 ans chez les garçons et autour de 17 ans chez les filles.

- **Utilisation des préservatifs**

A Dakar, la protection déclarée du dernier rapport sexuel à risque par un préservatif est importante: 67% chez les hommes et 45% chez les femmes. L'utilisation déclarée du préservatif dans les rapports sexuels à risque a été nettement plus élevée dans le groupe des veufs(veuves), des divorcé(e)s, des séparé(e)s et s'accroissait également avec l'âge et le niveau d'instruction des personnes interrogées.

Les préservatifs sont accessibles pour les prostituées suivies dans les centres de référence des IST. En effet, 97% d'entre elles, déclarent avoir utilisé le préservatif avec les clients réguliers et 99% avec les nouveaux clients au cours du dernier rapport sexuel.

Les rapports sexuels avec les partenaires non-clients ne sont pas bien protégés par contre, car seulement 60% d'entre elles utilisent les préservatifs avec leurs partenaires non clients (de choix).

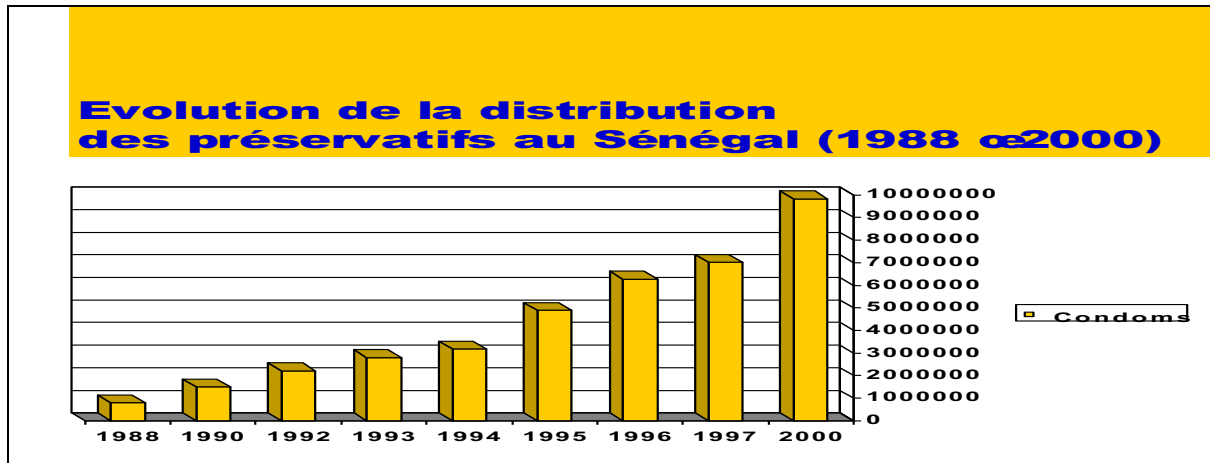


Figure 4: Evolution de la distribution des préservatifs au Sénégal de 1988 à 2000

Référence : Document sur le Réponse précoce : l'Epidémie du SIDA et rapport 2000 ADEMAs/FHI

1.7 Impact du VIH dans la population générale

Des mesures sur l'impact du VIH dans la population sénégalaise ont été effectuées. Elles permettent d'estimer le nombre de décès cumulés depuis le début de l'infection du VIH/SIDA à 30 000 dont 5 000 décès au courant de l'année 2000.

Ces données placent le Sénégal dans les pays de l'Afrique Sub-saharienne les moins touchés par le VIH, bien que sa population soit très jeune.

Le nombre d'orphelins du SIDA est évalué à 20 000, ce qui demande une prise en charge communautaire de ces derniers.

Tableau 2 : *Impact du VIH/SIDA dans les différentes régions du Sénégal*

	Impact du VIH/SIDA			Estimations de la population	
	Orphelins	Décès	Décès cumulés	Population totale	% population adulte (-15 ans)
Dakar	3 700	1 050	5 300	2 050 000	52%
Kaolack	4 300	1 000	6 600	1 120 000	51%
Thiès	2 100	500	3 200	1 210 000	54%
Fatick	2 300	500	3 000	650 000	54%
Diourbel	2 000	500	2 900	820 000	52%
Saint-Louis	1 300	300	1 900	840 000	55%
Louga	1 900	400	3 800	650 000	53%
Kolda	1 000	300	1 300	740 000	55%
Ziguinchor	800	200	1 050	560 000	50%
Tambacounda	600	250	950	560 000	50%
Sénégal	20 000	5 000	30 000	9 200 000	54%

Référence : Bulletin épidémiologique VIH, 2000

II ANALYSE DE LA REPONSE

II.1 Conception et gestion du Programme National de Lutte contre le SIDA

Dès le dépistage des premiers cas de SIDA, les autorités du Sénégal ont été sensibilisées sur la gravité du fléau. C'est ainsi que le Comité de lutte contre le SIDA, un des premiers en Afrique, a été mis en place le 23 Octobre 1986 et a par la suite élaboré un Programme National de lutte contre le SIDA (PNLS).

Ce comité a des démembrements au niveau régional et départemental (comités régionaux et départementaux). Il assure les tâches de conception, de coordination et de suivi. Logé au Ministère de la Santé, le comité est pluridisciplinaire et multisectoriel ; il comprend les représentants de tous les ministères concernés, les ONG et les PVVIH.

Par ailleurs, les partenaires au développement appuyant la lutte contre le SIDA au Sénégal ont mis en place en 1986, une instance de coordination qui est la Commission Mixte de Suivi et de Coordination. Cette commission, présidée par le PNUD est élargie aux Ministères de l'Economie, des Finances et de la Santé. Egalement, il a été mis en place un Groupe Thématique ONUSIDA depuis Juin 1996, pour la coordination des interventions des agences des Nations Unies.

II.2 Mise en œuvre des stratégies du PNLIS

II.2.1 Prévention

II.2.1.1 IEC – CCC – ICC

La précocité de la réponse communautaire s'est manifestée par la mise en œuvre dès le début de l'épidémie d'une IEC (Information, Education, Communication) en direction du grand public qui a facilité à la majeure partie des populations sénégalaises l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques sur la Prévention des IST/VIH/SIDA.

Cependant, une rapide prise de conscience des communautés sur les limites de l'efficacité de cette intervention a conduit à la mise en œuvre d'approches novatrices visant à toucher de façon rapprochée tous les groupes sociaux et particulièrement ceux à risque, pour un changement de comportement durable. Il s'agit de l'approche participative de prévention (APP), de la communication pour un changement de comportement (CCC) et de l'intervention pour un changement de comportement (ICC).

Ces nouvelles options permettent une approche globale et multisectorielle touchant toutes les sensibilités.

Parmi les interventions qui découlent de cette approche multisectorielle, on peut citer :

- Celles du Ministère de la Famille, du Ministère du développement Social, des ONG telle que la SWAA, des réseaux et groupements de femmes qui participent aux stratégies pour réduire la vulnérabilité de la femme par rapport aux IST/VIH/SIDA par le biais de l'information, la sensibilisation, l'éducation. Ces différents secteurs s'investissent dans le renforcement du pouvoir économique de la femme, la promotion du préservatif féminin surtout chez les professionnelles du sexe mais aussi dans la prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH et la prise en charge des orphelins du SIDA.
- Celles du Ministère de Jeunesse, des ONG et Associations de jeunes notamment le Projet Promotion des jeunes qui dispose à ce jour de dix centres d'information, d'accueil et de prise en charge des jeunes pour toutes les questions relatives à la santé de la reproduction et particulièrement du VIH/SIDA,
- Celles du Ministère de l'Education Nationale qui visent à protéger les élèves contre les IST/VIH/SIDA en mettant en place une sous composante santé et

nutrition dans le PDEF, en insérant dans le dispositif d'évaluation formative et certificative les compétences en matière de lutte contre le Sida.

- Celles du Ministère du Travail, des syndicats et du patronat et des ONG qui ont comme objectif de réduire le risque d'IST/VIH/SIDA dans le milieu du travail en initiant des activités pour un changement de comportement durable.
- Celles du ministère des Forces Armées qui ciblent tous les hommes en tenue pour des stratégies de prévention du VIH/SIDA.
- Celles des tradipraticiens qui nouent des relations de partenariat avec les médecins modernes en vue d'harmoniser les messages à véhiculer sur le Sida.
- Celles des ONG religieuses (Jamra, Sida/Service et l'association Nationale des Imams du Sénégal) qui ont créé et développé une synergie d'action dans le cadre d'une Alliance Religieuse pour lutter contre les IST/VIH/SIDA.

En effet, l'engagement des leaders religieux a été décisif. Dès 1988, le partenariat entre musulmans, chrétiens et experts médicaux a permis de partager de façon complémentaire les mesures de prévention en fonction des réalités socioculturelles. Ces différentes mesures ont concerné notamment la promotion de l'utilisation des préservatifs en particulier par le marketing social, la promotion de l'abstinence et de la fidélité.

- Enfin, il faut signaler l'implication des élus locaux.

II.2.1.2 Lutte contre les Infections Sexuellement Transmises (IST)

Un bureau National de Lutte contre les IST a été créé en Juin 1978 au sein de la Direction de l'Hygiène et de la Protection Sociale du Ministère de la Santé Publique (DHSP/MSP).

Les programmes et interventions sur les IST sont coordonnées dans le cadre du groupe IST du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS). Ce groupe se charge de faire le point des différents projets, de discuter des contraintes à la mise en œuvre des programmes, d'élaborer et de valider les normes nationales de prise en charge et de prévention.

Plusieurs axes d'intervention sont ainsi menés à travers le groupe IST :

- Les services de prise en charge cliniques intégrés aux Soins de Santé Primaires : Il s'agit d'une approche qui consiste à standardiser les pratiques pour une meilleure prise en charge des patients ayant une IST dès leur premier contact avec un personnel de santé. L'approche utilise des algorithmes proposés par

l'OMS et adaptés au contexte national. Des outils destinés à tous les prestataires de services ont ainsi été largement diffusés à travers les formations qui ont couvert l'ensemble du territoire national.

- Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes se présentant dans les structures de CPN. Les recommandations officielles du Service National de Santé de la Reproduction sont d'effectuer une sérologie syphilitique chez toute femme enceinte, lors de la première visite prénatale.
- La prise en charge des groupes vulnérables dont les prostituées se fait à travers les centres MST. Ces centres sont chargés d'assurer le suivi sanitaire et sociale des prostituées enregistrées. Au total, 14 centres existent au Sénégal dont un dans chaque région et dans certains districts considérés comme abritant une population importante de prostituées.
- Le service de laboratoire assure le contrôle technique à travers des normes et protocoles bien définis, mais également la formation des prestataires et la disponibilité régulière en réactifs.

II.2.1.3 Prévention de la Transmission sanguine

Depuis 1986, le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est systématique dans toutes les banques de sang du Sénégal. Plus de 25 000 dons de sang sont testés pour le VIH et d'autres agents infectieux(Hépatite B, Syphilis) chaque année sur l'ensemble du territoire national. Le dépistage du virus de l'Hépatite C sur les dons de sang est actuellement en cours d'évaluation et sera systématique sur tous les dons de sang, si le risque est confirmé. Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) assure la supervision, le contrôle de qualité ainsi que l'approvisionnement en réactifs de dépistage du VIH de toutes les banques de sang périphériques et régionales. La voie de transmission du VIH par la transfusion sanguine étant plus directe (efficience > 90%), le gouvernement a satisfait dès 1986 aux pré requis (formation-équipement-dépistage systématique etc.) avec l'appui de ses partenaires internationaux. En vue d'une plus grande couverture, d'autres banques de sang devraient être mises en place et équipées au niveau des districts.

Ces efforts vont dans le sens de satisfaire la demande nationale, d'apporter des dérivés sanguins, de veiller à l'utilisation rationnelle du sang, de réduire la mortalité maternelle et indirectement de rendre possibles les dépistages du VIH à des niveaux périphériques.

Ainsi, ils permettent de renforcer l'innocuité transfusionnelle pour le VIH et les autres agents infectieux.

Par ailleurs, d'autres modes de transmission sanguine du VIH sont importants à prendre en compte. Il s'agit notamment des accidents avec exposition au sang (AES) et des usagers de drogues par voie intraveineuse. L'ISAARV a intégré dans ses activités un volet prévention et prise en charge des AES en 2000.

II.2.1.4 Prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME)

Dans le cadre de l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV), un programme pilote sur la "Prévention Transmission Mère-Enfant" (PTME) a débuté en juillet 2000.

Les objectifs de ce programme sont de mettre en place un dépistage volontaire et gratuit lors des consultations prénatales, de proposer un régime court de Zidovudine (AZT) ou de Névirapine aux femmes enceintes infectées par le VIH et aux nouveau-nés, de proposer l'allaitement artificiel exclusif. Le Programme PTME assure les traitements par ARV des femmes, des enfants nés infectés, des conjoints et de la fratrie selon les critères d'inclusion nationaux. Une prise en charge psychosociale leur est assurée avec la collaboration du milieu associatif, des ONG et des Personnes Vivant avec le VIH.

Sur une durée d'un an 7610 tests ont été proposés dont 4491 acceptés soit un taux d'acceptation de 59%.

II.2.1.5 Conseil et Dépistage Volontaire (CDV)

Le conseil et le dépistage volontaire constituent des outils appréciables devant contribuer à renforcer la prévention de l'infection à VIH en mettant l'accent sur :

- Les informations ciblées sur le VIH/SIDA
- Le droit de connaître son statut
- L'accès à la prise en charge thérapeutique et psychosociale

Le dépistage volontaire constitue un moyen important de prévention de l'infection à VIH/SIDA. Il permet à une personne consentante et suffisamment informée, de faire un test VIH ; l'information et le conseil, reçus avant et après le test, lui étant indispensable pour sa conduite à tenir ultérieure. En effet, les personnes au courant de leur statut, seront amenées à adopter des comportements à moindre risque et ainsi contribuer à la réduction des nouveaux cas d'infection à VIH.

L'expérience acquise par le premier service de dépistage anonyme et gratuit du centre de promotion de la santé Cardinal Hyacinthe Thiamdoum de Dakar depuis 14 mois, a permis de constater l'ampleur de la demande dans ce domaine. En effet depuis son ouverture, le nombre de dépistages ne cesse d'augmenter.

De janvier à décembre 2000 , 958 analyses biologiques ont été effectuées dont 793 tests de dépistage anonyme. Soixante dix tests sont revenus positifs pour le VIH (8,83%), 723 tests sont négatifs. La moyenne d'âge des sujets testés est de 30 ans dont 70% de femmes et 30% d'hommes.

Dans la perspective d'une extension des services de CDV vers toutes les régions du Sénégal, des normes et protocoles nationaux ont été élaborés dans un souci d'harmonisation et de renforcement de la qualité des services. Ceux-ci ont concerné : l'organisation et le fonctionnement, les activités (conseil, laboratoire, référence) et le suivi évaluation.

Ainsi, les services de CDV devraient être mis en place dans la perspective d' au moins un centre de dépistage anonyme dans chaque région d'ici 2006.

II.2.2 Prise en charge

Le Sénégal a reconnu rapidement l'indispensable synergie entre la prévention et les soins et a voulu relever le défi de prendre en charge les personnes infectées. La prise en charge des malades du SIDA est recommandée à tous les niveaux du système sanitaire. Elle se résume en un paquet de soins comprenant la prise en charge des affections opportunistes dont la tuberculose et un soutien aux personnes vivant avec le VIH. L'objectif de cette prise en charge est d'améliorer la qualité de vie de ces personnes par une baisse significative de la morbidité et de la mortalité liées au VIH.

Depuis 1998, la prise en charge médicale est complétée par l'accès aux ARV dans le cadre de l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV). Cette initiative a subi plusieurs évolutions entre 2000 et 2001 parmi celles ci:

- la réduction du prix des ARV qui a entraîné une augmentation du nombre des
- patients traités.
- l'élargissement des activités de l'ISAARV lié à l'inclusion de nouveaux patients adultes, d'enfants et à l'accès à la Prévention de la TME.

- les perspectives de décentralisation des activités de l'ISAARV dans les dix régions du Sénégal.

Le counseling ou prise en charge psychosociale a été recommandé comme devant toujours accompagner les soins pour les PVVIH. Si cette activité est disponible au niveau des centres de référence, en zones décentralisées, il y a quelques insuffisances liées à un défaut de formation dans ce domaine.

L'introduction des Antirétroviraux dans la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH), le démarrage du programme de réduction de la TME et la promotion du dépistage volontaire ont accru la charge de travail des médecins et du personnel social s'occupant classiquement de la prise en charge psychosociale. Aussi, l'accompagnement des PVVIH et de leur famille a été retenue comme une stratégie du programme pour offrir une prise en charge efficiente.

Cependant, l'implication des communautés (ONG, PVVIH) devra être effective pour soutenir cette activité.

II.2.3 Surveillance Epidémiologique

L'évaluation de l'étendue et de la progression de l'épidémie à VIH au Sénégal repose sur un système fiable de surveillance. Le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) a dès 1989 mis en place un programme de surveillance par sites sentinelles dans le cadre de sa stratégie de lutte.

Après une décennie de surveillance sentinelle classique, plusieurs évaluations et consultations d'experts ont dégagé les points forts et les points faibles de ce système.

Ces analyses ont permis de planifier la mise en place d'un système renforcé de surveillance (seconde génération) selon les recommandations de l'ONUSIDA et de l'OMS qui va démarrer en 2001.

II.2.4 Recherche

Plusieurs axes de recherche ont été identifiés et développés à savoir : la recherche clinique, biologique, la recherche en sciences sociales et comportementales et la recherche fondamentale en immunologie, en bactériologie et en virologie.

La recherche aide à l'orientation et à l'évaluation des stratégies du Programme National de Lutte contre le SIDA.

Ainsi, plusieurs thèmes de recherche prioritaire sont développés entre autres :

- L'évaluation des kits de dépistage du VIH

- La recherche de la résistance aux antimicrobiens (IST)
- La recherche sur l'épidémiologie moléculaire (surveillance des sous-types et IST)
- Les recherches vaccinales
- La recherche comportementale et la recherche d'accompagnement des ARV
- L'évaluation des multithérapies antirétrovirales en termes d'efficacité et de tolérance
- L'évaluation des traitements préventifs de la Transmission Mère Enfant du VIH
- L'étude du profil social des patients inclus dans l'ISAARV et de l'impact microéconomique du coût des ARV
- L'étude des facteurs d'observance de la multithérapie antirétrovirale.
- L'étude de la surveillance de la résistance aux ARV
- L'étude de la circulation des ARV au Sénégal sous l'angle anthropologique
- L'évaluation des traitements précoces chez l'enfant en termes d'efficacité et de tolérance
- L'étude de la valeur prédictive des signes cliniques pour l'évolution vers le sida chez le grand enfant infecté par le VIH.
- La recherche-Action sur les groupes vulnérables
- La recherche-Intervention sur le passage à l'échelle (ARV, PTME, Condoms féminins, CDV)
- La recherche sur les indicateurs d'évaluation « IST »
- La recherche sur l'évaluation des algorithmes de prise en charge syndromique des IST
- Les études de prévalence des agents IST/VIH et des autres agents infectieux du sang

II.2.5 Ethique - Juridique

Un comité consultatif sur les aspects éthiques et juridiques a été mis en place dès 1990 et a aidé à apporter des réponses adaptées et appropriées aux questions éthiques juridiques posées par la maladie du SIDA.

II.3. Atouts et Contraintes

II.3.1 Les atouts

II.3.1.1 - Situation structurelle favorable

- ⌘ Forte cohésion sociale : valeur morale à forte dominante religieuse et circoncision universelle
- ⌘ Politique transfusionnelle (1970)
- ⌘ Etablissement d'un système de prise en charge socio-sanitaire de la prostitution (1970)
- ⌘ Programme MST (1978)
- ⌘ Stabilité de la cellule de gestion du Programme SIDA.

II.3.1.2- Réponse précoce à l'épidémie du VIH/SIDA

- ⌘ 1^{er} cas d'infection du VIH diagnostiqué en 1986
- ⌘ Engagement du Chef de l'Etat et du Gouvernement dès 1986 (budget)
- ⌘ Création du Comité National de Lutte contre le SIDA (1986)
- ⌘ Renforcement de la sécurité transfusionnelle (dépistage systématique des dons de sang dès 1986)
- ⌘ Programme SIDA/MST intégré (dès 1986)
- ⌘ Engagement des leaders religieux, des experts médicaux et des communautés (1988)
- ⌘ Mise en place de systèmes de surveillance de l'épidémie et d'évaluation des interventions (1988)

II.3.1.3- Actions publiques développées à large échelle contre l'épidémie

- ⌘ Ampleur des interventions
- ⌘ Approche multisectorielle et pluridisciplinaire
- ⌘ Plusieurs centaines d'ONG et des milliers de relais (jeunes, religieux, etc...) avec l'implication d'importants réseaux d'associations et de mouvements de jeunes particulièrement dynamiques dans les domaines de la vie sportive, culturelle et sociale. Il s'agit notamment des Associations Sportives et Culturelles (ASC)
- ⌘ Intervention des religieux avec leurs démembrements régionaux

- ⌘ Interventions ciblées sur les jeunes et les adolescents avec mise en place de structures de prise en charge préventive des IST/SIDA : centres ADO, cellules anti-SIDA
- ⌘ Interventions ciblées en milieu scolaire, (cellules anti-Sida, SIDA/IST dans les programmes scolaires)
- ⌘ Interventions ciblées sur les groupes vulnérables (prostituées, migrants, etc...)
- ⌘ Intervention d'un grand nombre d'associations féminines (traditionnelles ou modernes) dotées d'une grande capacité de mobilisation. Actuellement le Sénégal compte plus de 6000 groupements féminins avec 1.050.000 adhérentes.

II.3.1.4 - Le Leadership et le Plaidoyer

Plusieurs types de leaderships déterminent la lutte contre le SIDA au Sénégal. Il s'agit notamment :

- ⌘ du Leadership du Chef de l'Etat et du Gouvernement qui font de la lutte contre le SIDA, une priorité de santé publique et de développement. Le rôle joué par le Sénégal dans la première déclaration des Chefs d'Etat sur le SIDA, le rôle de chef de file que joue le Président de la République du Sénégal dans cette lutte et le budget alloué et régulièrement renforcé par son gouvernement attestent de ce leadership. Le dernier exemple en date est le doublement du budget pour la prévention et les traitements antirétroviraux durant l'année budgétaire 2001.
- ⌘ du Leadership des experts : la notoriété et l'expertise sénégalaises ont facilité les financements de la recherche et de la formation sur le SIDA et les Infections Sexuellement Transmises faisant de Dakar un centre d'excellence dans ces domaines pour les pays en développement.
- ⌘ du Leadership des religieux : les leaders religieux ont joué un rôle clé dans la sensibilisation des populations sur l'adoption de comportements responsables – mais aussi dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le virus du SIDA.
- ⌘ du Leadership des femmes - les organisations féminines sont fortement impliquées dans la sensibilisation des femmes et de leurs partenaires, les hommes. La semaine annuelle Femmes/SIDA reste un temps fort fondamental dans la lutte contre le SIDA.

⌘ du Leadership des ONGS et des PVVIH : la sensibilisation de proximité des communautés de base est assurée par les ONG qui sont de véritables leaders communautaires.

Par ailleurs, le Sénégal abrite les secrétariats continentaux de différents réseaux africains de lutte contre le SIDA.

Le plaidoyer permanent dans la lutte contre le SIDA fait par le Chef de l'Etat, le gouvernement, les experts, la commission Mixte des Bailleurs de Fonds luttant contre le SIDA, l'ONUSIDA a été déterminant pour le financement régulier des activités de lutte contre le SIDA.

Les évaluations régulières faites par les partenaires internationaux et le gouvernement pour juger de la performance ont créé une transparence qui a encouragé les partenaires internationaux et nationaux à renforcer régulièrement leur financement dans la prévention, la prise en charge, la surveillance, l'évaluation, la recherche et la formation.

II.3.1.5- Partenariat

Dès le début de la réponse à l'épidémie du VIH/SIDA, le partenariat était l'un des piliers du Comité SIDA. Au niveau national, les ONG ont œuvré avec le Comité SIDA dans la mise en œuvre d'activités de prévention des IST/SIDA. Ce partenariat s'est qualitativement renforcé avec une amélioration de la capacité des ONG à mener de façon efficace des actions au niveau des communautés.

Au niveau international, les partenaires au développement se sont ainsi activement engagés aux côtés du Comité SIDA à travers leur assistance financière et technique. Leurs interventions s'inscrivent parfaitement dans les orientations du Comité SIDA. Les efforts de coordination, à travers la création de la commission mixte comme cadre d'échange entre donateur, devraient aider à améliorer la qualité de cette coopération.

II.3.1.6- La Pro-activité

Le Programme SIDA du Sénégal a joué un rôle pilote et déterminant au niveau de la Région Africaine :

- ⌘ Dans l'engagement des religieux dans la lutte contre le SIDA
- ⌘ Dans l'intégration du volet VIH/SIDA et les Infections Sexuellement Transmises dans les programmes scolaires
- ⌘ Dans le renforcement du contrôle des Infections Sexuellement Transmises : co-facteurs de l'infection par le virus du SIDA
- ⌘ Dans les initiatives gouvernementales d'accès aux traitements antirétroviraux en Afrique
- ⌘ Dans la décentralisation des programmes de prévention de la transmission mère enfant du VIH et celles des traitements antirétroviraux en dehors des capitales africaines.

II.3.1.7- La Coopération Nord – Sud et Sud – Sud

La coopération Nord-Sud a permis de renforcer les activités de recherche et de formation de qualité des ressources humaines de qualité. Elle a entraîné la validation d'initiatives pilotes sur la prévention du VIH/SIDA et sur les traitements antirétroviraux, expérience que les experts sénégalais partagent avec les autres pays africains dans le cadre de la coopération Sud-Sud. Sur le plan de la formation, l'expertise sénégalaise assure la formation des gestionnaires des programmes SIDA et des laboratoires de référence des pays en développement francophones. De même, avec l'appui de la communauté des partenaires, les experts sénégalais ont facilité la mise en place de programmes d'accès aux traitements antirétroviraux dans d'autres pays. En outre, Dakar abrite deux centres de référence ONUSIDA sur la recherche et la formation sur le SIDA et les IST.

II.3.2 Les contraintes

II.3.2.1 - Prévention de la transmission sexuelle du VIH

Changement de comportements

- ⌘ Non permanence des activités IEC – Changement de comportement
- ⌘ Insuffisance de la décentralisation des activités IEC – Changement de comportement
- ⌘ Ignorance – Analphabétisme – Pauvreté
- ⌘ Non appropriation des activités IEC et counselling par les communautés de base

- ⌘ Facteurs culturels traditionnels voire religieux
- ⌘ Coût assez onéreux des préservatifs pour certaines populations et non accessibilité des préservatifs féminins
- ⌘ Vulnérabilité des jeunes et des femmes et insuffisance de leur information et de leur éducation dans le domaine du SIDA
- ⌘ Insuffisance des financements des activités (IEC/CCC/ICC)
- ⌘ Absence de « Plan de communication contre le SIDA et les IST »
- ⌘ Insuffisance des moyens logistiques et audiovisuels
- ⌘ Faiblesse des plans sectoriels des hommes de tenue, des secteurs en charge des femmes, des jeunes, des travailleurs, de l'agriculture.

Prise en charge des Infections Sexuellement Transmises

- ⌘ Insuffisance des personnels formés en particulier au niveau des districts et autres structures sanitaires de prise en charge
- ⌘ Insuffisance dans l'accès des médicaments contre les IST au niveau des districts (disponibilité – recouvrement, etc...) et autres structures de prise en charge
- ⌘ Rupture dans l'approvisionnement des tests et réactifs IST au niveau national et régional
- ⌘ Insuffisance dans la maintenance du matériel clinique et de laboratoire

II.3.2.2- Prévention de la transmission sanguine du VIH

- ⌘ Insuffisance en équipements, en ressources humaines de qualité, en moyens humains, et en moyens de supervision des activités de sécurité transfusionnelle au niveau des banques de sang décentralisées.
- ⌘ Rupture de continuité dans l'Approvisionnement des banques de sang, en tests de dépistage et de confirmation du VIH entre 2 projets.
- ⌘ Insuffisance et vétusté des moyens de dépistage du VIH au niveau des banques de sang.
- ⌘ Absence de banques de sang au niveau de certains districts éloignés des capitales régionales
- ⌘ Insuffisance dans la stérilisation des aiguilles et objets tranchants à usage courant en milieu médical et non médical
- ⌘ Insuffisance du matériel à usage unique
- ⌘ Recrudescence du nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse.

II.3.2.3- Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH

- ⌘ Insuffisance en équipements en ressources humaines et en personnels formés dans les régions
- ⌘ Résistance des couples au dépistage du VIH chez les femmes enceintes (refus des conjoints)
- ⌘ Ignorance du statut sérologique chez beaucoup de femmes enceintes à l'instar de la population générale
- ⌘ Insuffisance des moyens de dépistage des femmes enceintes au niveau régional
- ⌘ Insuffisance de l'accessibilité au test de dépistage et de confirmation du VIH (coût)
- ⌘ Irrégularité de l'Approvisionnement en tests de dépistage et de confirmation au niveau régional en particulier.
- ⌘ Absence de décentralisation du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au niveau des régions et des districts.

II.3.2.4- Conseils et Dépistage Volontaire

- ⌘ Absence de structures spécialisées de CDV au niveau décentralisé
- ⌘ Faible fréquentation de la structure de dépistage à Dakar
- ⌘ Faible taux de couverture en matière de centre de conseil et dépistage volontaire
- ⌘ Absence de guides harmonisés de counselling
- ⌘ Insuffisance de formation du personnel en counselling
- ⌘ Absence de ressources humaines pour les centres de conseil et dépistage volontaire

II.3.2.5- Prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH et de leurs familles

- ⌘ Insuffisance en ressources humaines et en personnels formés pour les traitements et la prise en charge psychosociale des PVVIH.
- ⌘ Difficultés d'accès aux traitements antirétroviraux et aux traitements contre les infections opportunistes "Coût-insuffisance du budget".
- ⌘ Insuffisance de motivation des personnels et de tous les acteurs concernés eu égard à la surcharge de travail aussi bien au niveau national que régional.
- ⌘ Insuffisance du budget de la maintenance des appareils de mesures et des indicateurs biologiques de suivi et de sélection des malades (Appareil pour charge virale et CD4).

- ⌘ Irrégularité de l'approvisionnement en tests de dépistage, de confirmation VIH et en réactifs (CD4, Charge virale, des Infections opportunistes), etc.
- ⌘ Insuffisance des appareils de mesures, des marqueurs biologiques de suivi et de sélection des malades et de dépistage du VIH.
- ⌘ Absence de modules et de guides standardisés de prise en charge clinique thérapeutique et de counselling des personnes vivant avec le VIH (adultes et enfants)
- ⌘ Contraintes socio-économiques et structurelles vécues par le réseau de personnes vivant avec le VIH, leurs familles et les orphelins du SIDA.

II.3.2.6- Surveillance épidémiologique et comportementale

- ⌘ Insuffisance des sites de surveillance sentinelle du VIH
- ⌘ Insuffisance en ressources humaines compétentes
- ⌘ Irrégularité dans l'Approvisionnement des réactifs de dépistage et de confirmation
- ⌘ Insuffisance et vétusté des moyens de laboratoires

II.3.2.7- Gestion, Coordination, Plaidoyer, Financement et Décentralisation

- ⌘ Insuffisance de l'intégration et de l'harmonisation du volet « lutte contre le Sida » dans les projets de développement (Agriculture, Transport, Education, etc.)
- ⌘ Insuffisance du mécanisme de coordination pour bénéficier de l'engagement permanent au plus haut niveau et pour renforcer la coordination nationale de la réponse à l'épidémie du Sida
- ⌘ Insuffisance de l'implication des ONG, de la Société civile, des collectivités locales, des communautés de base, de leur appropriation de la lutte contre le Sida
- ⌘ Insuffisance de l'engagement et de l'appropriation de la lutte contre le SIDA par tous les ministères concernés,
- ⌘ Absence de standardisation des procédures comptables des différents partenaires internationaux
- ⌘ Lourdeurs dans la mobilisation des ressources et dans les procédures liées aux financements des programmes sectoriels des ONG, des OCB et des activités des districts sanitaires en particulier
- ⌘ Léthargie de la plupart des comités régionaux de lutte contre le Sida et les IST.
- ⌘ Vétusté des moyens logistiques de coordination, de supervision et de liaison.

III PLAN STRATEGIQUE 2002 -2006

III.1 But

Le but du Plan Stratégique est de permettre au gouvernement du Sénégal de capitaliser les acquis de la lutte contre le SIDA, de maintenir durant la période 2002-2006 la prévalence du VIH à un niveau inférieur à 3%, d'améliorer la qualité de vie des Personnes Vivant avec le VIH et de réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA.

III.2 Principes directeurs

- ⌘ La participation multisectorielle ainsi que l'engagement permanent du Chef de l'Etat, du gouvernement, des leaders politiques, religieux et communautaires indispensables à une réponse nationale et locale seront renforcés.
- ⌘ Les droits des PVVIH seront respectés et leurs responsabilités renforcées.
- ⌘ Le volet lutte contre le SIDA sera intégré dans les projets et programmes socio-économiques de développement.
- ⌘ Le dépistage systématique du VIH et des autres agents infectieux (syphilis – hépatite) sur tous les dons de sang sera assuré sur le territoire national.
- ⌘ Les moyens des acteurs de la lutte et populations seront renforcés pour freiner l'expansion de l'épidémie.
- ⌘ Les activités seront développées de façon à rendre permanente et élargie la prévention du SIDA et à améliorer significativement la prise en charge des PVVIH.
- ⌘ Le test de dépistage du VIH chez toute personne doit être volontaire, entouré d'une confidentialité et accompagné d'un service de conseil pré et post test
- ⌘ Les ressources doivent être allouées en tenant compte des facteurs de vulnérabilité des populations touchées par le VIH, de l'impact du SIDA et des priorités en terme de prévention et de prise en charge.
- ⌘ Les activités de lutte contre le VIH/SIDA seront intégrées dans les services de santé et les services sociaux existants en vue d'une meilleure accessibilité.
- ⌘ Les efforts de lutte seront menés de façon participative avec une implication et une mobilisation de tous les acteurs de la communauté et des PVVIH.
- ⌘ Les traitements du SIDA en particulier les antirétroviraux seront accessibles aux Personnes Vivant avec le Virus du SIDA éligibles

- ⌘ Le partenariat sera renforcé
- ⌘ La décentralisation des activités de lutte contre le VIH/SIDA devra être effective.

III.3 Objectifs généraux

- ⌘ Maintenir la prévalence du VIH au dessous de 3% en 2006.
- ⌘ Améliorer la qualité de vie des Personnes Vivant avec le virus du SIDA.
- ⌘ Réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA.

III.4 Objectifs stratégiques

- **Prévention**

- **Prévention de la Transmission Sexuelle.**

1. Promouvoir les comportements sexuels à moindre risque
2. Améliorer la prise en charge des Infections Sexuellement Transmises.
3. Renforcer le contrôle sanitaire de la prostitution

- **Prévention de la Transmission Sanguine.**

1. Assurer l'Innocuité Transfusionnelle
2. Prévenir la transmission du VIH par les accidents d'exposition au sang.

- **Prévention de la Transmission Mère Enfant**

Renforcer le programme de prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH.

- **Conseils et Dépistage Volontaire**

Promouvoir l'accès au dépistage volontaire

- **Prise en charge médicale et psychosociale**

1. Renforcer les soins pour les Personnes Vivant avec le VIH
2. Assurer le soutien et l'accompagnement psychosocial des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

- **Surveillance épidémiologique**

Renforcer le système de surveillance du VIH, des Infections Sexuellement Transmises (IST).

- **Recherche – Ethique**

1. Promouvoir la recherche
2. Renforcer le comité consultatif éthique – juridique.

- **Coordination – Plaidoyer – Gestion**

1. Renforcer la coordination et le plaidoyer
2. Améliorer la gestion.

III.5 Composantes du plan stratégique 2002-2006

III .5.1 Prévention

III .5.1.1 Prévention de la Transmission Sexuelle

- **Promotion des comportements sexuels à moindre risque**

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
Promouvoir les comportements sexuels à moindre risque pour le VIH/SIDA	1.1. Mise en oeuvre du Plan d'Action 2002-2006 des Jeunes contre le SIDA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités des jeunes pour une meilleure intégration et de la lutte contre le SIDA dans leurs activités ▪ Amélioration de l'accès des jeunes du milieu extra scolaire aux services de santé VIH/SIDA/IST en particulier ▪ Renforcement des capacités des ressources humaines sur les questions relatives à la lutte contre le SIDA ▪ Intégration dans les modules de formation des agents d'encadrements des structures d'accueil des jeunes des questions relatives au VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de la Jeunesse, de l'Hygiène Publique et de l'Environnement ▪ Ministère de la Santé et de la Prévention ▪ Ministère de la Famille et de la Petite Enfance ▪ Ministère de l'Education ▪ Ministère du Tourisme ▪ Ministère des Forces Armées, ▪ Ministère de l'Intérieur ▪ Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de programmes IEC/Changement de Comportement ciblés sur les jeunes par une éducation par pairs avec les ASC, les conseils régionaux et départementaux de jeunesse. ▪ Développement de programmes de sensibilisation sur les CDV. <p>1.2. Mise en oeuvre du Plan d'Action 2002-2006 de l'Education contre le SIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre du plan IEC pour la lutte contre le SIDA dans le secteur de l'éducation (formel et non formel) ▪ Mise en place d'un dispositif fonctionnel de coordination, de collecte de données, de suivi et d'évaluation de la formation des apprenants dans le formel et le non formel ▪ Développement d'une recherche action pour améliorer l'efficacité des apprentissages de lutte contre le SIDA dans le formel et le non formel ▪ Renforcement des capacités institutionnelles du réseau animé par la sous composante santé et nutrition pour permettre une bonne coordination dans le formel et le non formel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de l'Economie et des Finances ▪ Ministère des Sports ▪ Ministère de l'Agriculture ▪ Ministère du développement social et de la solidarité nationale ▪ Ministère de la Décentralisation ▪ Ministère des Affaires Etrangères et des Sénégalais de l'Extérieur ▪ Partenaires Internationaux ▪ ONGs et Associations professionnelles et non professionnelles ▪ Associations de jeunesse ▪ Groupements féminins ▪ Religieux ▪ Secteur de la Communication ▪ Secteur du Tourisme ▪ Secteur du Transport

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
	<p data-bbox="481 235 1114 297">1.3. Mise en oeuvre du Plan d'Action 2002-2006 des Femmes contre le SIDA</p> <ul data-bbox="529 353 1129 1122" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="529 353 1129 439">▪ Promotion de l'approche Genre dans la mise en œuvre du programme VIH/SIDA <li data-bbox="529 461 1129 546">▪ Coordination des interventions en direction des femmes <li data-bbox="529 568 1129 654">▪ Renforcement des capacités des femmes en matière de lutte contre le Sida, <li data-bbox="529 676 1129 761">▪ Intégration de l'IEC/CCC sur le SIDA dans tous les programmes d'activités des femmes <li data-bbox="529 784 1129 869">▪ Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins <li data-bbox="529 891 1129 976">▪ Plaidoyer pour une meilleure protection en faveur des jeunes filles <li data-bbox="529 999 1129 1122">▪ Développement de programmes de plaidoyer et de sensibilisation sur la PTME et le CDV <p data-bbox="481 1144 1072 1209">1.4. Mise en œuvre du plan intégré VIH/Sida dans le milieu travail</p> <ul data-bbox="529 1249 1120 1653" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="529 1249 1120 1384">▪ Intégration du volet IST/SIDA dans les plans de développement des secteurs du travail <li data-bbox="529 1406 1120 1491">▪ Définition d'un cadre juridique sur le SIDA en milieu du travail <li data-bbox="529 1514 1120 1653">▪ Mobilisation des travailleurs des secteurs formel et informel dans la prévention du SIDA (IEC/CCC/ICC) <p data-bbox="481 1675 1088 1740">1.5. Mise en œuvre du plan intégré VIH/SIDA ciblé sur les Hommes en Tenue</p> <ul data-bbox="481 1796 1120 1989" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="481 1796 1120 1881">▪ Mise en œuvre du programme IEC sur les IST/SIDA dans le secteur des hommes en tenue <li data-bbox="481 1904 1120 1989">▪ Mise en œuvre d'un programme de prévention des IST/SIDA dans le secteur de santé des 	

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
	<p>hommes en tenue</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'une approche spécifique d'IEC/CCC/ICCSIDA des hommes en tenue mobiles pour un comportement responsable <p>1.6. Mise en oeuvre du plan d'action « 2002-2006 » de l'Alliance Nationale des Religieux contre le SIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'une approche spécifique « SIDA & Religion » par la production de supports communs ▪ Développement d'un plaidoyer auprès des Chefs Religieux et des médias ▪ Renforcement des capacités structurelles et opérationnelles de l'Alliance des Religieux ▪ Mise en œuvre du programme IEC/CCC de l'Alliance des Religieux contre le SIDA <p>1.7. Mise en œuvre du plan d'action ciblé sur les Migrants</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'une approche spécifique SIDA/Migration, Routiers, Réfugiés et personnes déplacés pour un changement de comportement ▪ Renforcement des capacités opérationnelles de cette cible ▪ Renforcement du plaidoyer auprès des décideurs politiques, religieux et leaders des cibles ▪ Développement d'un programme de prévention en direction des cibles <p>1.8. Mise en oeuvre du plan d'action des Tradipraticiens "2002 – 2006"</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'un programme IEC/CCC et 	

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
	<p>Counselling avec les tradipraticiens</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités des tradipraticiens <p>1.9. Mise en oeuvre du Plan de promotion de l'utilisation des préservatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité et Accessibilité des préservatifs masculins et féminins dans toutes les régions et tous les districts ▪ Renforcement de la décentralisation du marketing social des préservatifs dans toutes les régions et districts ▪ Promotion de l'atteinte de l'objectif 100% condoms chez les travailleurs de sexe ▪ Renforcement du système d'approvisionnement de distribution et de gestion des préservatifs. ▪ Renforcement du suivi médico-social de la sensibilisation et de la promotion de l'utilisation des préservatifs chez les travailleurs du sexe (officielle et clandestine) <p>1.10. Mise en oeuvre des Plans d'Action 2002-2006 des districts, ONGs, OCB, Associations et Groupements</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planification des activités à la base ▪ Mise en œuvre des plans opérationnels IEC des districts ▪ Mise en place d'un dispositif fonctionnel de coordination, de collecte de données, de suivi et d'évaluation des ONGs et OCB ▪ Renforcement des capacités opérationnelles et structurelles des ONGs, OCB et Associations ▪ Elaboration et exécution de projets IEC/CCC pour les ONGs, OCB et Associations et Groupements. 	

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
	<p data-bbox="480 235 1112 338">1.11. Intégration du volet IEC/CCC/ICC sur le VIH/SIDA dans les programmes de lutte contre la pauvreté et les projets de développement</p> <ul data-bbox="480 371 1129 566" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 371 1129 566">▪ Prise en compte des volets IEC/CCC sur le SIDA dans les programmes de lutte contre la pauvreté et les projets de développement pour la promotion de comportements à moindre risque <p data-bbox="480 636 1115 703">1.12. Mise en oeuvre du plan intégré VIH/SIDA/ Communication "2002 – 2006"</p> <ul data-bbox="528 741 1107 1675" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="528 741 1107 936">▪ Renforcement des connaissances du public sur les modes de contamination, de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA <li data-bbox="528 954 1107 1196">▪ Engagement et mobilisation des communicateurs face à la réponse au VIH/SIDA en vue de susciter un changement de comportement chez la population <li data-bbox="528 1214 1107 1352">▪ Création d'un environnement politique, économique, social, juridique et éthique favorable à la réponse à l'épidémie <li data-bbox="528 1370 1107 1509">▪ Renforcement des capacités et de l'engagement des PVVIH comme force de plaidoyer <li data-bbox="528 1527 1107 1675">▪ Renforcement et encouragement des attitudes favorables à la prévention (perception et intériorisation du risque) 	

- *Volet "Prise en charge des IST"*

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
Renforcer la prise en charge des IST	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la prise en charge efficace des IST au niveau des services publics et privés ▪ Intégration des services IST au niveau des centres SR ▪ Renforcement du contrôle d'IST/VIH au niveau des groupes vulnérables dans toutes les régions du Sénégal ▪ Disponibilité et Accessibilité des médicaments contre les IST dans toutes les régions et tous les districts ▪ Accessibilité du dépistage sérologique de la syphilis au niveau des districts . 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de la Santé et de la Prévention ▪ ONG ,Associations ▪ Ministère de la Famille et de la Petite Enfance ▪ Ministère de la Jeunesse ▪ Ministère de l'Economie et des Finances ▪ Ministère de la justice ▪ Parlement ▪ Secteur Privé ▪ Partenaires internationaux

- *Volet « Contrôle Sanitaire des prostituées »*

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
Renforcer le contrôle sanitaire des prostituées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décentralisation du contrôle sanitaire des prostituées dans toutes les régions ▪ Renforcement des capacités des prostituées pour une éducation par pairs ▪ Renforcement des activités de prévention (IEC, CCC, promotion des préservatifs masculins et féminins) dans les centres de suivi des prostituées ▪ Renforcement des activités de prévention du SIDA (IEC, CCC, promotion de l'utilisation des préservatifs) dans les bars, hôtels et autres lieux de rencontre ▪ Renforcement des activités de la prise en charge médicale des prostituées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de la Santé et de la Prévention ▪ Ministère de l'Intérieur ▪ Ministère de la Décentralisation ▪ Secteur du Tourisme ▪ Partenaires Internationaux ▪ ONGs

III.5.1.2- Prévention de la Transmission Sanguine du VIH

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
1. Assurer l'Innocuité transfusionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du système de dépistage de tous les dons de sang 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de la Santé et de la Prévention ▪ Partenaires Internationaux ▪ ONGs ▪ Partenaires Internationaux
2. Prévenir la transmission par les Accidents d'Exposition au Sang (AES).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion d'une politique de prévention des AES. ▪ Mise en place d'un programme de surveillance et de prise en charge des AES 	

III.5.1.3 - Volet "Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH"

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
Renforcer le programme de prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion du dépistage volontaire et anonyme au niveau national des femmes en âge de procréer ▪ Renforcement en ressources humaines compétentes ▪ Lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant ▪ Renforcement des laboratoires régionaux pour le dépistage, la confirmation, le suivi biologique dans toutes les régions du Sénégal entre 2002 et 2006 ▪ Renforcement de la prise en charge médicale et psychosociale des femmes enceintes, des nouveaux nés de mères VIH+ et de la cellule familiale ▪ Renforcement du suivi évaluation ▪ Intégration du volet Prévention TME dans les programmes de santé(santé reproductive, programme nutrition etc...). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de la Santé et de la Prévention ▪ Ministère de la Famille et de la Petite Enfance ▪ Ministère du Développement Social et de la Solidarité Nationale ▪ Ministère de la justice ▪ Parlement ▪ Secteur privé ▪ ONG ,Associations professionnelles et non professionnelles ▪ Partenaires internationaux

III.5.1.4 - Volet "Conseils et Dépistage Volontaire"

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
<p>Promouvoir l'accès au conseil et dépistage volontaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion et décentralisation des services de conseils et de dépistage volontaire et anonyme au niveau national ▪ Renforcement des ressources humaines compétentes ▪ Renforcement des laboratoires régionaux pour le dépistage dans toutes les régions du Sénégal entre 2002 et 2006 ▪ Renforcement des structures Conseil et dépistage existants ▪ Renforcement du système de suivi, évaluation et coordination 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Min. Santé et de la Prévention ▪ Ministère Développement Social et Solidarité Nationale ▪ Ministère de la justice ▪ Parlement ▪ Secteur privé ▪ ONG ,Associations professionnelles et non professionnelles ▪ Partenaires internationaux

III.5.2 - Prise en charge médicale et psychosociale

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
1. Renforcer les soins pour les Personnes vivant avec le VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV) ▪ Décentralisation de l'ISAARV dans les 10 régions du Sénégal. ▪ Disponibilité et Accessibilité des médicaments contre les Infections Opportunistes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de la Santé et de la Prévention ▪ ONGs ▪ Partenaires internationaux ▪ Ministère du Développement Social et de la Solidarité nationale ▪ PLP ▪ PAM
2. Assurer le soutien et l'accompagnement psychosocial des personnes infectées et affectées par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des mesures d'accompagnement des PVVIH et des enfants marqués par le VIH(Prise en charge nutritionnelle) ▪ Développement des projets générateurs de revenus 	

III.5.3 - Surveillance épidémiologique

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
Renforcer le système de surveillance du VIH et des IST	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement la Surveillance sentinelle du VIH ▪ Renforcement de la Surveillance Comportementale (ESC) ▪ Mise en œuvre de la Surveillance combinée ▪ Renforcement de la Surveillance des IST ▪ Renforcement de la Surveillance des cas notifiés de SIDA ▪ Décentralisation du Programme de surveillance dans les 10 régions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de la Santé et de la Prévention ▪ Partenaires Internationaux

III.5.4 - Recherche – Ethique

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
Promouvoir la recherche.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion des recherches opérationnelles sur les IST et le VIH/Sida et sur les indicateurs ▪ Développement de la Recherche sur l'Epidémiologie moléculaire (surveillance des sous types IST) ▪ Développement des Recherches sur les traitements du SIDA et les résistances ▪ Evaluation des tests VIH et IST ▪ Développement de la Recherche vaccinale ▪ Développement des Recherches socio-comportementales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de la Santé et de la Prévention ▪ Partenaires Internationaux ▪ Ministère des forces armées ▪ Ministère de l'intérieur ▪ Ministère de la Justice ▪ Université ▪ Instituts de recherche ▪ Secteur privé ▪ ONG
Renforcer le comité consultatif Ethique – Juridique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réactualisation des normes éthiques et juridiques en rapport avec le VIH / SIDA ▪ Redynamisation du comité consultatif éthique et juridique ▪ Réactualisation des textes juridiques sur la prostitution. 	

III.5.5 - Coordination - Gestion

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
1. Renforcer la Coordination et le Plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de l'engagement du Chef de l'Etat, du Gouvernement, des leaders politiques, religieux, communautaires et traditionnels. ▪ Renforcement du plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources (humaines – financières et matérielles) ▪ Renforcement des mécanismes de coordination au niveau des partenaires nationaux et internationaux. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présidence ▪ Primature ▪ Gouvernement ▪ Société Civile ▪ ONG ▪ Groupe Thématique ONUSIDA ▪ Commission Mixte et de Coordination (CMSC)

Objectifs	Principales Stratégies	Partenaires
<p>2. Améliorer la Gestion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de l'engagement de tous les ministères concernés. ▪ Renforcement de l'engagement et de la synergie des ONG, de la société civile, des collectivités locales, des communautés de base dans la réponse à l'épidémie du VIH ▪ Redynamisation des comités régionaux et départementaux de lutte contre le SIDA ▪ Renforcement des capacités institutionnelles des réseaux communautaires et des secteurs. ▪ Renforcement de la coordination et de la supervision ▪ Evaluation périodique du programme ▪ Elaboration périodique du tableau de bord des financements du Programme SIDA ▪ Simplification des procédures de mobilisation des financements des programmes sectoriels, des ONG, des OCB et des activités des districts sanitaires en particulier ▪ Standardisation des procédures comptables avec les partenaires internationaux ▪ Harmonisation des procédures de gestion ▪ Renforcement des capacités de gestion des ONG et OCB ▪ Audit Technique et financier. 	

III.6 - Cadre logique

A-Objectif Général

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses
1. Maintenir le taux de prévalence en dessous de 3%	<ul style="list-style-type: none"> Taux de prévalence du VIH/SIDA est < 3% en 2006 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de prévalence du VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> Bulletin Epidémiologique 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des ressources humaines et financières
2. Promouvoir l'approche multisectorielle dans la lutte contre le VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> 90% des secteurs concernés participent effectivement à la lutte contre le VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'Exécution des budgets VIH/SIDA des Ministères 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'exécution budgétaire des Ministères et du secteur privé 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement des Ministères sectoriels

B- Objectif de la mise en œuvre

I- La Prévention

1 Prévention de la transmission sexuelle du VIH

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses
1. Promouvoir les comportements sexuels à moindre risque pour le VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de garçons de 15 à 19 ans sexuellement actifs passe de 35% à 25%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de garçons de 15 à 19 ans sexuellement actifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête comportementale BSS / EDS 	
	<ul style="list-style-type: none"> • 70% de garçons de 15 à 19ans ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation du préservatif chez les garçons de 15 à 19ans lors du dernier rapport sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête comportementale BSS / EDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du préservatif
	<ul style="list-style-type: none"> • 70% de filles de 15 à 19 ans ont utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation du préservatif chez les filles de 15 à 19ans lors du dernier rapport sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête comportementale BSS / EDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du préservatif
	<ul style="list-style-type: none"> • 30 % des femmes de 20 à 49 ans connaissent le préservatif féminin 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de femmes qui déclarent connaître le préservatif féminin 	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête comportementale BSS / EDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Implication des associations féminines
	<ul style="list-style-type: none"> • 80% des groupes de femmes de 20 à 49 ans connaissent au moins deux moyens de protection contre le SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de groupes de femmes de 20 à 49 ans qui connaissent au moins deux moyens de protection contre le SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête comportementale • BSS / EDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Implication des associations féminines

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses
	<ul style="list-style-type: none"> 65% des hommes adultes ont déclaré utiliser le préservatif avec une partenaire occasionnelle lors des 12 derniers mois 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion d'hommes adultes qui ont déclaré utiliser le préservatif avec une partenaire occasionnelle lors des 12 derniers mois 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête comportementale BSS / EDS 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des différents partenaires concernés
	<ul style="list-style-type: none"> 60% des femmes de 20 à 49 ans ont déclaré utiliser le préservatif avec un partenaire occasionnel lors des 12 derniers mois 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de femmes de 20 à 49 ans qui ont déclaré utiliser le préservatif avec un partenaire occasionnel lors des 12 derniers mois 	Enquête comportementale BSS / EDS	
	<ul style="list-style-type: none"> 50% des femmes de 20 à 49ans connaissent au moins deux symptômes d'IST chez l'homme 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de femmes de 20 à 49ans qui connaissent au moins deux symptômes d'IST chez l'homme 	Enquête comportementale BSS / EDS	
	<ul style="list-style-type: none"> 80% des hommes en tenue utilisent les préservatifs avec les partenaires occasionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'utilisation du préservatif avec partenaires occasionnelles chez les hommes de tenue 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête comportementale BSS / EDS 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des plus hautes autorités de l'armée, de la gendarmerie, de la douane, des sapeurs pompiers
	<ul style="list-style-type: none"> Intégration du VIH/SIDA et IEC dans les curricula des enseignements professionnels, techniques, supérieurs et secondaires à partir de 2003. 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité du module IST/VIH/SIDA /IEC 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité du module IST/VIH/SIDA /IEC dans les curricula des enseignements 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien des syndicats d'enseignants

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses
2. Renforcer la Prise en charge des IST	<ul style="list-style-type: none"> 80% du personnel ciblé dans les structures publiques, parapubliques et privées sont formés à l'approche syndromique pour la prise en charge des IST 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de personnels formés dans les structures 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports de formation 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des guides IST
	<ul style="list-style-type: none"> 70% des personnes se présentant dans les structures pour une IST reçoivent un diagnostic et un traitement selon les normes nationales 	<ul style="list-style-type: none"> IP6 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête IP6 / IP7 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des guides IST Supervision régulière
	<ul style="list-style-type: none"> 80% des personnes présentant une IST dans les structures publiques reçoivent des conseils sur les IST selon les normes nationales. 	<ul style="list-style-type: none"> IP7 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête IP6 / IP7 	<ul style="list-style-type: none"> Supervision régulière Disponibilité des guides IST
	<ul style="list-style-type: none"> 80% des centres de santé des districts font le dépistage systématique de la syphilis chez la femme enceinte 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de structures qui assurent le dépistage de la syphilis 	<ul style="list-style-type: none"> Registre de consultation Rapports 	
	<ul style="list-style-type: none"> Réduction de 50% du nombre de semaines de rupture de stock des médicaments IST en 2002 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de semaines de rupture de stock 	<ul style="list-style-type: none"> Fiche de stock des médicaments 	
	<ul style="list-style-type: none"> 75% des médicaments contre les IST sont disponibles au niveau des structures 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de médicaments IST disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Liste des médicaments essentiels Fiche de stocks 	

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses
	<ul style="list-style-type: none"> Les préservatifs sont disponibles dans 80% des structures sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de structures qui disposent de préservatifs 	<ul style="list-style-type: none"> Fiche de stock 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des moyens
	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence des MST chez la femme enceinte baisse de : <ul style="list-style-type: none"> - 17 à 12% pour Trichomonas - 2% à 1% pour Gonococcie - 7,5 à 5% pour Syphilis 	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence des IST 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de prévalence 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des moyens
	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence des écoulements urétraux chez les hommes baisse de 25% d'ici 2006 	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence des écoulements urétraux chez l'homme 	<ul style="list-style-type: none"> Registre de consultations Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Système informatiionnel fonctionnel (notification des cas d'IST)
3. Renforcer le contrôle sanitaire des prostituées	<p>La prévalence des IST suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Trichomonas baisse de 15 à 10% Gonococcie baisse de 4 à 2% Syphilis baisse de 20 à 15% chez les prostituées 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de prévalence des IST chez les prostituées 	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes de prévalence Surveillance des IST 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité et accessibilité des préservatifs et médicaments IST
	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'hôtels, de bars ou autres lieux de rencontre qui mènent des activités d'IEC/CCC augmente de 50% d'ici 2006. 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des lieux de rencontre qui mènent des activités IEC/CCC 	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des gestionnaires des bars et autres lieux de rencontres

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses
	<p>Le pourcentage de prostituées suivies qui déclarent utiliser le préservatif lors du dernier rapport :</p> <ul style="list-style-type: none"> • passe de 56 à 70% avec le partenaire régulier non client • est supérieur à 95% avec les clients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de prostituées qui déclarent utiliser le préservatif avec le partenaire régulier • Proportion de prostituées qui déclarent utiliser le préservatif avec le client. 	<p>Enquête comportementale BSS / EDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implication des leaders des prostituées • Implication des autorités policières
	<ul style="list-style-type: none"> • 30% des prostituées suivies utilisent les préservatifs féminins 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation des préservatifs féminins 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du préservatif féminin
	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme de contrôle des prostituées est décentralisé dans les 10 régions 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de régions ayant un programme de contrôle des prostituées 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'activités 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités de prévention (IEC, promotion des préservatifs) sont renforcées dans les centres de suivi des prostituées 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'activités IEC au niveau des centres • Proportion de prostituées impliquée dans les activités IEC 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Implication des leaders des prostituées

2. Prévention de la transmission sanguine du VIH

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses
1. Assurer l'innocuité transfusionnelle	<ul style="list-style-type: none"> 3 banques de sang au niveau des districts de Bakel et Kédougou et de la région de Fatick sont mises en place. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de banques de sang mises en place 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines et matérielles disponibles
	<ul style="list-style-type: none"> 100% des banques de sang assurent un dépistage systématique des dons de sang pour VIH , VHB, Syphilis 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de banques de sang qui assurent le dépistage systématique des dons de sang pour VIH , VHB, Syphilis 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des réactifs Pérennité du financement des Banques de sang
	<ul style="list-style-type: none"> 100% des poches de sang transfusées sont testées pour les agents infectieux suivants VIH , VHB, Syphilis 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des dons de sang testées pour le VIH , VHB, Syphilis et transfusés 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des réactifs
2. Prévenir la transmission par les Accidents d'Exposition au Sang (AES)	<ul style="list-style-type: none"> 90% des structures de santé au niveau des régions et des districts ont la capacité de prévention des AES 	<ul style="list-style-type: none"> proportion de structures de santé ayant la capacité de prévention des AES 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité en ressources matérielles
	<ul style="list-style-type: none"> 90% des centres de référence possèdent des Kits d'ARV pour la prise en charge des AES 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des centres de référence avec Kits disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des Kits Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des ARV

3. Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH.

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses
Renforcer le programme de la PTME du VIH	<ul style="list-style-type: none"> 60 % des femmes ciblées acceptent le dépistage volontaire 	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'acceptation du dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> Données statistiques Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des moyens
	<ul style="list-style-type: none"> Un programme de prévention de la TME est mis en œuvre et est fonctionnel dans toutes les régions en 2006 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de régions couvertes par le PTME 	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Pérennité des financements
	<ul style="list-style-type: none"> Le taux de transmission de VIH de la mère à l'enfant est réduit de 30 à 15 % 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> Etude de la TME 	<ul style="list-style-type: none"> Financement disponible

4. Conseils et Dépistage Volontaire

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses
1. Promouvoir l'accès au conseil et dépistage volontaire	<ul style="list-style-type: none"> Un CDV fonctionnel dans chacune des 10 régions du Sénégal 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de CDV fonctionnels 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité en ressources humaines, matérielles et en réactifs Locaux fonctionnels
	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre de personnes qui utilisent les services de CDV augmente chaque année de 10% en moyenne 	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'utilisation des CDV 	<ul style="list-style-type: none"> Statistiques des CDV Enquête 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des communautés et des ONG Prix abordables des services
	<ul style="list-style-type: none"> 75% des personnes dépistées reviennent chercher leur résultats 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de post tests 	<ul style="list-style-type: none"> Statistiques des CDV Rapports d'activités 	
	<ul style="list-style-type: none"> Les ONG sont impliqués dans l'implantation et le fonctionnement des CDV 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'ONG impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités des ONG 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des communautés et des ONG
	<ul style="list-style-type: none"> 50% du personnel prévu pour les CDV a un contrat 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de personnels contractuels 	<ul style="list-style-type: none"> Contrats 	<ul style="list-style-type: none"> Personnel recruté ou affecté par l'Etat
	<ul style="list-style-type: none"> 90% du personnel prévu pour les CDV recruté est formé à l'utilisation des normes et protocoles et au counseling. 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de personnels formés à l'utilisation des normes et protocoles et au counseling 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports de formation 	

II.– Prise en Charge médicale et psychosociale

1. La prise en charge médicale

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses
1. Renforcer les soins pour les personnes vivant avec le VIH.	<ul style="list-style-type: none"> 80% des prestataires ciblés sont formés à l'utilisation du guide national de prise en charge entre 2002-2003 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de prestataires formés 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports de formation 	<ul style="list-style-type: none"> Guide disponible
	Les médicaments contre les IO suivants : <ul style="list-style-type: none"> Cotrimoxazole, Nystatine Métronidazole, Ciprofloxacine sont disponibles dans 50% des PS, 75% des CS et 90% des hôpitaux.	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des médicaments contre les IO 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités Fiche de stock des médicaments contre les IO 	
	<ul style="list-style-type: none"> 7.000 malades bénéficient d'un traitement ARV d'ici 2006 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de malades mis sous traitement par rapport au nombre attendu 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités Statistiques de la pharmacie 	<ul style="list-style-type: none"> Subvention des ARV par le gouvernement ARV disponibles et accessibles
	<ul style="list-style-type: none"> 90% des centres de santé offrent des soins selon les normes nationales. 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de centres de santé qui offrent des soins selon les normes nationales 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des guides nationaux
<ul style="list-style-type: none"> 70% des personnes vivant avec le VIH présentant une IO qui se présentent dans les structures sont prises en charge selon les normes nationales. 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de PVVIH présentant une IO pris en charge selon les normes nationales. 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des guides nationaux 	

2. Soutien et Accompagnement psychosocial des PVVIH

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Hypothèses
Assurer le soutien et l'accompagnement des personnes infectées et affectées par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> 80% des personnels des structures et des ONG ciblés reçoivent une formation en counseling 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de personnels d'ONG et des structures formés en counseling parmi les ciblés 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports de formation 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des ONG et des communautés dans le soutien et l'accompagnement
	<ul style="list-style-type: none"> Au moins 95% des PVVIH suivi dans les structures reçoivent un soutien psychosocial 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de PVVIH suivi qui bénéficient de soutien psychosocial 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des ONGs et Communautés Disponibilité en ressources humaines
	<ul style="list-style-type: none"> Au moins un programme de prise en charge nutritionnelle fonctionnel au niveau de chaque région 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de programme nutritionnel mis en place pour les PVVIH 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités des programmes de nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des secteurs concernés par la nutrition. Implication de PLP et PAM
	<ul style="list-style-type: none"> 80% des orphelins du SIDA recensés reçoivent un soutien social. 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion d'orphelins pris en charge 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Implication PLP
	<ul style="list-style-type: none"> 50% des associations actives de PVVIH qui sont soutenues pour des activités économiques, socio-éducatifs, ont des projets réussis 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de réussite des projets soutenus 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Implication PLP Engagement des ONGs et Communautés

III. – Surveillance Epidémiologique

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyen de vérification	Hypothèses
Renforcer le système de surveillance du VIH et des IST	<ul style="list-style-type: none"> Les 10 régions sont couvertes par la surveillance de 2^{ème} génération 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de régions couvertes 	<ul style="list-style-type: none"> Données de la surveillance sentinelle Bulletin Epidémiologique 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement en ressources humaines et en équipement des sites sentinelles
	<ul style="list-style-type: none"> Le Bulletin Epidémiologique est publié tous les 2 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> Fréquence de publication BEH. 	<ul style="list-style-type: none"> Bulletin Epidémiologique 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de ressources financières Intégration du SIDA dans le système de surveillance épidémiologique intégré.
	<ul style="list-style-type: none"> Contrôle de qualité des données de la surveillance sentinelle assurée 	<ul style="list-style-type: none"> Tests de vérification 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none">
	<ul style="list-style-type: none"> 80% des structures de référence nationales et régionales notifient les cas de SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des structures qui notifient les cas de SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports 	<ul style="list-style-type: none"> SIG fonctionnel .

IV – Recherche – Ethique

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyen de vérification	Hypothèses
Promouvoir la recherche	<ul style="list-style-type: none"> 75% des projets de recherches dans les domaines prioritaires identifiés sont financés. 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des projets de recherche financés et effectivement menés 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilités des moyens pour la recherche Bonne collaboration scientifique internationale Pérennité du financement Respect des considérations éthiques
	<ul style="list-style-type: none"> 90% des résultats de recherche sont diffusés 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de résultats des recherches menés et diffusés 	<ul style="list-style-type: none"> Publications Rapports d’atelier de diffusion 	
Renforcer le Comité consultatif Ethique – Juridique	<ul style="list-style-type: none"> Comité consultatif éthique – juridique fonctionnel Document sur les aspects éthiques – juridiques réactualisés, élaborés Réactualisation des textes juridiques sur la prostitution 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de réunions semestrielles réalisées Ateliers organisés 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d’activités du comité consultatif éthique – juridique Publications 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité du document sur les aspects éthiques – juridiques Disponibilité du rapport

V –Gestion- Coordination

Objectifs stratégiques	Résultats Attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses
1. Renforcer la Coordination et le plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> Conseil National fonctionnel Secrétariat fonctionnel Comités régionaux et départementaux fonctionnels Commission Mixte de suivi et de coordination fonctionnel 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de structures fonctionnels mis en place 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports du conseil national, du secrétariat exécutif, des comités régionaux et départementaux 	<ul style="list-style-type: none"> Décret de création du conseil Arrêté de création des comités régionaux et départementaux
	<ul style="list-style-type: none"> 90% des ministères ciblés ont des comités de coordination fonctionnels et ont désigné un point focal 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de Ministères ayant mis en place un comité de coordination fonctionnel et désigné un point focal. 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités des comités de coordination 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement du gouvernement
	<ul style="list-style-type: none"> 90% des ministères ciblés ont un budget pour la lutte contre le SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de ministères qui octroient un budget pour la lutte contre le SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'exécution budgétaire des ministères 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement du gouvernement
	<ul style="list-style-type: none"> Le conseil national, et les comités régionales et départementales ont au moins 25% de représentants de la société civile. 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des représentants de la société civile dans les dites commissions 	<ul style="list-style-type: none"> Profil et responsabilité des différents intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des Communautés
	<ul style="list-style-type: none"> Plan d'exécution du Plan Stratégique établi. 	<ul style="list-style-type: none"> Chronogramme des plans d'action 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	
	<ul style="list-style-type: none"> Appui institutionnel aux structures de la société civile 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de structures qui bénéficient d'un appui institutionnel 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités 	

Objectifs stratégiques	Résultats Attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses
	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring semestriel des sous projets et activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supervisions par an. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports de supervision 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Mission de supervision conjointe 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supervisions 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de mission 	
2. Renforcer la Gestion	<ul style="list-style-type: none"> • Agence Fiduciaire sélectionné et mis en place 	<ul style="list-style-type: none"> • Agence Fiduciaire mis en place 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêté de création de l'agence fiduciaire
	Régie d'Avance aux opérateurs : <ul style="list-style-type: none"> • 30% pour les nationales (Catégorie I) • 50% pour les régionales (Catégorie II) • 90% pour les associations (Catégorie III) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manuel de procédures de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition du financement 50% secteur public, 50% secteur privé et société civile , 65% pour les communautés ; 20% pour les régions, 15% pour le niveau central
	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification des dépenses au moins 1 fois par an 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'évaluations 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport Comptable 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Audit annuel de l'Agence Fiduciaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'audits 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'Audits 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moyens financiers
	<ul style="list-style-type: none"> • Audit annuel du Programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'audits 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports techniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moyens financiers
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation annuelle interne du programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'évaluations 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'évaluation technique 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moyens financiers
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation par agence externe 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'évaluations 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'évaluation technique 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moyens financiers

IV. CADRE INSTITUTIONNEL

Les autorités sénégalaises sont conscientes que la réponse à l'Epidémie du SIDA est tellement complexe qu'elle ne saurait être réussie au Sénégal si elle reste limitée seulement à certains secteurs.

La Coordination Nationale qui était depuis le début de la lutte contre le SIDA (1986), assurée par le Ministère de la Santé a été élevée au niveau de la Primature pour renforcer le leadership politique et socio-économique, pour rendre plus effective l'appropriation de la lutte contre le Sida par les départements les plus concernés du gouvernement, le secteur privé et la société civile en particulier les ONGs et les communautés de base et pour renforcer le suivi régulier de l'action

Pour la période « 2002-2006 » le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA qui a été élaboré et adopté par le Gouvernement et tous les acteurs se veut un cadre stratégique multisectoriel impliquant tous les ministères et la société civile. Les différents axes du plan mettent l'accent sur le développement du partenariat avec tous les acteurs sur le terrain pour un renforcement de réponse locale.

Pour ce faire un cadre institutionnel clair et opérationnel s'impose.

Les structures de ce cadre sont les suivantes :

1. Le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)
2. Le Secrétariat Exécutif National (SENL)
3. Les Comités Régionaux de lutte contre le SIDA (CRLS)
4. Les Comités Départementaux de Lutte contre le SIDA (CDLS)
5. L'Agence Fiduciaire et autres structures chargés de gestion comptable et financière.

1. Conseil National de lutte contre le SIDA (CNLS)

Composition :

Président : Premier Ministre
Vice-Président : Ministre de la Santé et de la Prévention

Membres :

- tous les membres du gouvernement concernés
- un représentant de l'Assemblée Nationale

- le Coordonnateur de la Commission Mixte des Bailleurs de Fonds appuyant la lutte contre le SIDA
- le Président du Groupe Thématique ONUSIDA
- le chef de fil des partenaires du Secteur de la Santé
- les représentants du secteur privé
- la Présidente de la Fédération Nationale des groupements de promotion féminine
- le Président du Conseil des ONG luttant contre le SIDA « ICASO »
- le Président du réseau des ONG intervenant dans la Santé « RESSIP »
- la Présidente de l'Association des Femmes luttant contre le SIDA « SWAA »
- le Président du Conseil National de la Jeunesse
- 2 représentants du réseau des Personnes Vivant avec le VIH
- le Président de l'Association des Présidents de Conseil Régional
- le Président de l'Association des Maires
- le Président de l'Association des Présidents de Conseil Rural
- 2 Représentants de l'Alliance des Religieux contre le SIDA
- le Président du Réseau Sénégalais de Recherche sur le SIDA
- le Conseil National de Lutte contre le SIDA pourra faire appel à des personnalités dont l'expertise et la compétence en matière de lutte contre le VIH/SIDA est reconnue.

Le Ministre de la Santé et de la Prévention, Vice-Président, contrôle l'exécution des résolutions du Conseil National de Lutte contre le SIDA.

Mandat :

- Assurer le plaidoyer et définir les orientations, la conduite, et la coordination de la politique nationale de lutte contre le VIH conformément à la stratégie nationale multisectorielle.
- Mobiliser les ressources financières, humaines, matérielles en faveur du Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA
- Délibérer sur toutes les questions relatives à la lutte contre le SIDA sur toute l'étendue du territoire national
- Veiller au respect de la réglementation et de l'éthique en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

Périodicité des réunions : Une fois par semestre et exceptionnellement sur convocation du Président et/ou à la demande du tiers des membres.

II Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le SIDA (SENL)

Il est placé sous l'autorité du Ministre de la Santé et de la Prévention, Vice-Président du Conseil National de Lutte contre le SIDA. Il est chargé de la coordination, du suivi et de l'évaluation du Programme Multisectoriel de lutte contre le SIDA.

Composition du SENL

Ce secrétariat comporte en son sein un staff permanent :

- le Secrétaire Exécutif
- et trois (3) Chargés de Programmes pour appuyer le Secrétaire Exécutif dans le partenariat, la coordination des plans sectoriels et de la société civile et dans le suivi et l'évaluation.

Les membres sont :

- Le Secrétaire Exécutif,
- Les Chargés de programme,
- les Points Focaux des Ministères concernés et de la Société Civile,
- les Représentants des agences impliquées dans l'exécution technique et financière.
- Le Secrétariat Exécutif National pourra faire appel à des personnalités et experts jouant un rôle-clé dans la lutte contre le SIDA.

Mandat :

- Organiser des réunions périodiques regroupant l'ensemble des partenaires au programme
- Enregistrer les décisions prises pendant les réunions du Conseil National de Lutte contre le SIDA et s'assurer de leur mise en application
- Veiller à la conformité des accords et conventions de financement passés entre l'agence fiduciaire et les organismes d'exécution et s'assurer de leur bonne exécution
- Représenter le Conseil National de Lutte contre le SIDA devant les administrations et dans les réunions de concertation avec les autres partenaires
- Assurer un appui technique aux partenaires impliqués dans la réponse nationale

- Assurer les missions de supervision et d'évaluation des plans de réponses sectorielles et locales
- Présenter un bilan technique annuel
- Assurer l'interface avec l'agence Fiduciaire
- Assurer la coordination, le suivi, l'évaluation du programme

Périodicité des réunions : Une fois par mois.

III Comités Régionaux de lutte contre le SIDA (CRLS)

Au niveau régional, il sera créé des comités régionaux de lutte contre le SIDA regroupant les représentants régionaux des points focaux nationaux du Secteur Public de la Société Civile, des Secteurs privés impliqués dans la lutte contre le SIDA. .

Mandat :

- Organiser les réunions périodiques regroupant tous les partenaires régionaux
- Assurer la synthèse de différents rapports d'activités
- Assurer l'interface entre l'agence fiduciaire et les différents partenaires régionaux,
- Assurer le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre le SIDA au niveau de la région.

Périodicité des réunions : Une fois par trimestre.

IV Comites Départementaux

Au niveau départemental, il sera créé des comités départementaux de lutte contre le SIDA regroupant les représentants départementaux des points focaux nationaux du Secteur Public de la Société Civile, des Secteurs privés impliqués dans la lutte contre le SIDA. .

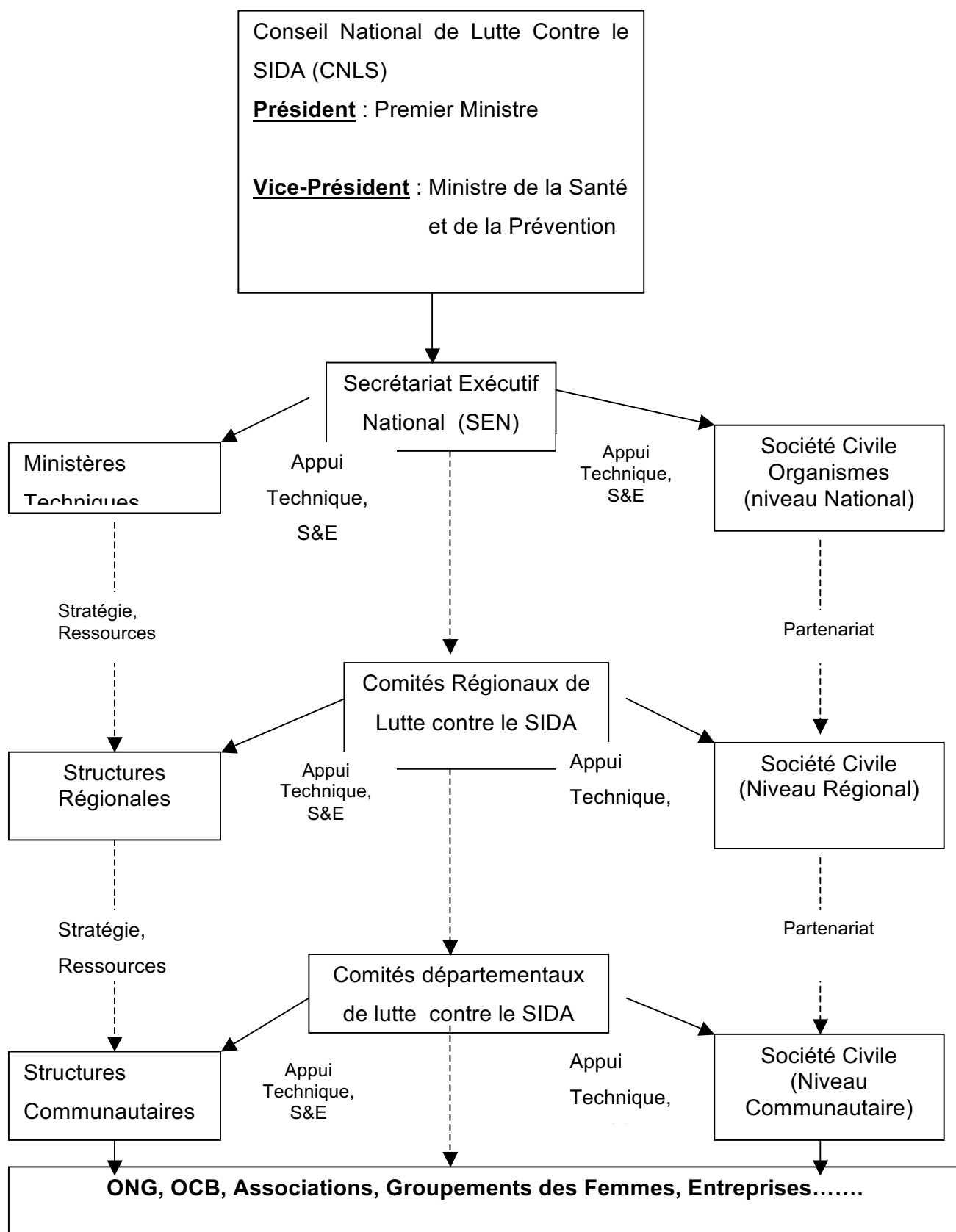
Mandat :

- Organiser les réunions périodiques regroupant tous les partenaires départementaux et communaux
- Assurer la synthèse des rapports d'activités

- Assurer l'interface entre l'agence fiduciaire et les différents partenaires départementaux et communaux
- Assurer le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre le SIDA au niveau des départements et des communes.

Périodicité des réunions : Une fois par trimestre.

Cadre Institutionnel de la Lutte contre le SIDA



V. MISE EN ŒUVRE

Le Programme Multisectoriel de lutte contre le SIDA « 2002 – 2006 » sera mis en œuvre à travers les plans d'action sectoriels dans le cadre du partenariat.

Au niveau National

Le Conseil National de Lutte contre le SIDA est chargé d'assister le gouvernement dans la définition et l'orientation de la politique de lutte contre le SIDA et dans la recherche des voies et moyens pour sa mise en œuvre.

Des rencontres semestrielles du Conseil National de Lutte contre le SIDA présidées par le Premier Ministre permettront de faire le point sur la réponse à l'épidémie au plus haut niveau, d'évaluer les performances du programme, de recenser les points faibles et faire les ajustements nécessaires.

Le Secrétariat Exécutif National veille à l'exécution des différents plans d'action, à leur cadrage dans le Plan Stratégique, à la Coordination des différentes interventions. Il développera des initiatives et des stratégies adaptées à l'évolution des connaissances sur l'Epidémie du VIH/SIDA.

Le Secrétariat Exécutif National remettra un rapport de synthèse trimestriel sur la lutte contre le SIDA au Ministre de la Santé et de la Prévention qui assure la vice présidence du Conseil National lors de ses réunions périodiques avec le Secrétariat Exécutif National. Il sera chargé du suivi des orientations et recommandations du Conseil National.

Le Secrétariat Exécutif National, à travers les points focaux et les comités internes de lutte contre le SIDA des secteurs et de la société civile assure la coordination des activités de lutte contre le SIDA dans les cibles stratégiques intervenant dans le programme.

Ces cibles stratégiques sont les structures chargées du Sida, dans le Ministère de la Santé et de la prévention en charge des volets médico-sanitaires (prévention de la transmission sanguine, de la prise en charge des IST, le contrôle sanitaire de la prostitution, la politique d'Accès aux médicaments ARV en particulier, la prévention de la

Transmission Mère Enfant, la Surveillance et la Recherche) ainsi que dans le Ministère en charge des femmes, le Ministère en charge de la Jeunesse, le Ministère en charge de l'Education, le Ministère des Forces Armées, le Ministère de l'Intérieur, le Ministère du Développement Social, le Ministère des Affaires Etrangères et des Sénégalais de l'Extérieur, le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi les Ministères en charge de l'Agriculture, du transport, de l'Industrie, les secteurs de la communication et du Tourisme, le Ministère de la Décentralisation, la Société Civile, les ONGs et le réseau des PVVIH , l'Alliance des Religieux luttant contre le SIDA. Ces cibles stratégiques assurent la gestion, le suivi dans l'exécution de leurs plans d'action sectoriels respectifs. Leurs institutions de tutelle devront s'approprier ces plans d'actions, les pérenniser, leur faire allouer des budgets et veiller à l'obligation des résultats.

Ces cibles stratégiques feront exécuter les paquets d'activités par des cibles opérationnels (mouvement associatif de jeunesse, ONGs et Associations, femmes ,communautés, associations religieuses, secteurs chargés de l'exécution du volet santé, jeunes, des groupes à haut risques, des groupes passerelles (mobile, hommes en tenue etc..) et informeront régulièrement le Secrétariat Exécutif National de leurs activités et de leurs contraintes.

Les responsables au sein des cibles opérationnels veilleront à l'exécution des activités qui leur sont confiées et informeront régulièrement les comités régionaux, départementaux de l'état d'avancement de leurs activités.

Les points focaux des cibles stratégiques veilleront au respect des échéances d'exécution et de l'efficacité des actions définies dans le cadre logique des plans d'action dont ils ont la charge et informeront le Secrétariat Exécutif National dans le cadre des réunions mensuelles de leurs activités et de leurs contraintes.

Au niveau Régional

Les comités régionaux coordonnent la réponse au niveau régional. A l'instar du Secrétariat Exécutif National, les Coordonnateurs des comités régionaux et les coordonnateurs des comités départementaux, les représentants locaux des points focaux nationaux et le représentant de la Société Civile dans le cadre de leur réunion trimestrielle feront l'état d'avancement de la lutte contre le SIDA, au niveau décentralisé.

Au niveau Départemental

Les comités départementaux coordonnent la réponse locale et facilitent les interventions des groupes communautaires et des secteurs ciblant les groupes vulnérables.

VI. GESTION

Le mode de financement du programme obéira aux procédures des différents partenaires et de celles de l'état.

Le nouveau cadre institutionnel prévoit de recruter une agence fiduciaire dont un des rôles important sera de synthétiser les budgets, programmes de toutes les entités et quelque soit la source de financement, de gérer plus efficacement et de rendre plus flexibles et plus accessibles les financements en particulier aux districts et aux ONG, groupements, associations et aux collectivités locales.

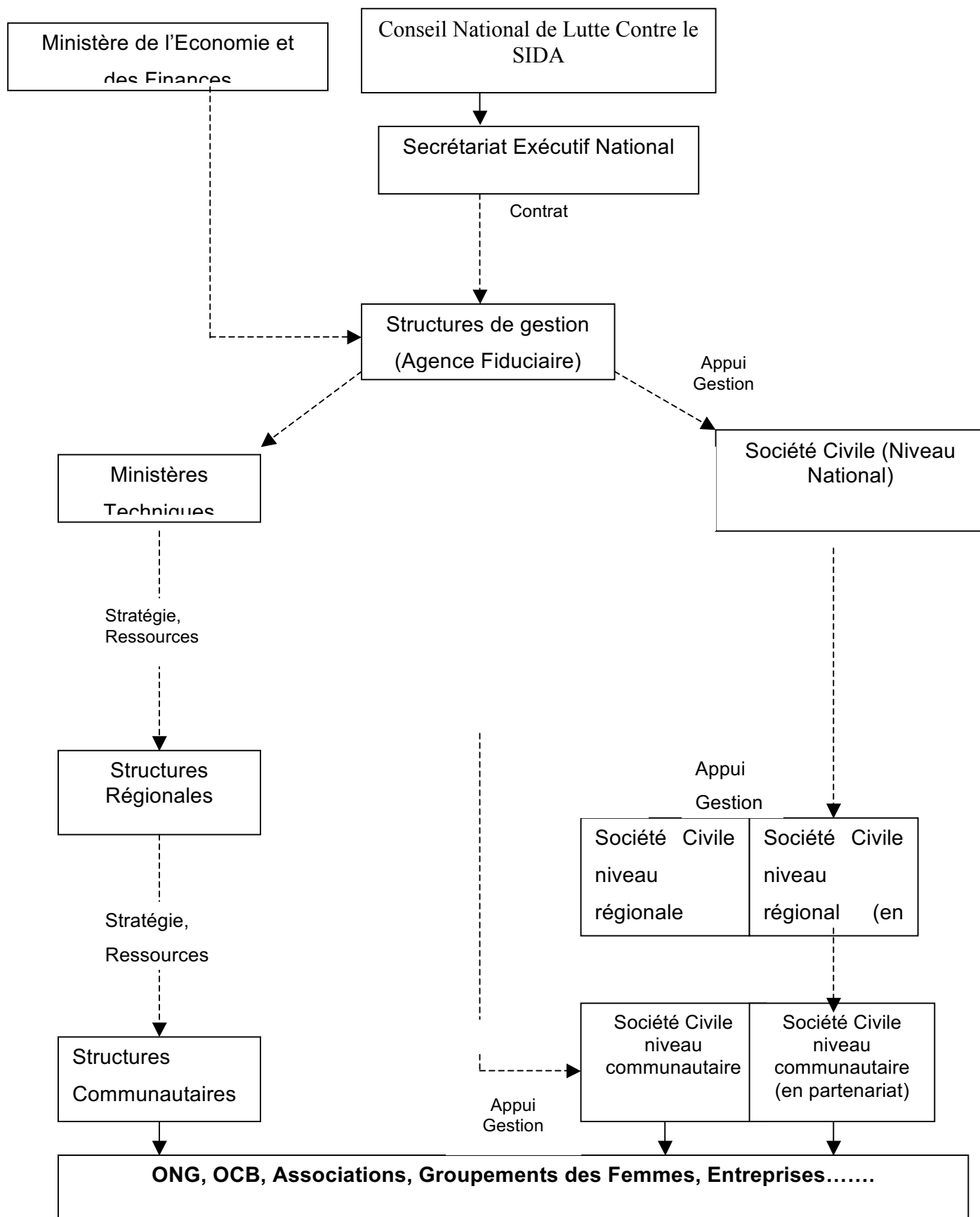
L'agence établira également la situation d'exécution financière tous les 6 mois et chaque année, et ceci concernera tous les bailleurs de fonds du plan stratégique y compris les fonds de l'état et des ONG et associations.

Un manuel de procédures définira les relations entre l'Agence Fiduciaire, le Secrétariat Exécutif National, le Ministère de l'Economie et des Finances et les partenaires du Programme SIDA. Le manuel définira le cadre du suivi financier du programme et la mise en place d'un système de gestion comptable et financier acceptable. Les partenaires qui le désireront, pourront confier leurs ressources à l'agence fiduciaire. L'agence fiduciaire sera auditée régulièrement.

Le partenariat et la contractualisation seront renforcés dans le cadre du programme. Ainsi, au niveau national, voire régional, des ONG, associations ou réseaux de la société civile et qui ont une envergure nationale seront sélectionnés en vue de développer le faire-faire avec d'autres ONG, associations, GPF etc. au niveau communautaire suivant un cahier de charges bien défini.

Ce partenariat concerne également les collectivités locales et certains départements ministériels qui bénéficieront des ressources du programme.

Gestion Financière et Comptable



VII. SUIVI / EVALUATION DU PLAN

Afin d'assurer le monitoring et l'évaluation du programme, le Secrétariat Exécutif National élaborera un tableau de bord des activités à mener et des indicateurs. Il en sera de même des structures décentralisées du SEN. Des fiches de suivi spécifiques aux composantes du programme seront conçues et remplies régulièrement à tous les niveaux afin d'assurer un pilotage correct du plan.

Les rencontres prévues par les instances seront tenues régulièrement afin d'assurer l'exécution des activités à chaque niveau sur la base des plans d'action élaborés par tous les bénéficiaires : ceci permettra de lever également les goulots d'étranglement constatés.

Une réunion annuelle du programme avec l'ensemble des acteurs et partenaires sera tenue.

Il est prévu une évaluation à mi-parcours du plan en 2004 et une évaluation finale en 2006. L'évaluation concernera tous les aspects du programme dont le cadre institutionnel, les volets techniques, l'impact et le niveau de la prévalence. Différents indicateurs clés ont été identifiés pour le monitoring de ce programme dont entre autres :

- ✓ Prévalence du VIH inférieure à 3% dans la population générale
- ✓ 7000 personnes vivant avec le VIH prise en charge dans le cadre de l' ISAARV au niveau national
- ✓ Disponibilité régulière de données statistiques sur le VIH au niveau national
- ✓ Nombre de projets de recherche effectués par rapport au nombre attendu
- ✓ Organes fonctionnels mis en place à chaque niveau (Commission nationale, Secrétariat Exécutif National, comité régional, comité départemental)