RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Un peuple – Un but – Une foi

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL

POUR UNE RIPOSTE MULTISECTORIELLE INTEGREE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE, LES HEPATITES VIRALES ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

PSNI 2026 - 2030





MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

CNLS CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU SÉNÉGAL

PNT Programme National de lutte Contre la Tuberculose

DIVISION SIDA / IST M.S.H.P • SENEGAL

PNLH Sénégal

Table des matières

Sigles et Abréviations 6
Liste des tableaux 12
Liste des figures 12
Préface 14
Avant-propos 16
Remerciements 17
Résumé exécutif 18
Introduction 22
Processus d'élaboration du PSNI 2026-2030 24

Chapitre I : Contexte national 26

1.1. Contexte démographique 26
1.2. Contexte socio-économique 26
1.3. Système de santé 26
1.3.1. Organisation du système de santé 26
1.3.2. Situation sanitaire 28
1.3.3. Gouvernance et leadership 28
1.3.4.Ressources humaines pour la santé 28
1.3.5. Financement de la santé 29
1.3.6. Droits Humains 30
1.3.7. Protection sociale 31
1.3.8. Système de santé communautaire 32
1.3.9. Analyse de la résilience du système face aux urgences sanitaires 33

Chapitre II : Analyse de la situation épidémiologique et principaux résultats de la riposte au sida, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST 34

2.1 Situation du VIH/sida au Sénégal 34
2.1.1 Prévalence de l'infection à VIH dans la population générale 34
2.1.2 Estimation des personnes vivant avec le VIH au Sénégal 35
2.1.3 Nouvelles infections par le VIH 37
2.1.4 Décès liés au VIH 38
2.1.5 Prévalence et nouvelles infections à VIH parmi les populations clés 38
2.1.6 Prévalence de l'infection à VIH chez les populations en contexte de vulnérabilité 40

2.2 Situation de la Tuberculose au Sénégal 41
2.2.1 Analyse des indicateurs de la Stratégie "Mettre fin à la tuberculose" 41
2.2.1.1 Morbidité liée à la tuberculose 41
2.2.1.2 Mortalité liée à la tuberculose 42
2.2.1.3 Coûts totaux catastrophiques supportés par les ménages touchés par la tuberculose 42
2.2.2 Répartition géographique des cas de tuberculose 39
2.2.3 Répartition des cas de TB selon le sexe et les groupes d'âge 45
2.2.4 Tuberculose de l'enfant et de l'adolescent 45
2.2.5 Tuberculose multirésistante 46
2.2.6 Prise en charge des malades TB MR 48
2.2.7 Traitement préventif de la tuberculose 49
2.2.8 Comorbidités liées à la tuberculose 50
2.2.9 Co-infection VIH et tuberculose 50

2.2.10 Tuberculose-Diabète....52
2.2.11 Tuberculose et Tabagisme....52
2.2.12 Tuberculose et Malnutrition....53
2.2.13 Performances thérapeutiques de la tuberculose....53

2.3 Situation des hépatites virales au Sénégal....56
2.3.1 L'hépatite B....57
2.3.2 L'hépatite C....58
2.3.3 Facteurs liés aux hépatites....58
2.3.4 Co-infection VIH avec les virus de l'hépatite B et C....59

2.4 Situation des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) au Sénégal....60

Chapitre III : Stratégie nationale intégrée pour une riposte multisectorielle contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST....64
3.1 Les Référentiels nationaux et internationaux....64
3.2 Cadre de riposte intégrée et multisectorielle....69
3.3 Priorités du PSNI 2026 – 2030....71

Chapitre IV : Orientations Stratégiques du PSNI 2026 – 2030....72
4.1 Vision stratégique, But et Principes Directeurs....72
4.2 Cadre de Résultats....73
4.3 Orientations Stratégiques selon le cycle de vie....86
4.3.1 Orientations stratégiques pour la triple élimination, la prévention, le diagnostic et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales chez la femme enceinte et le nouveau-né....86
4.3.2 Orientations stratégiques pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les enfants, les adolescents et les jeunes de moins de 20 ans....95
4.3.3 Orientations stratégiques pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les adultes hommes et femmes de 20 à 49 ans....110
4.3.4 Orientations stratégiques pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les adultes hommes et femmes de 50 ans et plus....102

4.4 Orientations stratégiques spécifiques aux populations et aux maladies....126
4.4.1 Prévention, Dépistage et Prise en charge des populations clés....126
4.4.1.1 Services différenciés de prévention, de dépistage et de prise en charge chez les populations clés et vulnérables....126
4.4.1.2 Réduction des Risques et prise en charge des CDI....131
4.4.1.3 Groupes clés et vulnérables de la Tuberculose....135
4.4.1.4 Stratégie de lutte contre la tuberculose et le VIH en milieu carcéral....138
4.4.1.5 Personnes en situation de handicap....143
4.4.1.6 Interventions prioritaires transversales en direction des populations clés et vulnérables....147

4.4.2 Orientations stratégiques pour la prise en charge des Coinfections et des Comorbidités....150
4.4.2.1 Coinfection VIH et Tuberculose....150
4.4.2.2 VIH et Hépatites....151
4.4.3 Orientations stratégiques pour la prise en charge de la Tuberculose Multirésistante (TB-MR)....152

4.4.4 Promotion des services de lutte contre les IST complets avec la sensibilisation, la prévention, le dépistage, la prise en charge des cas et le suivi des partenaires 155
4.4.5 Orientations stratégiques pour la prévention de la transmission de l'hépatite, du VIH et de la tuberculose dans les établissements de santé 158

4.5 Orientations stratégiques transversales et communes aux maladies 161
4.5.1 Orientations stratégiques pour la protection et la promotion d'une approche fondée sur les droits Humains et le genre 161
4.5.2 Renforcement et consolidation du système national intégré de surveillance, de suivi-évaluation et de gestion de l'information sanitaire 166
4.5.3 Renforcement du système national de Gestion des Approvisionnements et des Stocks 171
4.5.4 Renforcement du Système National de Laboratoire et d'imagerie 175
4.5.5 Décentralisation et Renforcement de l'offre de services privés 184

4.6 Communication pour le Renforcement des Connaissances et les Changements de Comportements (IEC/CCC) 187
4.7 Renforcement du système communautaire 193
4.8 Promotion de la Recherche et de l'Innovation 198
4.9 Changements climatiques et le PSNI 203

Chapitre V : Cadre de Coordination et de Mise en œuvre du PSNI 204
5.1 Cadre de coordination 204
5.1.1 Leadership, orientation et décision : Primature, Ministère en charge de la santé 206
5.1.2 Coordination stratégique : DGS/DLM, SE/CNLS, DGES, DGAS, DPRS, Delivery Units, CCM, Secteur privé, Réseaux des OSC, PTF, Réseaux des organisations communautaires, Organisations des patients 206
5.1.3 Organes de coordination Stratégique et Technique : DGS/DLM, SE/CNLS, DGES, DGAS, DPRS, CCM, Secteur privé, Réseaux des OSC, PTF, PNT, DLSI, PNLH, DRS, DEPrS, ONG, Organisations communautaires, Organisations des patients 207

5.2 Mise en œuvre du Plan stratégique intégré 211

Chapitre VI : Cadre de Suivi Évaluation du PSNI 214
6.1 Organisation et structures de Suivi & Évaluation 215

Chapitre VII : Financement du Plan stratégique intégré 220
Chapitre VIII : Menaces, Risques/Urgences sanitaires et autres- Mesures de mitigation – Mécanisme d'audit et d'assurance 226
8.1. Menaces, risques organisationnels de gestion intégrée, risques d'urgence sanitaires et autres risques 226
8.1.1. Risques/Menaces liés à la gestion du PSNI 226
8.1.2. Risques liés aux urgences sanitaires 227
8.1.3. Autres risques 227

8.2. Mesures d'atténuations 228
8.2.1 Mesures d'atténuation liées à la gestion du PSNI 228
8.2.2 Mesures d'atténuation des risques liées aux urgences sanitaires 229
8.2.3. Mesures d'atténuations des autres risques 229

8.3. Mécanismes d'audit et d'assurance 230
8.4. Intégration de la démarche qualité dans la gestion des programmes de santé (Tuberculose, VIH, Hépatites et IST) 230

Sigles et Abréviations

AADM	Adolescent Assessment and Decision Makers
ACE	Atteindre Chaque Enfant
ADO	Adolescent.e
ADVIH	Auto dépistage du VIH
AELV	Accidents avec Exposition aux Liquides Biologiques
AEMO	Action Éducative à Milieu Ouvert
AgHBs	Antigène de surface de l'hépatite B
ANCS	Alliance Nationale des Communautés pour la Santé
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
ANSFES	Association Nationale des Sage-Femmes d'État du Sénégal
APSR	Approche Pratique Santé Respiratoire
ARV	Antirétroviral
ASPP	Association Sénégalaise des Pédiatres Privés
Bajenu Gox	Marraine de quartiers
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BRH	Brigade Régionale de l'Hygiène
CAC	Cycle d'Actions Communautaires
CAOSP	Centre Académique de l'Orientation Scolaire Professionnelle
CAR	Collecte Acheminement et Rendu des Résultats
CCA	Centre Conseil pour Adolescent
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CCSC	Communication pour un Changement Social de Comportement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDD	Comité Départemental de Développement
CDEPS	Centre Départemental de l'Éducation pour la Santé
CDI	Consommateur de Drogues Injectables
CDT	Chargé de Traitement de la Tuberculose
CDV	Conseils et Dépistage Volontaire
CEDAF	Centre Départemental d'Assistance et de Formation pour la Femme
CEDEAO	Communauté Economique des États d'Afrique de l'Ouest
CEPIAD	Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions à Dakar
CLM	Community Lead Monitoring
CMT	Comité Médical Technique
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CNDN	Conseil National de Développement de la Nutrition
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CODEC	Collectif des Directeurs d'Écoles

COUS	Centre des Opérations des Urgences Sanitaires
COVID 19	Coronavirus Disease 2019
CPN	Consultation Prénatale
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale
CRCF	Centre Régional de Recherche et de Formation
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CRETF	Centre Régional d'Enseignement Technique Féminin
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT	Collectivité Territoriale
CV	Charge Virale
CQUIN	Réseau des pays pour les PSD de qualité du VIH
DAARAS	Écoles Coraniques
DH	Droits Humains
DHIS2	District Health Information Software 2
DGES	Direction Générale des Etablissements de Santé
DGAS	Direction Générale de l'Action sociale
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DLSI	Division de Lutte contre le Sida et les IST
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DSISS	Direction du Système d'Information Sanitaire du Sénégal
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
ECD	Équipe Cadre de District
ECR	Équipe Cadre de Région
EDSC	Enquête Démographique de Santé Continue
ENCS	Enquête Nationale de Surveillance Combinée
END-TB	Mettre fin à la tuberculose
EPOA	Approche améliorée de sensibilisation par les pairs
EPS	Établissement Public de Santé
eTME	Élimination de la Transmission Mère Enfant
ETP	Education Thérapeutique
EVF	Education à la Vie Familiale
EVVIH	Enfant Vivant avec le VIH
FAR	Femme en Age de Reproduction
FNR	Fonds National des Retraités
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GHSS	Global Health Systems Solutions
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
HI	Humanité Inclusion

HMO	Hôpital Militaire de Ouakam
HP	Hépatite
HPV	Human Papilloma Virus
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes
ICR	Indirect Cost Recovery
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IEC	Information Education Communication
IME	Inspection Médicale des Écoles
IO	Infections Opportunistes
IPM	Institut de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
IRESSEF	Institut de Recherche en Santé, de Surveillance Épidémiologique et de Formations
ISED	Institut de Santé et Développement
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITPC	Coalition Internationale de Préparation au Traitement
JHU	Université John Hopkins
LILO	Looking In Looking Out
LPSD	Lettre de Politique Sectorielle de Développement
MAC	Maison d'arrêt et de Correction
MCD	Médecin Chef de District
MNT	Maladie Non Transmissible
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MVA	Maladie à VIH Avancé
NDEYE DICKE	Expression wolof de "amie fidèle"
NFM	Nouveau Modèle de Financement
OCB	Organisation Communautaire de Base
OCASS	Observatoire citoyenne pour l'accès aux services de santé
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/Sida
OPH	Organisation de Personne en Situation de Handicap
OSC	Organisation de la Société Civile
PARECO	Programme en Afrique de l'Ouest de réduction des risques chez les consommateurs de drogues injectables
PISCA	Paquets Intégrés de Services Communautaires Adaptés
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEC	Prise En Charge

PECADOM	Prise en charge des Cas à Domicile
PEPFAR	Plan d'Urgence Présidentiel de Lutte contre le SIDA
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PH	Personnes Handicapées
PIS	Paquet Intégré de Service
SEN-PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNLH	Programme National de lutte contre les Hépatites
PNLT	Programme National de Lutte contre le Tabac
PNP	Politiques Normes et Protocoles
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
POC	Point Of Care
PON	Procédures Opérationnelles Normalisées
PPJ	Projet de Promotion des Jeunes
PPE	Prophylaxie Post Exposition
PPS	Point de Prestation de Service
PR	Principal Récipiendaire
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PrEP	Prophylaxie préexposition
PS	Professionnelle du Sexe
PSC	Plasma Separion Card
PSD	Prestation de services différenciés
PSE	Plan Sénégal Émergent
PSN	Plan Stratégique National
PSNI	Plan Stratégique National Intégré
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RDR	Réduction des Risques
REACT	Outil de Documentation des cas de violation des droits humains
RENAPOC	Réseau National des Populations Clés
RNB	Revenu National Brut
RNU	Registre National Unique
RSS	Renforcement Système de Santé
SC	Société Civile
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du CNLS
SFE	Sage-Femme d'État
SIBED	Système d'Identification Biométrique par Empreinte Digitale
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SMIT	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SOSEPED	Société Sénégalaise de Pédiatrie
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
SRAS	Services Régionaux de l'Action Sociale
SSD	Santé Service et Développement
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSRP	Système de Santé Résilient et Pérenne
SRPS	Systèmes Résistants Pérennes pour la Santé
TAR/TARV	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose Multi-Résistante
TB-RR	Rifampicin-resistant TB
TL	Tableau Lumière
TLD	Ténofovir + Lamivudine + Dolutégravir
TME	Transmission de la Mère-Enfant
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
TPT	Traitement Préventif de la Tuberculose
U=U	Indétectable = Intransmissible
UCAD	Université Cheikh Anta DIOP
UD	Usagers de Drogues
UDI	Usagers de Drogues Injectables
UDSEN	Enquêtes de prévalence du VIH chez les CDI
UMRN	Unité Mobile de Radiographie Numérique
UREN	Unité de Récupération et Éducation Nutritionnelle
USER	Unité de Suivi Évaluation et de Recherche
VAD	Visite à Domicile
VADI	Visite à Domicile Intégrée
VALT	Visites au Lieu de Travail
VBG	Violence Basée sur le Genre
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine





Liste des tableaux

Tableau I : Estimation du nombre de PVVIH selon l'âge et le sexe, Spectrum 2024 35
Tableau II : Prévalence des populations en contexte de vulnérabilité..... 40
Tableau III : Répartition des nombres de cas estimés et notifiés selon les régions du Sénégal en 2024 (Rapport PNT, 2024)..... 43
Tableau IV : Liste des 23 districts qui ont notifié les 74%des cas de tuberculose, toutes formes confondues déclarées en 2024 47
Tableau V : Nombre de tests XPERT MTB/XDR effectués par le LNR du PNT en 2024..... 48
Tableau VI : Résultats thérapeutique de la cohorte de TBMR de 2022 (Rapport PNT 2024) 55
Tableau VII : Performance par DRS des indicateurs clés de la tuberculose en 2024..... 57
Tableau VIII : Prévalence des hépatites virales au Sénégal en 2018 (PSN Hépatites 2019-2023)..... 148
Tableau IX : Services essentiels pour les populations clés et prioritaires pour le sida, la tuberculose, les hépatites et les IST. 148
Tableau X : Sujets de recherches prioritaires identifiés pour le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST..... 202
Tableau XI : Cadre institutionnel et organisationnel de coordination du PSNI 217
Tableau XII : Cadre de performance pour les indicateurs d'impact du PSNI..... 218
Tableau XIII : Répartition du budget par composante maladie et RSS en F.CFA 222
Tableau XIV : Répartition du budget selon les années en F.CFA 183
Tableau XV : Répartition du budget de la composante IST/VIH selon les années..... 223
Tableau XVI : Répartition du budget de la composante tuberculose selon les années 223
Tableau XVII : Répartition du budget de la composante Hépatites virales selon les années..... 223

Liste des figures

Figure 1 : Étapes du processus d'élaboration du PSNI 2026-2030 21
Figure 2 : Organisation administrative du système de santé..... 27
Figure 3 : Évolution de la prévalence du VIH, Sénégal 2005-2024 34
Figure 4 : Évolution de la prévalence du VIH selon les régions, Sénégal 2011-2017 35
Figure 5 : Situation globale des 95-95-95 en 2024..... 36
Figure 6 : Évolution du nombre de PVVIH mises sous ARV, Sénégal 2017-2024..... 36
Figure 7 : Répartition des nouvelles infections selon l'âge, Sénégal 2024Sources : Spectrum ONUSIDA 2024..... 37
Figure 8 : Évolution des décès liés au sida entre 2005-2024 Source : Spectrum 2024 38
Figure 9 : Evolution de l'incidence estimée de la tuberculose de 2010 à 2024 (Profil Tuberculose, Sénégal, OMS 2024) 41
Figure 10 : Evolution du nombre estimé de décès liés à la tuberculose de 2010 à 2024 (Profil Tuberculose, Sénégal, OMS 2024) 42
Figure 11 : Nombre de cas estimés et nombre de cas déclarés par groupes d'âge selon le sexe en 2024 au Sénégal..... 45

Figure 12 : Evolution de la proportion des cas de tuberculose notifiés chez les enfants et les adolescents âgés de 0-14 ans au Sénégal de 2015 à 2024. 46
Figure 13 : Dépistage et enrôlement des cas TBMR au Sénégal de 2015-2024 47
Figure 14 Evolution du succès thérapeutique des cas TBMR de 2010 à 2022 48
Figure 15 : Mise sous TPT des personnes en contact avec un malade tuberculeux bacillifère selon les 14 régions du Sénégal (rapport PNT 2024) 49
Figure 16 : Evolution de la proportion de PVVIH éligibles mises sous TPT de 2016 à 2024 49
Figure 17 : Estimation du nombre de cas de tuberculose attribués aux cinq facteurs de risques majeurs (profil tuberculose Sénégal, OMS 2025) 50
Figure 18 : Evolution du taux de coinfection TB/VIH au niveau national de 2015-2024 50
Figure 19 : Evolution de la proportion de malades tuberculeux connaissant leur statut VIH de 2015 à 2024 51
Figure 20 : Taux de patients coinfectés TB/VIH mis sous TARV de 2015 à 2024 51
Figure 21 : Evolution du taux de succès thérapeutique et du taux de décès des cohortes de tuberculose pharmaco sensible de 2015 à 2024 53
Figure 22 : Résultats du traitement des cas tuberculose sensible au niveau national, 2016 -2024 53
Figure 23 : Résultats du traitement des cas TB sensible, par région pour la cohorte 2024 54
Figure 24 : Répartition des syndromes IST par type 60
Figure 25 : Évolution du nombre de cas IST au Sénégal de 2018 à 2024 61
Figure 26 : Cas positif de syphilis rapportées par région 61
Figure 27 : Répartition des cas de syphilis selon les âges au Sénégal en 2022 Source : Données de routine CNLS 62
Figure 28 : Modèle de l'oignon centré sur les besoins des personnes 69
Figure 29 : La Théorie du Changement 70
Figure 30 : Cadre des résultats du PSNI 2026-2030 74
Figure 31 : Évolution de la cascade PTME 2021-2024, rapport CNLS 2024 87
Figure 32 : Cascade PTME des enfants 2021-2024 Source : Données de routine CNLS 88
Figure 33 : Evolution du taux de TME du VIH de 2008 -2022 DLSI 89
Figure 34 : Proportion de femmes enceintes dépistées à la syphilis selon les régions 90
Figure 35 : Cascade des soins chez les enfants en 2024 97
Figure 36 : Évolution en nombre et pourcentage des enfants vivants avec le VIH et sous ARV, 2018-2024 97
Figure 37 : Évolution de la file active globale et sous TAR de 2017 à 2024 111
Figure 38 : Répartition des PVVIH nouvellement mises sous TAR classées stade 3 ou 4 de l'OMS de 2018 à 2024 au Sénégal 112
Figure 39 : Évolution en nombre et pourcentage des adultes vivants avec le VIH et sous ARV, 2018-2024 113
Figure 40 : Situation des 95-95-95 chez les PS en 2024
Figure 40 : Situation des 95-95-95 chez les HSH en 2024 128
Figure 41 : Répartition du budget du PSNI 2026-2030 en % selon les composantes maladies et le RSS 128

PRÉFACE

En ma qualité de Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique, je me félicite de l'actualisation du Plan Stratégique National pour une riposte multisectorielle intégrée contre le VIH/ Sida, la Tuberculose, les Hépatites virales et les Infections sexuellement transmissibles (PSNI) en vue de l'adapter à la nouvelle vision politique nationale de la santé.

Ce PSNI 2026-2030 s'inscrit pleinement dans la vision « Sénégal 2050 : Agenda national de Transformation » et s'aligne sur les orientations nationales majeures, notamment la Lettre de Politique Sectorielle de Développement de la Santé, le Compact Santé ainsi que le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028. Il est également en cohérence avec le cadre régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) relatif à la riposte multisectorielle intégrée contre ces quatre maladies.

Je salue le processus conduit avec rigueur et efficacité par les programmes VIH, Tuberculose et Hépatites sous la coordination de la Direction de la Lutte contre la Maladie et en étroite collaboration avec le Conseil national de Lutte contre le Sida et les partenaires de la santé dont les organisations communautaires et les communautés vivant avec les maladies.

Cette nouvelle stratégie est fondée sur la recherche de synergies et de complémentarités entre les politiques, les acteurs et les partenaires. Elle constitue un levier majeur pour progresser vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030, en particulier l'objectif visant à mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose, d'hépatites virales et d'infections sexuellement transmissibles (IST).



Monsieur Ibrahima SY
Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique



L'option d'une intégration renforcée des interventions, bien qu'ambitieuse et innovante, reflète l'engagement constant du Sénégal à renforcer de façon durable son système de santé pour soutenir la riposte contre les pandémies ainsi que la prévention des épidémies.

L'adoption de ce plan actualisé traduit la volonté du Gouvernement et de Son Excellence Monsieur le Président de la République d'améliorer durablement le bien-être des populations, afin de leur permettre de participer pleinement au développement socio-économique du pays.

À travers ce plan stratégique national intégré, le Gouvernement du Sénégal réaffirme son engagement à consolider les acquis, éliminer les nouvelles infections, accélérer les ripostes et œuvrer résolument à l'élimination du sida, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST d'ici 2030.

La réalisation de cette ambition collective requiert un engagement accru de l'ensemble des acteurs, à travers une gestion plus efficiente, une mutualisation des efforts, une mobilisation renforcée des ressources domestiques, une redevabilité multisectorielle accrue, ainsi qu'un partenariat soutenu avec la société civile, appelée à continuer de jouer un rôle déterminant dans cette phase décisive de la riposte.

Le Gouvernement du Sénégal adresse ses sincères remerciements et ses félicitations à l'ensemble des acteurs nationaux, ainsi qu'aux partenaires techniques et financiers, pour leur engagement constant et leur contribution essentielle à l'atteinte des résultats de ce PSNI, et les encourage à poursuivre et renforcer cette mobilisation collective.



Avant-propos

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr Safiatou THIAM
Secrétaire Exécutive du CNLS

Remerciements

L'élaboration du Plan Stratégique National pour une riposte multisectorielle intégrée contre le VIH/Sida, la Tuberculose, les Hépatites virales et les Infections sexuellement transmissibles (IST) 2026-2030 a été rendue possible grâce à l'engagement, à la mobilisation et à la contribution concertée de nombreuses personnalités, institutions et partenaires, auxquels il convient d'exprimer une profonde reconnaissance.

Nous témoignons notre sincère gratitude à Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique pour son leadership ainsi qu'à l'ensemble de ses équipes au niveau national et régional pour leur engagement en faveur d'une riposte nationale intégrée et durable.

Nous exprimons notre reconnaissance au Directeur Général de la Santé et au Directeur de la Lutte contre la Maladie pour les orientations stratégiques et l'accompagnement tout au long du processus.

Nos remerciements vont au Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) et à l'ensemble du personnel du Secrétariat Exécutif du CNLS pour la coordination technique rigoureuse et la qualité du pilotage.

Nous saluons également l'engagement des programmes nationaux de Lutte contre la Tuberculose (PNT) et les Hépatites (PNLH), ainsi que la Division de la Lutte contre le sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (DLSI) pour leur expertise technique et leur participation active à l'intégration des réponses programmatiques.

Nous remercions l'ensemble des Ministères sectoriels ayant contribué au processus, notamment ceux en charge de la Jeunesse, de l'Éducation, de la Famille, de la Justice, du Travail, de l'Intérieur, ainsi que le Conseil National de Développement de la Nutrition, pour leur implication active dans cette démarche multisectorielle. Une mention particulière est adressée à tous les acteurs communautaires et de la société civile, y compris les communautés vivant avec ou affectées par le VIH, la tuberculose, les hépatites virales, dont la participation a permis d'ancrer ce plan dans les réalités du terrain et les besoins des populations.

Nos remerciements vont également à l'ensemble des partenaires qui ont appuyé l'élaboration du PSNI, notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds mondial, l'ONUSIDA, la coopération bilatérale, les universités pour leur appui technique, financier et scientifique.
Enfin, nous exprimons notre gratitude à l'ensemble des experts et consultants nationaux et internationaux qui ont accompagné l'élaboration de ce plan stratégique national, pour la qualité de leurs analyses, leur professionnalisme et leur engagement.

À travers ces remerciements, nous saluons l'esprit de collaboration, de solidarité et de responsabilité partagée qui a caractérisé l'élaboration de ce PSNI, et qui constitue un socle essentiel pour la réussite de sa mise en œuvre.

Résumé exécutif

Le Plan stratégique national pour une riposte multisectorielle intégrée contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST (PSNI) 2026-2030 du Sénégal s'inscrit dans une logique d'alignement avec les cycles de planification intégrés. Il prend en compte la gestion des urgences de santé publique et met un accent particulier sur le renforcement du système de santé.

Il vise à améliorer durablement l'état de santé des populations à travers une approche favorisant l'accessibilité à des services de santé de qualité et une riposte mieux coordonnée contre les pandémies, en cohérence avec la Vision Sénégal 2050 : Agenda national de transformation et les orientations du PNDSS 2019-2028.

Cadre unique pour tous les acteurs et partenaires de la lutte contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST au Sénégal, le PSNI 2026-2030 s'inspire également des référentiels internationaux et des Objectifs de Développement Durable , notamment l'ODD 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

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

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

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

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

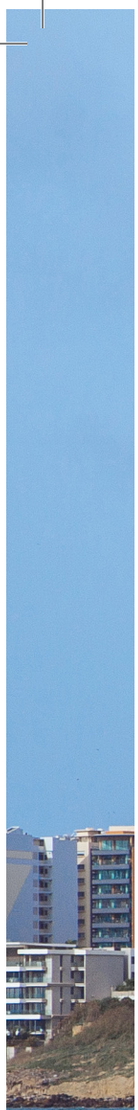
- l'intensification des actions de promotion de la santé et de prévention primaire et secondaire, selon l'approche population, localisation et cycle de vie afin de réduire les nouvelles infections du VIH, de la Tuberculose, des Hépatites virales et des IST ;
- la décentralisation des services **à travers les pôles territoriaux**, l'approche districts, l'optimisation et la qualité des services intégrés de dépistage, de traitement, de soins et de soutien du VIH, de la Tuberculose, des hépatites virales et des IST afin d'obtenir des succès thérapeutiques pour l'ensemble des tranches d'âge et des groupes les plus touchés par les maladies ;

- l'analyse et la prise en charge des besoins spécifiques des populations vulnérables et des communautés les plus touchées ou à risque de ces différentes maladies ;
- la réduction des inégalités, de la stigmatisation, de la discrimination et des violences basées sur le genre en s'attaquant aux déterminants sociaux, économiques et juridiques qui entravent l'accès aux services de santé ;
- une planification renforcée, un financement durable et une gouvernance plus efficace et inclusive, au service de prestations intégrées et performantes, tout en contribuant à la réduction des coûts catastrophiques supportés par les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les personnes atteintes de la tuberculose, de l'hépatite virale et leurs familles, ainsi que par toutes les personnes affectées, dans une perspective de protection sociale et de solidarité nationale ;
- l'accélération de la révision des politiques, des stratégies pour une meilleure intégration des services de lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale, et les IST dans le système de santé ;
- le renforcement de la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs de développement, le secteur privé, le secteur communautaire dans le cadre d'une approche multisectorielle ;
- la mise en œuvre effective d'une approche d'investissements stratégiques, axée sur les besoins des populations les plus vulnérables ;
- l'accélération des approches axées sur la santé publique c'est à dire fondée sur des interventions et des services simplifiés et normalisés que l'on peut facilement transposer à une plus grande échelle ;
- le renforcement de l'engagement et de la participation des organisations de la société civile et des communautés, y compris les populations touchées, afin d'élargir l'accès à des services de qualité pour les bénéficiaires difficiles à atteindre.

La vision du PSNI 2026 est celle d'*«un Sénégal libéré du sida, de la tuberculose, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, ainsi que des répercussions négatives que ces infections engendrent sur la santé des populations et la croissance économique»*

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

Les principes directeurs qui guident la mise en place de ce cadre stratégique reposent sur le renforcement du leadership, de la coordination et de la gestion axée sur les résultats pour traduire une évolution de l'engagement du gouvernement, des partenaires techniques et financiers et des acteurs du public, du privé et de la société civile. La recherche de l'efficience a guidé le choix des interventions à haut impact proposées dans les différents produits priorisés dans le cadre de résultats de ce PSNI 2026-2030. D'autres principes concernent l'intégration et la décentralisation des services du VIH, de la Tuberculose, des Hépatites virales et des IST, la promotion des services de qualité selon des approches localisation et population, la promotion du genre et des droits humains dans la réponse.



Le recours aux innovations numériques, aux Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et aux réseaux sociaux représente un levier stratégique pour renforcer l'accès au numérique et améliorer l'interaction entre prestataires et bénéficiaires, afin de faciliter l'accès aux services de santé et d'intensifier la sensibilisation au changement de comportement, en particulier chez les jeunes.

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

Résultats impact 1

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

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

Résultat Impact 2

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

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



Résultats transversaux

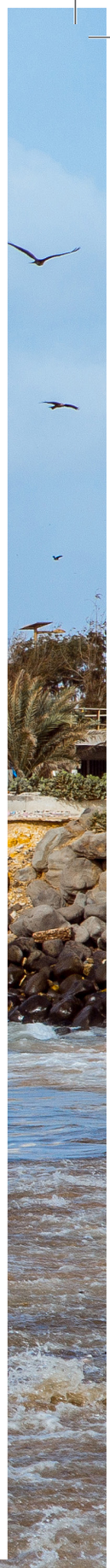
- **Résultat d'effet 3 :** Les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux soins et aux traitements des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des personnes souffrant de la TB et des hépatites virales, sont réduits.
- **Résultat d'effet 4 :** La gouvernance, le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

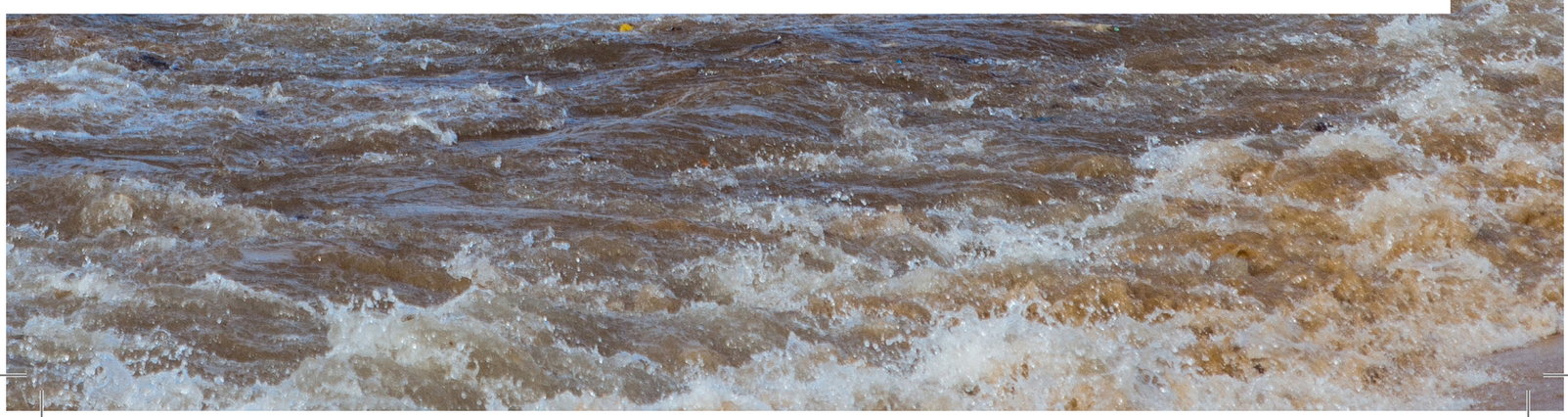
Pour atteindre ces résultats, des orientations stratégiques sont définies selon le cycle de vie de la femme enceinte et du nouveau-né, des enfants-adolescents et jeunes de moins de 20 ans, des adultes de 20 à 49 ans et des personnes de 50 ans et plus. Des stratégies spécifiques aux populations prioritaires et aux maladies, la prise en charge des co-infections et des comorbidités ainsi que la promotion des services complets pour les IST avec sensibilisation, prévention, dépistage et prise en charge des cas sont spécifiquement développées.

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

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

Les ressources financières nécessaires pour l'atteinte des résultats du PSNI 2026-2030 sont estimées à **247 590 556 732 FCFA** dont **36,27%** pour le renforcement du système de santé, **30,99%** pour le sida et les IST, **15,36%** pour la tuberculose et **17,38%** pour les hépatites virales. La mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation accrue de ressources domestiques devrait permettre d'atteindre une proportion de 50% des financements à la fin du plan. Des mesures seront définies dans un plan de gestion de mitigation pour prévenir et faire face aux menaces, risques et autres urgences sanitaires qui pourraient entraver l'atteinte des résultats du PSNI.





Introduction

La lutte contre le Sida, la tuberculose, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles constitue une priorité de santé publique au Sénégal. Dans son plan stratégique national pour une riposte multisectorielle intégrée contre ces quatre maladies 2023-2030 (PSNI), le pays avait opté pour une approche globale centrée sur les besoins des personnes. Il s'intègre dans le contexte d'instauration de la Stratégie nationale de Développement de la Couverture Sanitaire Universelle (SND-CSU), en prenant en compte les événements de santé publique comme la pandémie de COVID 19 qui perturbent la continuité des services de santé.

L'intégration repose sur le fait que le sida, les hépatites virales et les IST ont en commun les mêmes cibles et des modes de transmission ainsi que les déterminants sociaux et structurels identiques. La tuberculose reste la première infection opportuniste mortelle au cours du sida et constitue la première cause de décès due à un agent infectieux dans la population générale en 2024.

Les quatre maladies ont des cibles communes, des partenaires communs ainsi que des approches d'offre de services centrés sur la personne. La stratégie actualisée va renforcer l'intégration des prestations de services essentiels au niveau des soins de santé primaires afin d'assurer leur continuité de manière coordonnée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

En 2024, une nouvelle politique définie par le pays ambitionne de bâtir à l'horizon 2050, un Sénégal souverain, juste et prospère à travers quatre axes majeurs : la construction d'une économie compétitive, la durabilité environnementale, le développement du capital humain et la justice sociale, et la refondation de la gouvernance.

Cette vision prône de rompre avec la précarité et la fragilité des réponses nationales aux épidémies, qui dépendent fortement des ressources financières externes, en inversant la tendance et en renforçant les mécanismes de gouvernance sanitaire interne afin de garantir une durabilité de la riposte aux pandémies.

Les changements de référentiels amorcés avec cette nouvelle vision, le niveau d'atteinte des résultats par les différents programmes après trois ans de mise en œuvre, le contexte économique et la baisse des financements extérieurs de la santé, justifient l'actualisation de la stratégie pour la période 2026-2030. Ainsi, le PSNI 2026-2030 met l'accent entre autres sur l'amélioration de l'état de santé des populations par une approche tendant à assurer l'accessibilité à des services de santé de qualité avec une mobilisation accrue des financements domestiques et à une meilleure riposte contre les pandémies, conformément aux lettres de politique sectorielle, au Compact Santé et aux orientations du PNDSS 2019-2028.

Il tient compte des progrès, des innovations dans la prévention, le dépistage et le traitement de ces quatre maladies et promeut l'approche centrée sur la personne, en adoptant un modèle de prestation de services différenciés avec une forte participation des communautés.

Le PSNI 2026-2030 est un prolongement du processus d'analyse et de planification issu d'une large concertation de l'ensemble des acteurs du système public de santé, des organisations de la société civile, des universités, du secteur privé, des partenaires internationaux, des associations des bénéficiaires, et représentants des autres secteurs ministériels.

Le comité multisectoriel, placé sous le leadership de la Direction de la lutte contre la maladie (DLM) du Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique (MSHP), en collaboration avec le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), a été reconduit pour aboutir à un cadre unique pour tous les acteurs de la lutte contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST au Sénégal. Il constitue la nouvelle référence pour la programmation des activités à tous les niveaux, et constitue l'outil d'harmonisation et d'alignement des partenaires.



Processus d'élaboration du PSNI 2026-2030

Le processus d'élaboration du PSNI 2026-2030 a suivi plusieurs étapes mettant en œuvre les principes de participation, d'inclusivité, de co-construction et de planification basée sur des évidences.
La figure 1 présente les différentes étapes du processus.

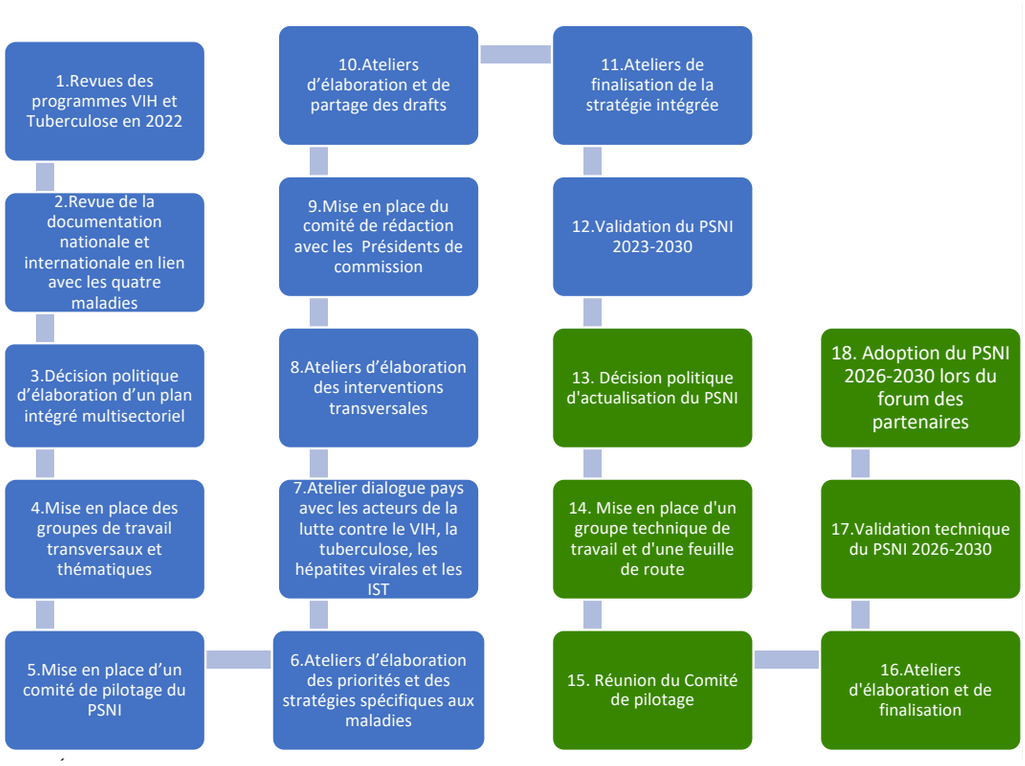


Figure 1 : *Étapes du processus d'élaboration du PSNI 2026-2030*

	Processus d'élaboration du PSNI 2023-2030
	Processus d'actualisation du PSNI pour la période 2026-2030



Chapitre I :

Contexte national

1.1. Contexte démographique

En 2023, la population du Sénégal était estimée à 18 126 390 habitants, avec une croissance démographique annuelle de 2,6% selon l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). La moitié de la population a moins de 19 ans. La population féminine représente 49,4 %. La moyenne d'âge est de 23,2 ans pour les hommes et 24,1 ans pour les femmes et une espérance de vie de 68,9 ans (70 ans pour les femmes et 67,7 ans pour les hommes). Les moins de 15 ans représentent 39,1% de la population, la tranche d'âge 15-64 ans, 57,1% et les 65 ans et plus font seulement 3,8%. L'indice de fécondité est de 04 enfants / femme.

1.2. Contexte socio-économique

Selon le rapport sur la situation économique et sociale de l'ANSD, en 2024 le revenu national brut (RNB) par habitant était de 1 693 dollars en 2023, ce qui fait du Sénégal un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Les principaux résultats de l'enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages réalisée par l'ANSD en 2024 montrent que le taux de pauvreté monétaire est évalué à 37,5% en 2022 et 2023. Le nombre de personnes vivant dans la pauvreté (6 032 379 en 2018) a augmenté de près de 500 000 personnes en 2022 du fait d'une évolution démographique plus forte que celle économique. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 11,7% de la gente féminine et présentent des facteurs de vulnérabilité économique.

1.3. Système de santé

1.3.1. Organisation du système de santé

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

[1]RGPH-5, 2023 de l'ANSD

Le décret n° 2025 1431 portant répartition des services de l'Etat et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les ministères du 06 septembre 2025 définit l'organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en trois niveaux complémentaires.

01

Au niveau central,

on trouve : le Cabinet et services rattachés ; le Secrétariat général et services rattachés ; la Direction générale de la Santé ; la Direction générale des Etablissements de Santé ; la Direction des Equipements et de la Maintenance ; la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques ; la Direction des Ressources humaines ; la Direction des Affaires juridiques ; la Direction de la Propreté et de l'Hygiène publique ; la Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement.

02

Au niveau intermédiaire,

on trouve quatorze directions régionales de la santé (DRS) qui ont pour mission d'assurer la mise en œuvre des politiques sanitaires et la coordination de toutes les structures de la région, y compris les établissements publics de santé. Ils assurent le contrôle des structures sanitaires publiques et privés, la promotion de la santé et de l'hygiène, la surveillance épidémiologique, la collecte, le traitement et la transmission des données statistiques. Par ailleurs, elles sont chargées de la planification et du suivi des programmes ainsi que la promotion du partenariat de la multisectorialité et de la contractualisation.

03

Au niveau périphérique,

les Districts sanitaires et les Sous-brigades de l'Hygiène garantissent l'opérationnalisation des interventions, notamment à travers la mise en œuvre des programmes de santé et le suivi des activités. Les soins sont délivrés par les établissements de santé publics : postes de santé, centres de santé et établissements publiques de santé (EPS).

Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé de la santé : hôpitaux privés, cliniques, cabinets, officines. L'offre de proximité est assurée par des intervenants de première ligne au niveau communautaire.

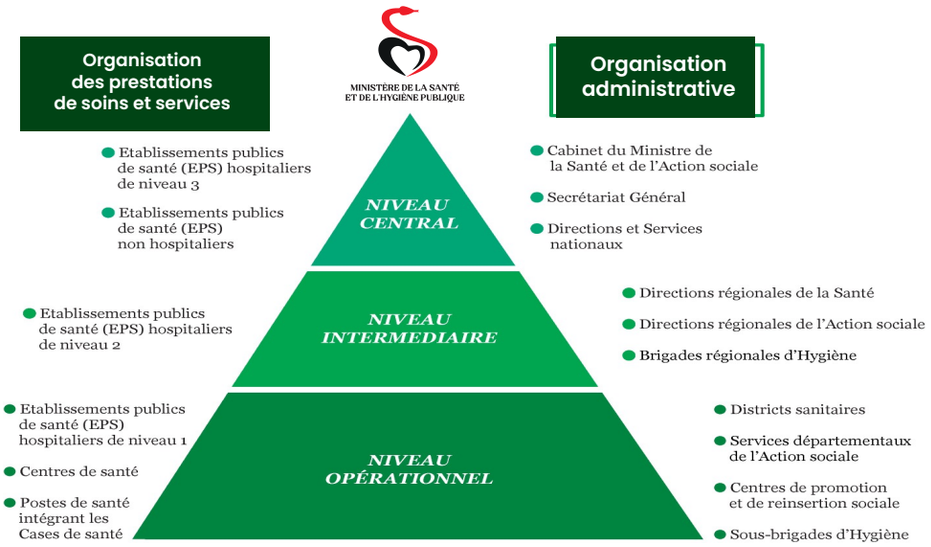


Figure 2. *Organisation administrative du système de santé*

1.3.2. Situation sanitaire

L'État sénégalais, avec le soutien des partenaires de la coopération multilatérale et bilatérale, a consenti des efforts et des investissements financiers importants dans sa politique socio-sanitaire. Les performances se sont globalement améliorées, à l'image de l'espérance de vie à la naissance qui s'est établie à 68,9 ans en 2023 à la faveur de la baisse de la mortalité[1].

Des résultats encourageants ont été également notés dans l'offre et la couverture des services de lutte contre le sida, le paludisme, la tuberculose, les maladies tropicales négligées, ainsi que du Programme élargi de Vaccination (PEV).

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

Par ailleurs, les dernières enquêtes STEPS (STEPwise approach to Surveillance) ont montré une baisse de la prévalence de l'HTA passant de 29,8% en 2015 à 24,5% en 2024 et une hausse de la prévalence du diabète passant de 3% en 2015 à 4,2% en 2024 (STEPS 2024). Toutefois, l'incidence et la mortalité liées aux cancers sont en augmentation. En effet, selon les estimations du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) en 2022, il est attendu chaque année 11841 nouveaux cas de cancer avec 8134 décès. Les cinq cancers les plus fréquents durant cette même période sont ceux du col de l'utérus (17,4%), du sein (15,5%), du foie (9,7%), de la prostate (7,7%) et de l'estomac (5,7%). (Plan national de lutte contre le cancer 2025-2029).

1.3.3. Gouvernance et leadership

Le leadership dans le secteur de la santé est incarné au plus haut niveau par le Président de la République, le Premier Ministre et le Ministre de la Santé et de l'hygiène publique. La gouvernance sanitaire est assurée au niveau central par le ministère de la santé en collaboration avec les partenaires et au niveau intermédiaire par les directions régionales de la santé et au niveau opérationnel par les districts sanitaires. Cette gouvernance sanitaire s'inspire également des huit (08) pôles territoriaux.

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

1.3.4. Ressources humaines pour la santé

Selon le PNDSS 2019-2028, le Sénégal compte 23 148 agents de santé dans le secteur public, avec une répartition très inégale : la région de Dakar concentre à elle seule 43,01% des effectifs. Cette distribution déséquilibrée se traduit par des ratios de ressources humaines inférieurs aux normes internationales.

<?> Sénégal 2050 Stratégie Nationale de Développement 2025-2029

Au niveau national, on dénombre 01 médecin pour 11 111 habitants, alors que la norme de l'OMS est de 01 pour 10 000. Le ratio des infirmiers d'État (IDE), estimé à 01 pour 5 000 habitants, est conforme aux recommandations de l'OMS. En revanche, la couverture en sage-femmes demeure largement insuffisante, avec 01 pour 1 579 femmes en âge de reproduction, loin de la norme de 01 pour 300 FAR.

Les zones difficiles d'accès et éloignées de Dakar sont particulièrement touchées par ce déficit, ce qui justifie la nécessité de mettre en place des mécanismes d'incitation pour attirer et maintenir les personnels affectés dans ces localités.

Face à ces défis structurels, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a élaboré le Plan national de développement des ressources humaines en santé et en action sociale (PND-RHSS) 2020-2028, afin de renforcer durablement la disponibilité, la répartition et les compétences du personnel de santé.

1.3.5. Financement de la santé

Le Gouvernement du Sénégal a érigé l'accès universel à des services de santé de qualité au rang de priorité nationale. Pour réaliser cette ambition, une stratégie nationale de Développement de la Couverture Sanitaire Universelle au Sénégal (SND-CSU) est en cours de validation et s'inscrit dans la démarche globale d'un « Sénégal Souverain, Juste et Prospère, ancré dans des valeurs fortes ».

Les comptes nationaux de la santé indiquent que les dépenses totales de santé, toutes sources confondues, sont passées de 551,99 milliards FCFA en 2017 à 931,95 milliards FCFA en 2023. Les ménages en assurent la part la plus importante, représentant 46,1% en 2017 et 43,0% en 2023 soit une baisse de 3 points de pourcentage. Cette contribution repose principalement sur les paiements directs, qui constituaient 42,1% des dépenses totales de santé en 2017 et 38,0% en 2023. Ces niveaux demeurent largement supérieurs au seuil de 15 à 20% recommandé par l'OMS, exposant ainsi les ménages sénégalais à un risque élevé de dépenses de santé catastrophiques, appauvrissantes, et contribuant à l'exclusion financière d'une partie de la population des services essentiels. En 2023, les parts respectives de financement supportées par l'État et par les collectivités territoriales s'élevaient à 21,3%.

Le Sénégal s'est engagé à consacrer 15% de son budget national au secteur de la santé conformément à la Déclaration d'Abuja. Toutefois, malgré les efforts consentis, la progression vers cet objectif reste lente, avec une tendance marquée par une baisse du ratio entre 2017 (8,01 %) et 2026 (3%).

En effet, le budget alloué à la santé est de 217,27 milliards de FCFA en 2026, représentant une moyenne de 3% du budget global de l'Etat du Sénégal. Une proportion de 27% est prévue pour le pilotage et la gestion administrative, 62% pour l'offre de soins de qualité et 11% pour la prévention et la promotion de la santé.

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

- L'utilisation efficiente des ressources financières ;
- L'augmentation substantielle de la contribution de l'État et de ses démembrements (secteurs publics et collectivités territoriales) au financement de la santé ;
- Le développement de stratégies innovantes de financement ;
- Le renforcement de la contribution du secteur privé ;
- Le renforcement de la mobilisation et de la prévisibilité du financement des PTF.

Concernant les stratégies innovantes de financement, le Sénégal dispose de conditions favorables pour recourir au mécanisme **Debt2Health (D2H)** comme levier innovant de financement de la santé. Ce mécanisme, mis en œuvre par le Fonds mondial, permet de **convertir des remboursements de dette bilatérale en investissements directs dans les programmes nationaux de santé**, notamment la lutte contre le VIH, la tuberculose, les hépatites virales, les IST et le renforcement des systèmes de santé. En outre, la crédibilité du pays auprès des partenaires techniques et financiers et la qualité de ses mécanismes de gouvernance financière constituent des facteurs clés de succès.

L'expérience internationale montre que D2H est un instrument éprouvé, ayant permis de mobiliser plus de 226 millions de dollars US pour la santé dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire, tout en allégeant leur service de la dette. Des pays comparables au Sénégal, tels que le Cameroun, la Côte d'Ivoire ou l'Éthiopie, ont déjà bénéficié de ce mécanisme, démontrant sa faisabilité dans des contextes africains similaires.

En mobilisant Debt2Health, le Sénégal pourrait transformer une partie de sa dette bilatérale en ressources additionnelles, prévisibles et ciblées pour financer ses priorités sanitaires, tout en renforçant la soutenabilité budgétaire et la résilience de son système de santé. Ce mécanisme s'inscrit ainsi pleinement dans la dynamique de financement innovant, de leadership national et de responsabilisation mutuelle prônée par les agendas nationaux et internationaux de développement.

1.3.6. Droits Humains

Le Sénégal dispose d'un cadre juridique qui garantit le respect des droits humains et protège contre la stigmatisation et la discrimination. La stigmatisation et les discriminations fondées sur l'état de santé réel ou présumé constituent une atteinte à un droit fondamental qui est le droit à la santé. Ces violations constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins, et sont inacceptables au regard des règles élémentaires d'éthique et de déontologie. La garantie du droit à la santé en vertu du droit interne et des instruments internationaux et régionaux reconnus par le Sénégal, constitue l'un des fondements des politiques de santé.

Cependant, des situations de stigmatisation et de discrimination dans plusieurs contextes, notamment en milieu de soins, sont régulièrement rapportées surtout en direction des populations les plus vulnérables et celles infectées et/ou affectées par le VIH, la tuberculose, les hépatites virales ou les IST selon le dernier rapport de l'étude index stigma 2.0 et l'évaluation des droits humains dans le contexte de la tuberculose.

---

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

1.3.7. Protection sociale

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

- La carte d'égalité des chances instituée par l'article 3 de la loi d'orientation sociale 2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées est délivrée par le ministère en charge de l'action sociale. Elle donne accès à des services sociaux de base relatifs à la santé, la réadaptation fonctionnelle, l'éducation, la formation, les transports et les finances ;

- L'affectation de 5% des recettes des Comités de Développement Sanitaire (CDS) à la prise en charge des indigents et des cas sociaux ;

- La couverture sanitaire universelle qui permet aux personnes ayant souvent de faibles revenus (monde rural et secteur informel), d'être affiliées à un régime d'assurance maladie et de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées aux autres régimes de sécurité sociale que sont les imputations budgétaires et les Instituts de Prévoyance Maladie (IPM). Elle repose sur deux piliers : une offre de soins de qualité d'une part et de l'autre, une demande rendue solvable et à laquelle les missions de l'Agence de la CSU, renommée Agence sénégalaise pour la Couverture sanitaire universelle (Sen-CSU), vont être articulées ;

- En outre, la CSU offre un programme de Bourse de Solidarité Familiale (BSF) consistant en l'attribution d'une bourse trimestrielle de 25 000 FCFA accordée à titre individuel, pour une durée de cinq ans, ouvrant un droit à une inscription gratuite dans les mutuelles communautaires. Dans le cadre de la tuberculose plus spécifiquement, les études menées ont permis d'identifier et de proposer des interventions prioritaires pour l'équité et le genre en faveur des populations vulnérables. Ainsi, un paquet alimentaire et un appui aux frais de transport sont donnés aux malades tuberculeux éligibles ;

- Le « Plan Sésame » institué en 2006 pour une prise en charge gratuite des soins de santé pour les personnes âgées de 60 ans et plus au niveau des structures de santé publiques (postes et centres de santé, hôpitaux et établissements publics non hospitaliers). Ce plan vise à réduire la vulnérabilité des personnes âgées en rendant plus accessibles les services sociaux de base comme l'accès aux soins : prestations médicales, biologiques, radiologiques, médicaments essentiels, etc.

- La gratuité du dépistage et du traitement ARV contre l'infection à VIH depuis 2004, la gratuité des antituberculeux ;

- La mise en place d'un registre national unique (RNU) permettant aux ménages vulnérables d'accéder à des programmes de filets sociaux (bourses familiales, etc.).

Selon la lettre de politique sectorielle de développement de la santé et de l'action sociale (2025-2029), **75 098 cartes d'égalité des chances** ont été délivrées, en lien avec des initiatives d'autonomisation et des dispositifs de filets sociaux, tels que les **bourses de sécurité familiale** et la **Couverture maladie universelle (CMU)**.

Plusieurs programmes ciblant les jeunes, les orphelins et les femmes ont également été mis en œuvre, malgré des contraintes récurrentes de financement.

Au cours de la dernière décennie, des progrès significatifs ont été observés :

- le **Programme national de Bourses de Sécurité familiale (PNBSF)** a vu son nombre de bénéficiaires passer en moyenne de **226 076 (2014-2018)** à **260 898 (2019-2023)**, soit un taux de réalisation de **87 %** pour la cible de 300 000 ménages ;
- les bénéficiaires de la **Carte d'égalité des chances** ont doublé, passant de **33 611 (2014-2018)** à **66 784 (2019-2023)** ;
- la **Couverture maladie universelle** a progressé de **48 % à 53,6 %** entre 2014-2018 et 2019-2022. Le dispositif compte **676 mutuelles de santé opérationnelles** couvrant **3,9 millions de personnes**.

Ces résultats témoignent d'un engagement croissant de l'État en faveur de la protection sociale et de l'amélioration de l'accès aux services pour les populations vulnérables.

1.3.8. Système de santé communautaire

Le Sénégal dispose d'une politique nationale de santé communautaire depuis plusieurs décennies. Le système communautaire est un des piliers prioritaires de la stratégie nationale de lutte contre les maladies. Il existe une dynamique qui s'est construite progressivement depuis plus de trente ans, avec comme soubassement les Soins de Santé Primaires (SSP) et diverses autres initiatives internationales, sous-régionales et nationales.

L'action communautaire portée par les ONG, les OCB et leurs réseaux est venue compléter celle des structures institutionnelles pour le bien-être des populations. Ces actions s'inscrivent dans l'ambition de rapprocher davantage les prestations de services des populations à travers des programmes de santé communautaire focalisés sur des activités préventives, curatives et promotionnelles dans une optique d'équité des soins et de traitements. Ainsi, elle répond à un double objectif : améliorer l'équité dans l'accès à l'offre de service de santé et renforcer les résultats sanitaires à travers des approches de proximité.

Grâce aux appuis de l'Etat et des partenaires techniques et financiers, on note une forte mobilisation des acteurs communautaires dans l'organisation et la mise en œuvre de la riposte communautaire. Cet engagement et ce dynamisme des organisations communautaires ont largement contribué à la mise en œuvre d'approches novatrices et multisectorielles en direction des malades, des populations clés et des groupes les plus vulnérables touchés par le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST, à travers la mise en place de services adaptés et de proximité.

L'implication et l'engagement des acteurs communautaires ont permis également d'augmenter la couverture géographique des interventions même si cela reste modeste au regard des besoins. Avec l'utilisation des relais, des pairs éducateurs des médiateurs, des volontaires, des marraines de quartier 'bajenu gox' et mothers mentors, l'offre de services communautaires s'est beaucoup développée mais devrait être mieux structurée avec un focus sur la qualité des services.

Par ailleurs, le leadership des organisations communautaires (OSC) est avéré. Elles sont représentées dans toutes les instances de décision notamment dans les réflexions stratégiques, la définition des politiques publiques de santé et la mise en œuvre des projets et programmes. Leurs engagements s'apprécient également de par leur participation active à la mobilisation des ressources et à la gouvernance de la réponse à travers leur présence au sein du CCM (Country Coordinating Mechanism des subventions du Fonds mondial), du CNLS et des autres instances de gouvernance locale mais aussi dans la gestion des programmes de santé.

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

En 2020, la pandémie à COVID-19 a entrainé des perturbations dans la continuité des services essentiels de base. Elle est venue accentuer la fragilité du système de santé. A l'instar de plusieurs pays africains, le Sénégal a vu son système de santé déstabilisé avec l'aggravation des problèmes d'ordre structurel liés au nombre insuffisant de ressources humaines qualifiées et à la faible disponibilité des médicaments et matériels biomédicaux selon les différents rapports du MSHP[2] et de ses partenaires.

La fréquentation des structures sanitaires a connu une baisse comparée à l'année précédant la COVID-19. Cette baisse s'est traduite par une tendance à la hausse de la survenue d'autres pathologies comme les maladies non transmissibles (diabète, maladies cardio-vasculaires, pathologies pulmonaires, maladies mentales, etc.) ainsi qu'une baisse importante des ressources financières allouées aux autres services en dehors de la COVID-19. La COVID-19 a aussi exacerbé les inégalités avec la stigmatisation des populations porteuses de signes similaires à ceux de l'infection à coronavirus ainsi que le refus et/ou la peur d'aller vers les services de santé. Pour faire face, le Gouvernement, avec l'appui des partenaires techniques et financiers et acteurs de la société civile, a mis en œuvre des plans de contingence pour assurer la continuité des services.

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

Chapitre II :

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

2.1 Situation du VIH/sida au Sénégal

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

Selon les données du Spectrum 2024, l'épidémie du sida au Sénégal est d'ampleur modérée et en déclin. Les dernières estimations du Spectrum 2024 montrent une baisse progressive de la prévalence depuis 2005. Elle est passée de 0,69 % à 0,33%. Dans la population sénégalaise âgée de 15-49 ans, la prévalence du VIH s'élève à 0,36 % chez les femmes contre 0,30% pour les hommes (Spectrum, ONUSIDA 2024).

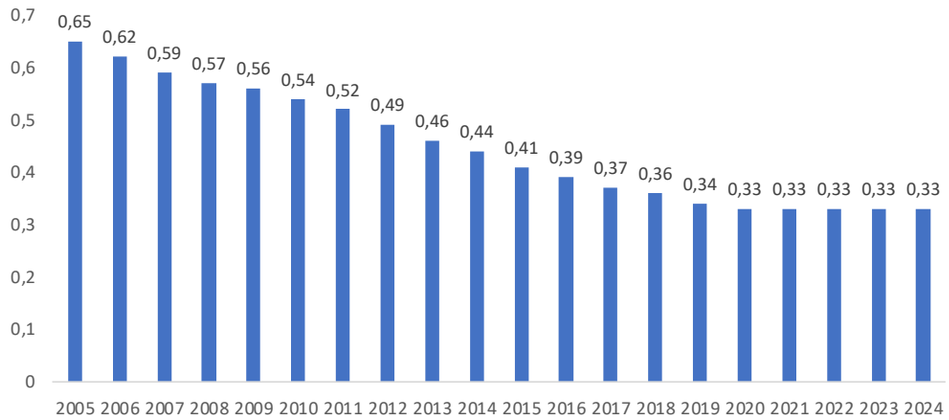


Figure 3. *Évolution de la prévalence du VIH, Sénégal 2005-2024*

Source : Spectrum, ONUSIDA, 2024

Les données les plus récentes sur les prévalences régionales relèvent de l'EDS 2017. Selon cette source, la répartition de la prévalence selon les régions montre des disparités. Les régions de Kolda et Ziguinchor (1,5 %) suivies de Kaffrine (0,9 %), Tambacounda (0,8 %), Kédougou (0,6 %) présentent des prévalences au-dessus de la moyenne nationale.

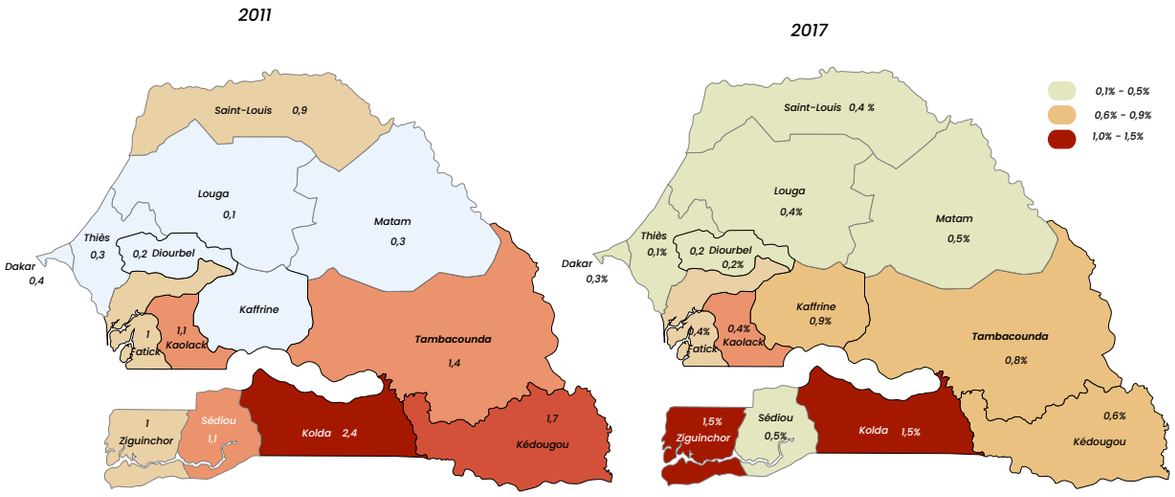


Figure 4. *Évolution de la prévalence du VIH selon les régions, Sénégal 2011-2017*

Sources : EDS MICS, 2011 & EDS 2017

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

2.1.2 Estimation des personnes vivant avec le VIH au Sénégal

Selon les estimations du Spectrum, au Sénégal, en 2024, **le nombre de PVVIH (adultes et enfants) est de 47710** personnes dont **près de 25 242 femmes de 15 ans et plus et 2203 enfants de moins de 15 ans comme le montre le tableau I.**

Tableau I: *Estimation du nombre de PVVIH selon l'âge et le sexe, Spectrum 2024*

Adultes et enfants vivant avec le VIH	**47710 [39798–54761]**
Adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH	45507 [34 421- 51964]
Femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH	25242 [21900- 28765]
Hommes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH	20266 [17601- 23260]
Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH	2203 [1803- 2777]
Prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans	0.33 [0,28 - 0,38]
Prévalence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	0,36 [0,31 – 0,42]
Prévalence du VIH chez les hommes âgés de 15 à 49 ans	0,30 [0,25 – 0,25]

Sur les 47 710 PVVIH estimées, l'analyse des données notifiées montre qu'en 2024, **85% connaissent leur statut sérologique, parmi lesquelles, 93% sont sous traitement et 92% ont la charge virale supprimée (Figure 5).**

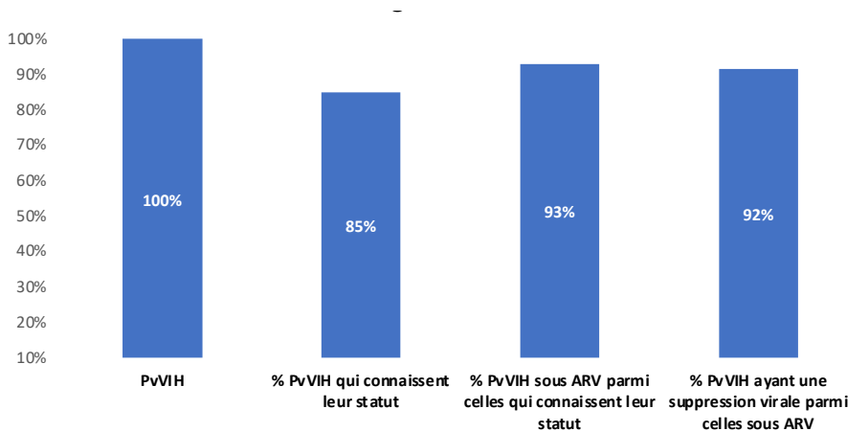


Figure 5. *Situation globale des 95-95-95 en 2024*

La figure 6 montre une évolution régulière du nombre de personnes sous traitement antirétroviral (TAR). En effet, le nombre de patients sous ARV est passé de **23 202** en 2017 à **37638** en 2024.

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

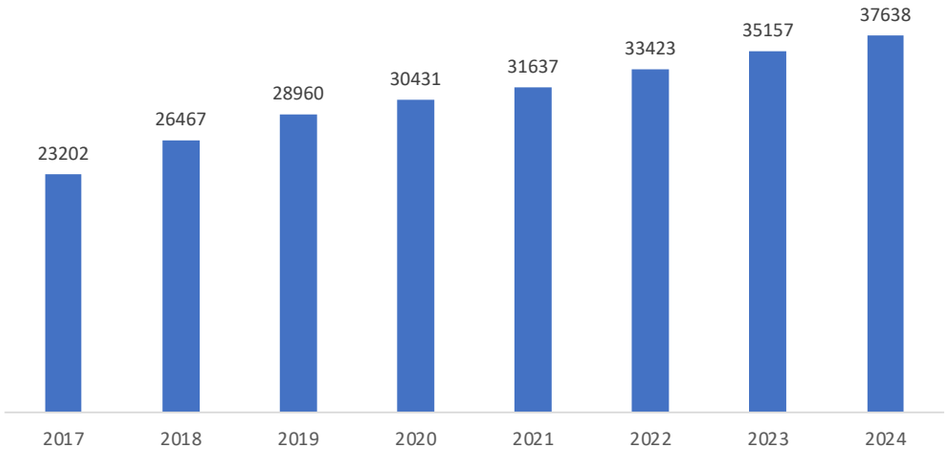


Figure 6. *Évolution du nombre de PVVIH mises sous ARV, Sénégal 2017-2024*

2.1.3 Nouvelles infections par le VIH

Les nouvelles infections à VIH sont en baisse régulière au Sénégal. Elles sont passées de 3485 en 2005 à 2979 en 2024. Chez les enfants, les nouvelles infections sont passées de 20,1% en 2023 à 8,4% en 2024 (Spectrum ONUSIDA, 2024).

En 2024, les nouvelles infections ont augmenté dans toutes les tranches d'âge sauf chez les enfants. Chez les adolescent.e.s, les nouvelles infectons ont augmenté passant de 14,6% en 2023 à 16,8% en 2024. Quant aux personnes âgées de 50 ans et plus, une tendance à l'augmentation des nouvelles infections est observée. La répartition selon l'âge (figure 7) montre que :

- 71,1% des nouvelles infections surviennent chez les 25-49 ans ;
- 16,8% chez les 15-24 ans ;
- 8,4% chez les 0-14 ans ;
- 3,8% chez les 50 ans et +.

Par ailleurs 92% des nouvelles infections survenues chez les 15 ans et plus sont notées chez les HSH, les PS et leurs clients.

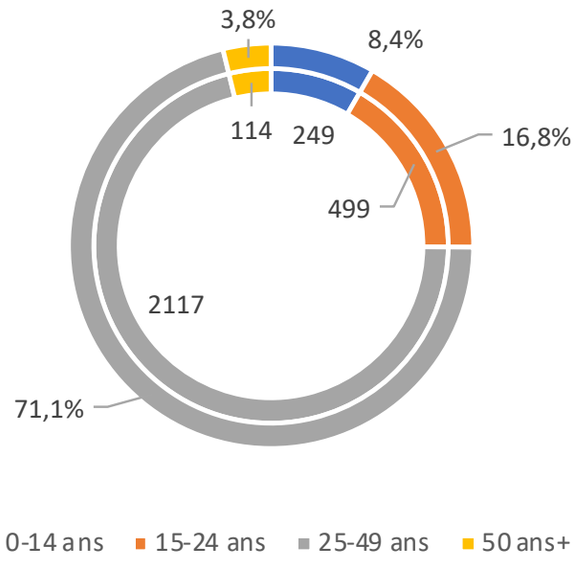


Figure 7 : *Répartition des nouvelles infections selon l'âge, Sénégal 2024*

Sources : Spectrum ONUSIDA 2024

Les données issues de **Spectrum 2024** révèlent une **hausse préoccupante des nouvelles infections** au VIH parmi les jeunes de **15-24 ans** et les adultes de **25-49 ans,** avec des augmentations respectives estimées à **120%** et **118% par rapport à la situation de 2023.** Ces tendances soulignent la nécessité d'une attention accrue envers les adolescent.e.s et les jeunes filles et garçons, groupes particulièrement vulnérables. Selon les résultats de la **dernière Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS, 2017), seulement un tiers** des jeunes de **15 à 24 ans** disposaient d'une **connaissance complète du VIH,** un niveau fortement **corrélé au degré d'instruction.**

2.1.4 Décès liés au VIH

Les estimations du Spectrum font état d'environ 966 décès liés au sida en 2024. Selon ces données, une légère baisse des décès dus au sida est notée entre 2022 et 2024 passant de 996 à 978 et finalement à 966 (Spectrum ONUSIDA, 2024). L'analyse comparative des nouvelles infections et des décès indique que des efforts intensifiés sont indispensables pour faire descendre le nombre de décès en dessous de celui des nouvelles infections, afin d'assurer la durabilité de la réponse (Figure 8).

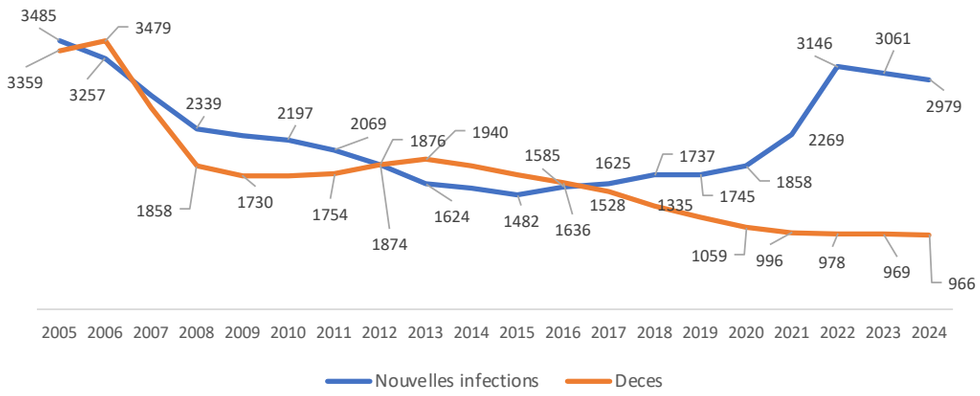


Figure 8. *Évolution des décès liés au sida entre 2005-2024*

Source : Spectrum 2024

2.1.5 Prévalence et nouvelles infections à VIH parmi les populations clés

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

Sur l'ensemble des nouvelles infections survenues chez les 15 ans et plus, **92% (2508/2728) sont notées chez les HSH, les PS et leurs clients selon le Spectrum 2024**. Parmi celles survenues chez les hommes, 94 % (1403/1497) concernent les HSH tandis que chez les femmes, 90 % (1105/1231) des nouvelles infections concernent les PS.

La prévalence du VIH chez les PS connait une baisse régulière depuis 2010, avec des prévalences respectivement de 18,5 % en 2010 ; 6,6 % en 2015 et 5,8 % en 2019. (ENSC, 2010, 2015, 2019) et 2,8% en 2024 (IBBS). Cette même tendance est observée aussi bien chez les PS officielles, c'est-à-dire, celles qui sont inscrites dans le « registre officiel de la prostitution » que chez les PS dites « clandestines » c'est-à-dire non inscrites au fichier sanitaire. Une étude réalisée sur la cartographie et l'analyse des facteurs de vulnérabilité au VIH des populations clés au Sénégal en 2022 montre de nouvelles formes de vulnérabilité liées aux nouvelles

formes de prostitution en lien avec le recours aux réseaux sociaux qui leur permet d'exercer en toute discrétion donc plus difficile à toucher par les méthodes classiques de sensibilisation sur les risques liés au VIH.

La prévalence du VIH chez les HSH a augmenté entre 2014 et 2024. Elle est passée de 17,8 % à 27,6 % entre 2014 et 2027 (ELIHoS, 2014, ECHSH, 2017) et à 45% en 2024 (IBBS). L'étude sur la cartographie et l'analyse des facteurs de vulnérabilité montre que les HSH sont présents dans toutes les régions malgré un environnement de stigmatisation généralisé. Les résultats de cette même étude montrent différentes vulnérabilités d'ordre social, familial, juridique et sanitaire et décrivent des situations de violences sexuelles taboues dès le jeune âge. Ces situations les exposent à des formes de sexualité à risque, des violences physiques et psychosociales (abus sexuels durant l'enfance, arrestations, expulsion du domicile familial, etc.) causées par l'entourage familial, scolaire et/ou professionnel.

Les premières enquêtes de prévalence du VIH chez les CDI datent de 2011 (UDSEN) avec une prévalence de 5,2% notée chez les consommateurs de drogues. Cette prévalence était de 9,2% chez les injecteurs ; elle était plus élevée chez les femmes CDI (13,0%) que chez les hommes (3,0%). En 2019, l'enquête PARECO menée par l'ANCS à Mbour et Kaolack a montré une prévalence de 3,7%. Pour **l'IBBS 2024,** il a été noté une prévalence du VIH de **1,9% chez les CDI.**

Au Sénégal, les CDI sont également confrontés à des risques supplémentaires avec la consommation de médicaments à usages détournés qui renforce les risques liés aux addictions et qui les exposent à des vulnérabilités à la fois sociales et sanitaires.

L'étude qualitative d'analyse de la vulnérabilité réalisée par le CRCF en 2022 dans huit régions, a permis de décrire une vulnérabilité et des besoins spécifiques des personnes transgenres. Les données confirment la réalité d'une catégorie de transgenres souvent classée dans le groupe des HSH, provenant de toutes catégories sociales et régions du Sénégal. Ces personnes vivent une identité de genre (féminine) différente de celle de leur sexe biologique (masculin) et adoptent des attitudes de dépendance et de soumission vis-à-vis de leurs partenaires qui reproduisent les vulnérabilités de genre (hommes/femmes). Elles sont particulièrement vulnérables et exposées au risque VIH et IST et aussi aux violences sexuelles précoces et à des pratiques de transactions sexuelles très fréquentes.

Les résultats de l'IBBS 2024 montre que la prévalence du VIH chez les transgenres est de 38%, celle de la syphilis à 34% et pour l'hépatite B elle est de 11%.

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

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

Tableau II : *Prévalence des populations en contexte de vulnérabilité*

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

Sources : (ENSC, 2015 & 2019)

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

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

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

Les tendances observées à travers la situation épidémiologique du VIH traduisent des évolutions contrastées des indicateurs, reflétant à la fois les progrès réalisés et les défis persistants. Ces résultats appellent à une adaptation continue des stratégies programmatiques afin de maximiser l'impact des interventions.

2.2 Situation de la Tuberculose au Sénégal

2.2.1 Analyse des indicateurs de la Stratégie “Mettre fin à la tuberculose”

2.2.1.1 Morbidité liée à la tuberculose

Le Sénégal n’a pas encore réalisé d’enquête de prévalence de la tuberculose. Ainsi, l’OMS détermine annuellement une estimation de l’incidence avec des fluctuations notées régulièrement. Par exemple, dans le dernier rapport publié en 2025, l’incidence estimée a connu une hausse à 165 contre 123 nouveaux cas et rechutes/100 000 personnes en 2015 et 132 contre 110 nouveaux cas et rechutes /100 000 personnes en 2023 comparée aux données publiées dans son rapport de 2023.

L’analyse des variations signale une baisse régulière de l’incidence estimée par l’OMS de 20% en 2024 par rapport à la cible de 50% fixée pour 2025, ce qui montre un gap important. En 2024, l’OMS a estimé 24 000 nouveaux cas et rechutes attendus. Cette incidence était à 5,9/100 000 personnes chez les PVVIH. Au cours de cette même année, le taux de couverture du traitement était à 68% (soit un tiers de cas manquants) selon les données de notification. (Profil de tuberculose, Sénégal, OMS 2025)

La figure ci-dessous présente l’évolution de l’incidence estimée de la tuberculose depuis 2010.

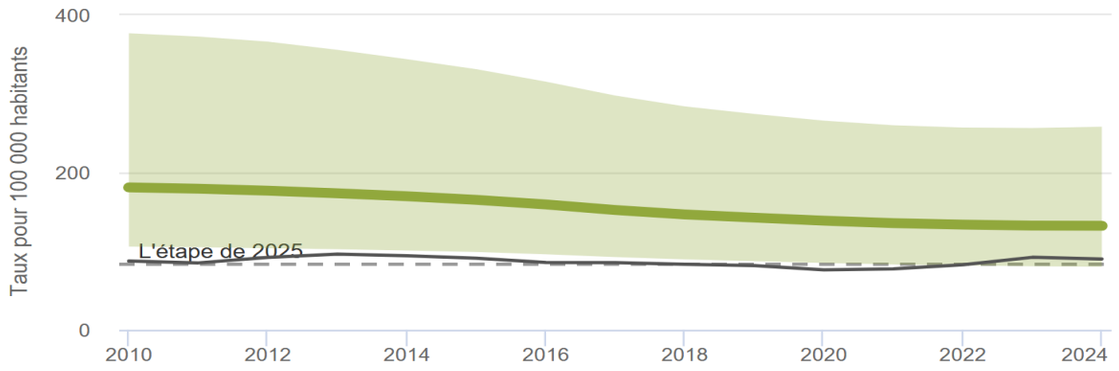


Figure 9. *Evolution de l’incidence estimée de la tuberculose de 2010 à 2024 (Profil Tuberculose, Sénégal, OMS 2024*

2.2.1.2 Mortalité liée à la tuberculose

Le taux de mortalité estimé de la tuberculose chez les séronégatifs au VIH était de 20 [13-28] pour 100 000 habitants, soit environ : 3 700 [2400-5 300] personnes décédées de tuberculose en 2024. Ce taux était à 1,8 (1,2–2,6) chez les PVVIH soit 340 (220–480) PVVIH décédées de tuberculose. Les décès liés à la TB ont globalement baissé de 25% par rapport à la cible de 75% pour 2025. *(Profil de tuberculose, Sénégal, OMS 2025)*

Quant au taux de létalité de la TB, il était à 17% en 2024. Un proportion de 3% est décédée dans la cohorte nationale des malades traités pour une tuberculose pharmacosensible enregistrés en 2023.

La figure ci-dessous présente l'évolution du nombre estimé de décès liés à la tuberculose depuis 2010.

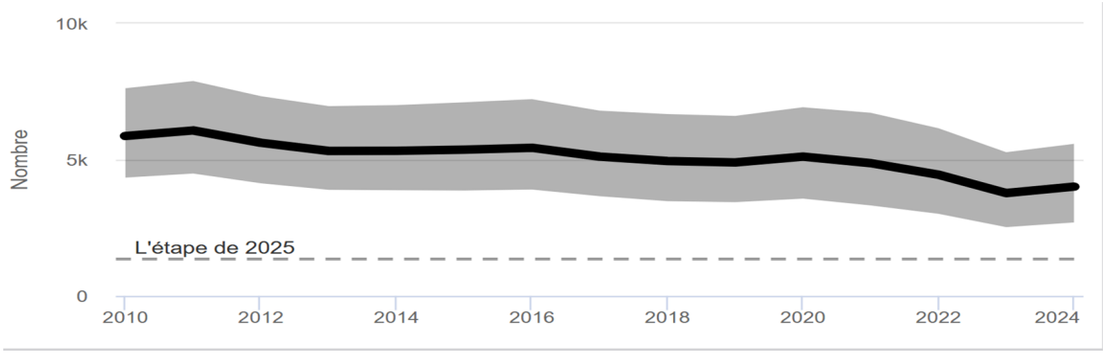


***Figure 10** : Evolution du nombre estimé de décès liés à la tuberculose de 2010 à 2024 (Profil Tuberculose, Sénégal, OMS 2024)*

En valeur absolue, le nombre de décès enregistrés dans les cohortes TB est passé de **421 en 2018 à 496** en 2024, traduisant une tendance globale à la stabilisation malgré les bonnes performances enregistrées pour le succès du traitement dans la cohorte de tuberculose pharmacosensible. Les proportions les plus élevées de décès ont été observées dans les régions de Kolda (8%), Kédougou (7%) et Tambacounda (6%).

2.2.1.3 Coûts totaux catastrophiques supportés par les ménages touchés par la tuberculose

Le Sénégal n'a pas encore réalisé l'enquête nationale sur les coûts catastrophiques pour disposer de données sur ce troisième indicateur de la stratégie END TB. Selon une estimation modélisée réalisée par l'OMS, le Sénégal est à un niveau de 59% en 2024 pour une cible fixée à 0% en 2025.

2.2.2 Répartition géographique des cas de tuberculose

L''analyse des données du rapport de 2024 du PNT montre que 82% des cas de TB notifiés étaient regroupés dans six (06) régions à savoir : Dakar, Thiès, Diourbel, Ziguinchor, Saint-Louis et Kaolack.

La capitale, Dakar, a notifié les 40%. Le tableau ci-dessous indique la distribution régionale du nombre de cas estimés et notifiés.

Tableau III: *Répartition des nombres de cas estimés et notifiés selon les régions du Sénégal en 2024 (Rapport PNT, 2024)*

DRS	Total des cas de tuberculose attendus 2024	Proportion de cas attendus de tuberculose par rapport au niveau national	Total nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes confondues déclarés 2024	taux de couverture du traitement antituberculeux
Dakar	8426	40%	6684	79%
Thiès	3370	16%	2567	76%
Diourbel	2317	11%	1 772	76%
Saint Louis	1131	5%	805	71%
Kaolack	1053	5%	889	84%
Ziguinchor	983	5%	843	86%
Louga	842	4%	621	74%
Fatick	669	3%	519	78%
Kolda	551	3%	572	104%
Kaffrine	421	2%	223	53%
Tambacounda	421	2%	349	83%
Matam	343	2%	306	89%
Sédhiou	330	2%	360	109%
Kédougou	210	1%	164	78%
SENEGAL	21067	100%	16674	79%

Par ailleurs, l'analyse des données du programme montre également que sur les 79 districts sanitaires que compte le pays, 23 d'entre eux ont notifié 74% des cas de tuberculose en 2024. Le tableau suivant présente les 23 districts.

Tableau IV: *Liste des 23 districts qui ont notifié les 74%des cas de tuberculose, toutes formes confondues déclarées en 2024*

Districts	Total des cas de tuberculose attendus 2024	Proportion de cas attendus de tuberculose par rapport au niveau national	Total nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes confondues déclarés 2024	taux de couverture du traitement antituberculeux par district
Touba	1445	7%	1058	73%
Dakar-nord	1138	5%	947	83%
Dakar-centre	876	4%	605	69%
Guédiawaye	876	4%	933	107%
Pikine	613	3%	484	79%
Mbao	788	4%	562	71%
Mbour	791	4%	589	74%
Dakar-sud	1051	5%	691	66%
Thiès	806	4%	598	74%
Keur Massar	788	4%	622	79%
Ziguinchor	501	2%	421	84%
St Louis	647	3%	442	68%
Yeumbeul	525	2%	413	79%
Diourbel	409	2%	294	72%
Rufisque	525	2%	443	84%
Sangalkam	438	2%	320	73%
Kaolack	613	3%	457	75%
Khombole	595	3%	418	70%
Dkr-ouest	788	4%	406	52%
Kolda	315	1%	349	111%
Tivaouane	420	2%	286	68%
Bambey	337	2%	248	74%
Diamniadio	350	2%	255	73%
Total	15635	**74%**	11841	**76%**
SENEGAL	21067	100%	16674	**79%**

2.2.3 Répartition des cas de TB selon le sexe et les groupes d'âge

Au Sénégal, la tuberculose touche plus les hommes que les femmes avec un sex-ratio (2H/1F). En 2024, 11236 hommes et 5438 Femmes ont été notifiés. Le nombre de cas de tuberculose attendus prédomine dans la tranche d'âge des 25-34 ans (25%), suivi de la tranche des 15-24 ans avec 22%, puis de celle des 35-44 ans (16%). Les tranches d'âge considérées par le programme ne correspondent pas à celles du cycle de vie proposées par l'OMS. Toutefois, une répartition indicative permet de ressortir les tendances globales résumées sur la figure ci-dessous. De plus, la tranche d'âge 15-44 ans représente près de 63% des cas notifiés et celle des 15-54 ans près de 74% des cas estimés. Une sous-notification des cas est notée dans toutes les tranches d'âges comme illustré dans la figure ci-après.

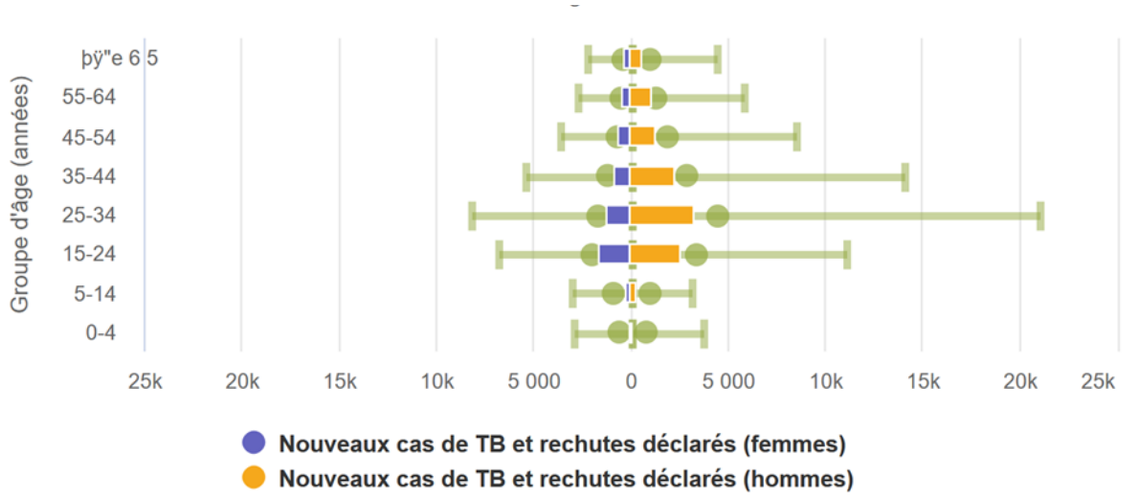


Figure 11 *: Nombre de cas estimés et nombre de cas déclarés par groupes d'âge selon le sexe en 2024 au Sénégal*

2.2.4 Tuberculose de l'enfant et de l'adolescent

Plus des deux tiers des cas attendus de tuberculose chez les enfants et les adolescents de 0 à 14 ans ne sont pas notifiés en 2024. Un total de 700 enfants tuberculeux a été rapporté sur 2400 cas attendus selon les estimations de l'OMS. Au regard du cadre de performance du programme, en moyenne, la moitié des cas attendus n'a pas été notifiée comme indiqué dans la figure suivante. Il faut noter que la proportion de cas notifiés dans cette tranche d'âge a légèrement augmenté à 5% depuis 2023.

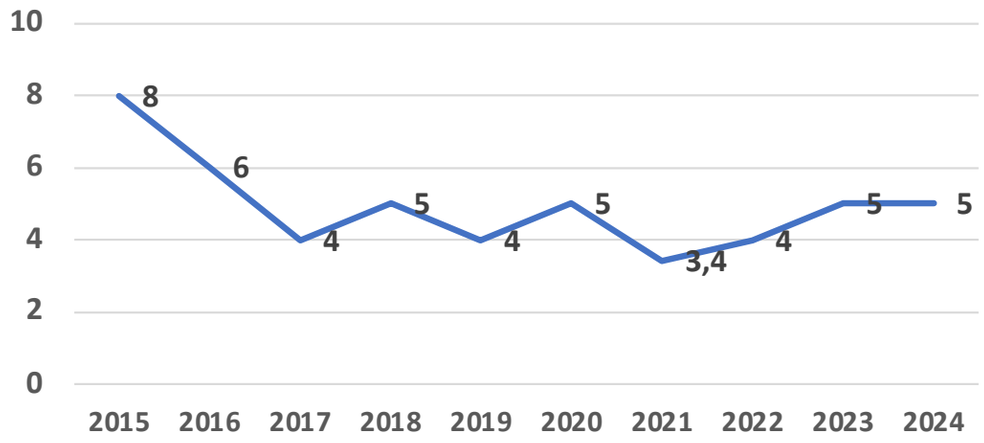


Figure 12 : *Evolution de la proportion des cas de tuberculose notifiés chez les enfants et les adolescents âgés de 0-14 ans au Sénégal de 2015 à 2024.*

2.2.5 Tuberculose multirésistante

L'enquête sur la prévalence de la pharmaco résistance aux médicaments antituberculeux (DRS TB) réalisée par le pays en 2014 fait état d'une prévalence de la résistance à la rifampicine de 0,9% parmi les nouveaux cas (IC 95%:(0-1,1)) et de 19% (IC 95%:(9,3-23,2) parmi les cas en retraitement). Une dernière enquête a été effectuée en 2023. Les résultats préliminaires de cette enquête montrent que la résistance à la rifampicine reste toujours plus élevée chez les patients ayant des antécédents de traitement comparés aux nouveaux cas. Cependant il faut noter que la prévalence chez les nouveaux cas est passée de 0,9% (IC95% 0.24-1.60) en 2014 à 1,83% (IC95% 1,18-2,84) à 2023. Cette prévalence a baissé de 9,43% (IC95% 7,96-11,12) en 2015 à 3,9% (IC95% 3,28-4,65) chez les retraitements. Ces données sont comparables aux estimations de l'OMS durant la période de 2015 et 2023. (Rapport provisoire enquête nationale de prévalence de la pharmacorésistance aux antituberculeux de 2023).

Le dépistage et la mise sous traitement TB MR a connu un bond en 2023 avec une diminution en 2024. Il est passé de 83 en 2022, à 111 en 2023 pour diminuer à 100 en 2024. Le nombre de malades TB MR traités était à 82 en 2022, 103 en 2023 et 88 (88%) en 2024. Les régions de Dakar, de Thiès et de Diourbel ont enregistré 72% des cas. En 2024, l'âge moyen des patients dépistés pour une TB MR était de 36,6 ans avec des âges extrêmes compris entre 12 ans et 73 ans. La tranche d'âge 25-34 ans était la plus touchée et représentait 34% de l'effectif.

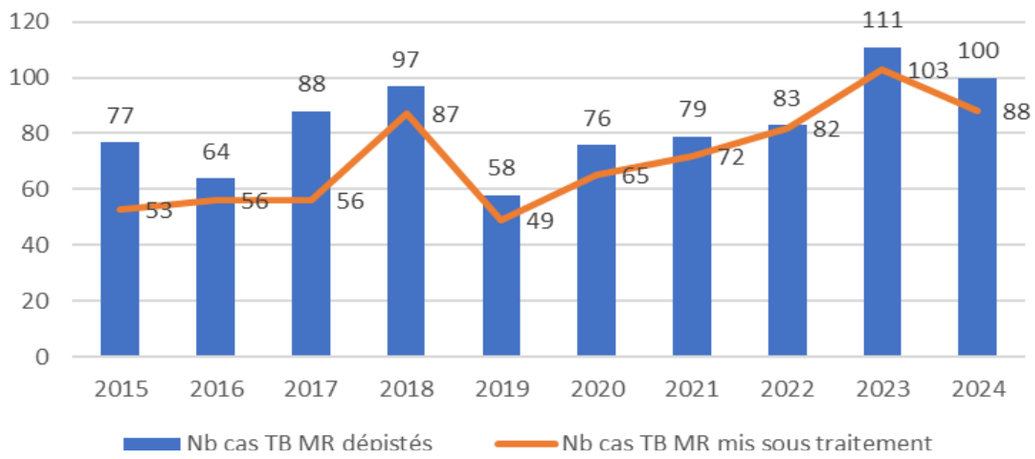


Figure 13 : *Dépistage et enrôlement des cas TBMR au Sénégal de 2015-2024.*

En 2024, 955 tests Xpert MTB/XDR ont été réalisés. Ce nombre élevé s'explique par la mise en œuvre de l'enquête nationale de pharmacorésistance en plus des cas rifampicine résistants dépistés en routine au niveau des laboratoires de GeneXpert. Au total, 747 étaient sensibles à tous les antibiotiques testés par le Xpert XDR. Une résistance à l'isoniazide seule a été détectée chez 50 patients. Quant à la résistance à l'isoniazide associée à l'éthionamide, elle a été observée chez 20 patients. Les profils complets sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau V: *Nombre de tests XPERT MTB/XDR effectués par le LNR du PNT en 2024*

RESULTATS	NOMBRE	POURCENTAGE
MTB non détecté	59	6,2%
Résistance non détectée	747	78,2%
INH Résistance seul détectée	50	5,2%
INH Résistance détectée / ETH Résistance détectée	20	2,1%
Résistance à toutes les molécules testées	3	0,3%
FLQ Résistance détectée	0	0%
AMK, KAN et CAP Résistance détectée	1	0,1%
Autres résultats	33	3,5%
Erreurs / Pas de résultats	42	4,4%
TOTAL	**955**	**100%**

[34]*Rapport annuel PNT 2021*

2.2.6 Prise en charge des malades TB MR

Sur les 100 patients TB MR/RR dépistés en 2024 à travers le pays, 88 ont effectivement démarré le traitement de deuxième ligne dans la même année. La grande majorité des patients (97%) avait suivi le régime court de 9 mois et seuls deux (02) patients étaient mis sous régime long de 20 mois. Au cours de l'année, 38 sites de traitement ont été enregistrés sur l'étendue du territoire national en plus de l'Unité de Référence et de Prise en charge de Fann.

Le Sénégal a enregistré un taux de succès thérapeutique à 84% pour la cohorte des patients traités pour une TB MR en 2022, tous schémas confondus. Le taux de décès a baissé en passant de 9% en 2021 à 2,5% en 2024. Cependant, le taux d'interruption de traitement qui était considérablement élevé à 12%. Le tableau ci-dessous résume les résultats de traitement de la cohorte de malades TBMR enregistrés en 2022.

Tableau VI: *Résultats thérapeutique de la cohorte de TBMR de 2022 (Rapport PNT 2024)*

Régimes thérapeutiques	Succès	DCD	Interruption	Echec	Total
Long	3	1	1	0	***5***
Court	66	1	9	1	***77***
TOTAL	*69*	*2*	*10*	*1*	***82***
POURCENTAGE	***84%***	***2,5%***	***12%***	***1,5%***	***100%***

Le taux de succès thérapeutique des cohortes de malades TB MR est resté satisfaisant au fil des années comparé à la moyenne mondiale. Les résultats de traitement de la TB MR sont indiqués dans le graphique suivant.

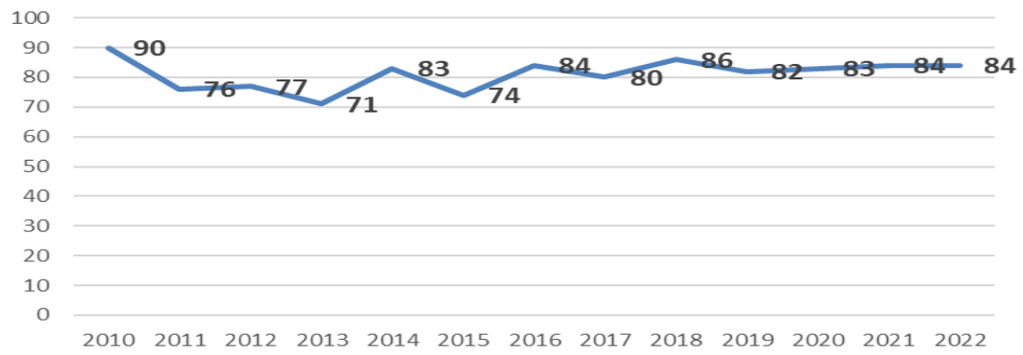


Figure 14. *: Evolution du succès thérapeutique des cas TBMR de 2010 à 2022*

2.2.7 Traitement préventif de la tuberculose

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

L'administration du TPT démarrée en 2007 chez les enfants contact de moins de 5 ans et élargi à tous les âges en 2022, a toujours connu des contre-performances. Toutefois, elle a connu une légère amélioration durant les deux dernières années même si elle a un peu chuté en 2024. Le graphique suivant illustre les performances régionales de la mise sous TPT des personnes en contact avec un malade tuberculeux bacillifère en 2024 (cible= 7 contacts pour un malade bacillifère).

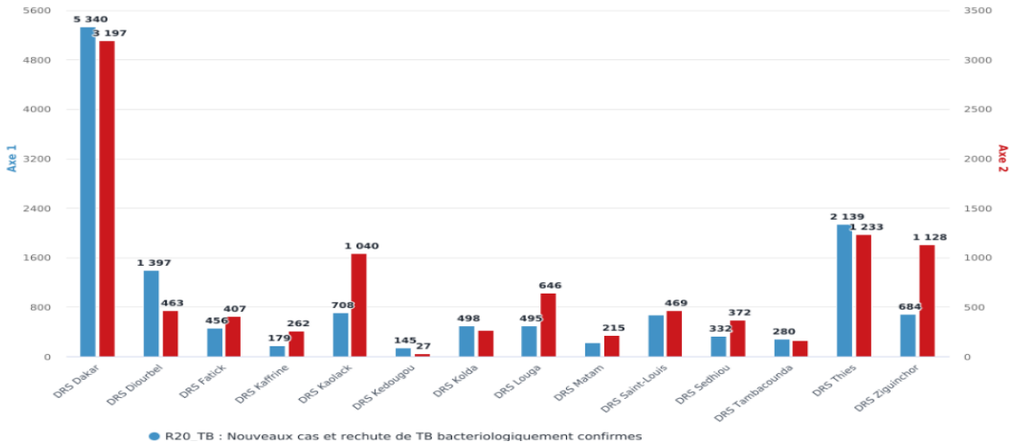


***Figure 15.** : Mise sous TPT des personnes en contact avec un malade tuberculeux bacillifère selon les 14 régions du Sénégal (rapport PNT 2024)*

Selon les données rapportées par le PNT, la mise sous TPT des PVVIH éligibles a également légèrement chuté en 2024. Les cibles n'ont pas été atteintes au fil des années.

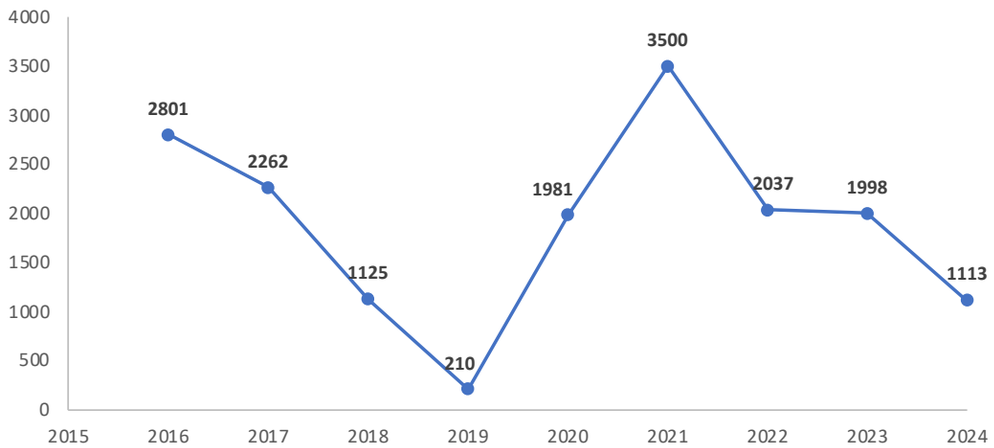


***Figure 16.** : Evolution de la proportion de PVVIH éligibles mises sous TPT de 2016 à 2024*

2.2.8 Comorbidités liées à la tuberculose

Selon le rapport de l'OMS 2025 sur le profil épidémiologique du pays, la survenue des cas de TB au Sénégal est liée à cinq facteurs de risque qui sont par ordre d'importance : la sous-alimentation, le tabagisme, le diabète, le VIH et les troubles liés à l'usage d'alcool. Cette situation est illustrée par la figure suivante.

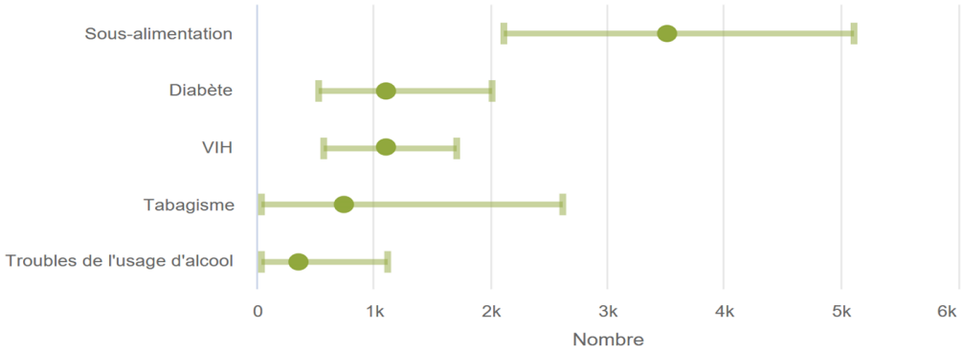


Figure 17 : *Estimation du nombre de cas de tuberculose attribués aux cinq facteurs de risques majeurs (profil tuberculose Sénégal, OMS 2025)*

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

2.2.9 Co-infection VIH et tuberculose

Le taux de co-infection TB-VIH a baissé de 10% en 2010 à 4% en 2024 grâce aux interventions mises en œuvre conjointement par les programmes de lutte contre la TB et le VIH. Cependant certaines régions surtout vers le Sud du pays présentent des taux élevés de co-infection TB/VIH telles que la région de Kolda (11%) et Ziguinchor(8%). et Kaffrine (8%).

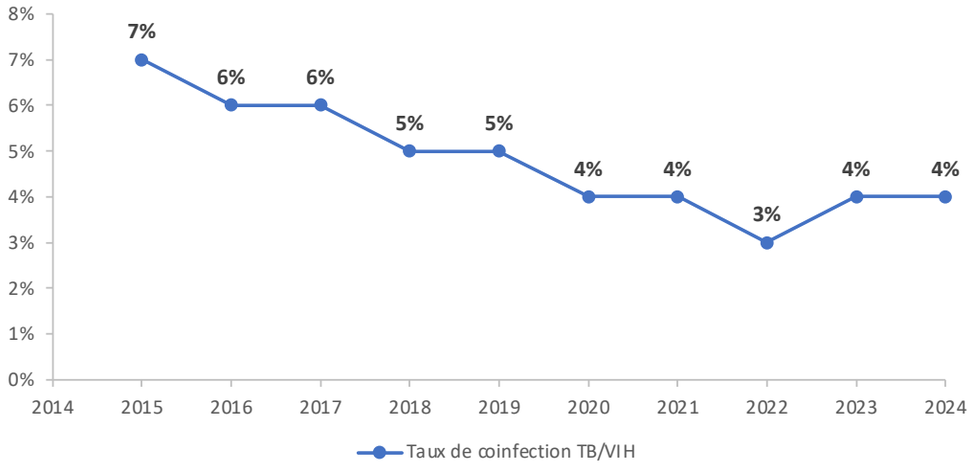


Figure 18 : *: Evolution du taux de coinfection TB/VIH au niveau national de 2015-2024*

Selon les données rapportées par le PNT, la proportion de malades tuberculeux connaissant leur statut VIH avait atteint 96% en 2022 pour baisser à 93% en 2023 et 91% en 2024 (Rapport PNT 2024).

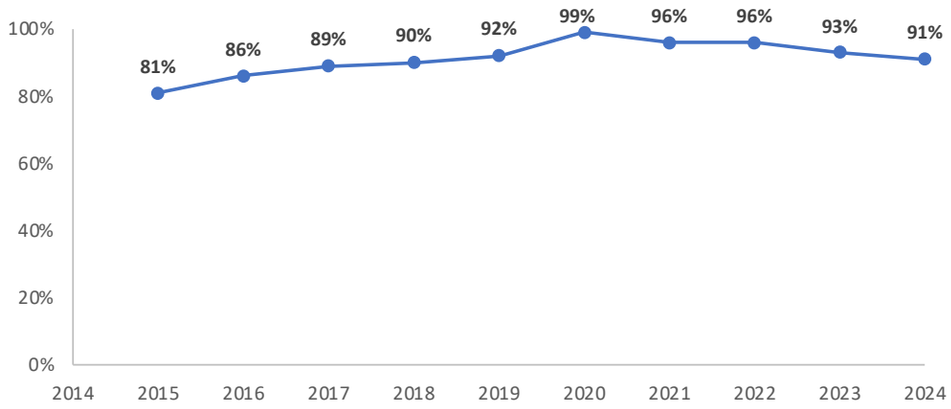


Figure 19. *Evolution de la proportion de malades tuberculeux connaissant leur statut VIH de 2015 à 2024*

Après un bond de 89% en 2022 à 99% en 2023, la proportion de malades co-infectés TB-VIH mis sous TARV a chuté à 73% en 2024.

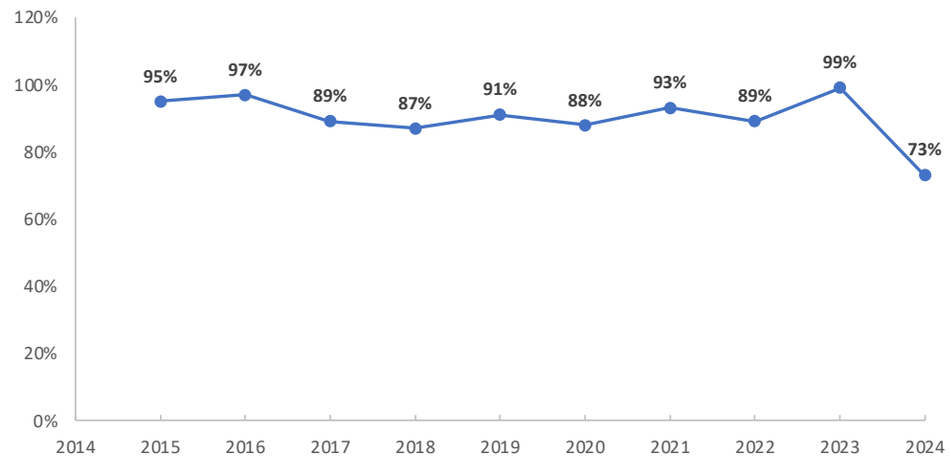


Figure 20. *Taux de patients coinfectés TB/VIH mis sous TARV de 2015 à 2024*

2.2.10 Tuberculose-Diabète

La recherche systématique du diabète chez le patient TB a été instaurée par le PNT en 2016. Le taux de réalisation de la glycémie à jeun chez les malades tuberculeux est passé de 82% en 2017 à 95% en 2021. Le diabète constitue le troisième facteur de risque de développer une tuberculose maladie au Sénégal. En 2020, l'étude sur l'estimation des populations clés TB réalisée par le PNT a permis d'identifier les patients diabétiques parmi les 18 populations vulnérables à la tuberculose. Ainsi en 2023, sur 15733 patients TB enregistrés, 14868 (94,5%) ont été dépistés pour le diabète parmi lesquels 190 (1,3%) présentaient une association tuberculose diabète.

Les données disponibles actuellement sur le diabète dérivent de l'enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles de 2015. Les données de l'enquête STEPS de 2024 ont mis en évidence une prévalence nationale du diabète de 4,2% dans la population adulte.

2.2.11 Tuberculose et Tabagisme

Le tabagisme constitue le deuxième facteur de risque de survenue de la tuberculose-maladie, au Sénégal selon l'OMS. Il constitue également une facteur important de rechute après le traitement et d'issue défavorable au traitement antituberculeux comme le décès.

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

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

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

2.2.12 Tuberculose et Malnutrition

La sous-alimentation est le premier facteur de survenue de la tuberculose au Sénégal selon l'OMS. La prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans était de 18,5%, selon les données publiées par la Banque Mondiale en 2023.
Les données relatives à l'association TB et malnutrition ne sont pas encore intégrées dans le système de suivi et d'évaluation du PNT pour permettre une analyse poussée.

2.2.13 Performances thérapeutiques de la tuberculose

Le taux de succès thérapeutique de la TB sensible a été régulièrement satisfaisant depuis 2015 (88%) jusqu'en 2024 (89%) pour une cible fixée à 90% par la Stratégie END TB. Le taux de décès est resté stable autour de 3% pour une cible inférieure à 2%. La figure suivante indique l'évolution des taux de succès thérapeutique et de décès au niveau national depuis 2015.

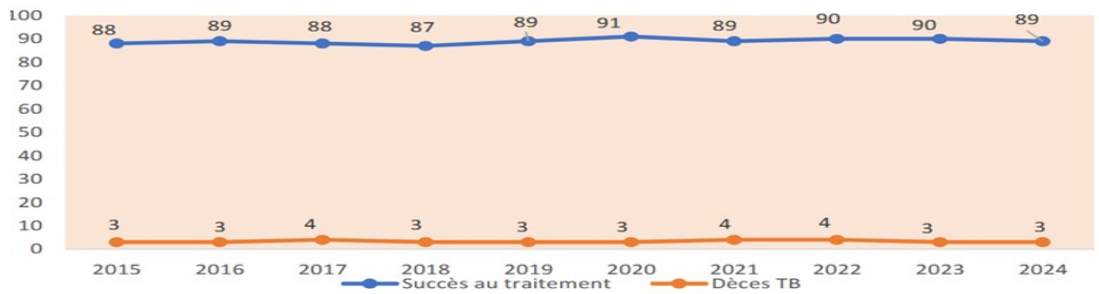


Figure 21. *Evolution du taux de succès thérapeutique et du taux de décès des cohortes de tuberculose pharmaco sensible de 2015 à 2024.*

Pour la cohorte de tuberculose pharmacosensible de 2023, le taux de succès thérapeutique (89%) était inversement proportionnel au taux d'interruption (4%) et au taux de non évalués (3%). La figure suivante indique l'évolution des performances thérapeutiques de 2016 à 2024.

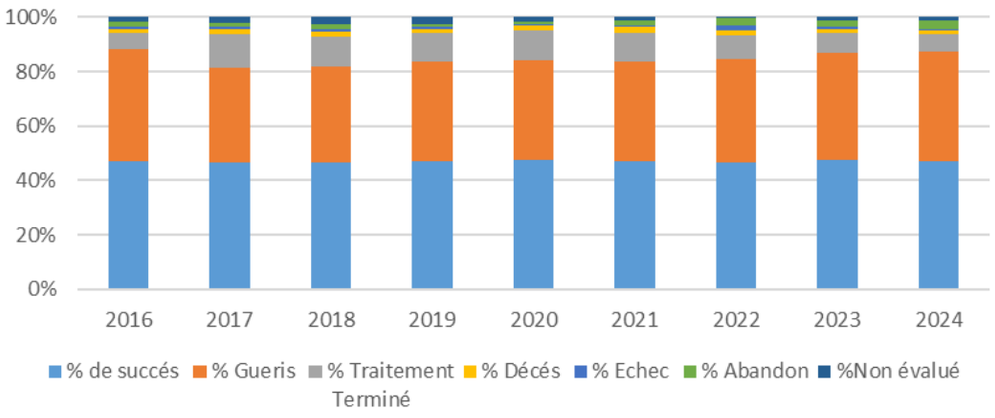


Figure 22. *: Résultats du traitement des cas TB sensible au niveau national, 2016-2020*

En 2024, la DRS de Matam a enregistré le taux de succès thérapeutique le plus élevé (100 %) pour les cas de tuberculose sensible. Elle est suivie par les régions de Louga, Sédhiou et Dakar, qui affichent toutes des taux supérieurs à 90 %, traduisant une performance remarquable dans la prise en charge.

En revanche, la proportion d'interruption de traitement est la plus élevée à Kédougou (18 %), suivie par Kolda (10 %), Fatick (7 %) et Ziguinchor (6 %). Ces interruptions constituent un défi majeur, car elles compromettent l'efficacité thérapeutique et favorisent la rechute ou la résistance.

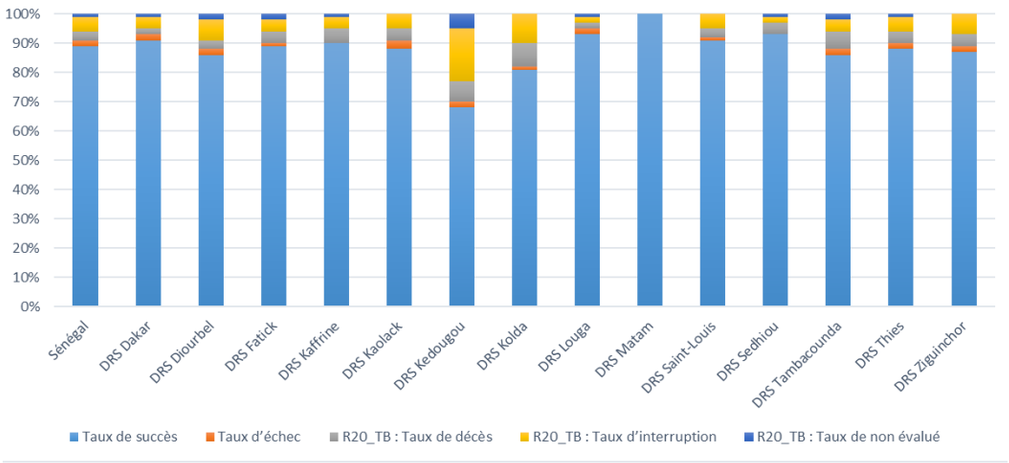


***Figure 23.** : Résultats du traitement des cas TB sensible, par région pour la cohorte 2024*

Globalement les taux d'interruption de traitement étaient élevés en 2024 au niveau national et dans toutes les DRS. Le tableau ci-dessous résume les performances par DRS selon les indicateurs phares de suivi de la lutte antituberculeuse au Sénégal.

Tableau VII : *Performance par DRS des indicateurs clés de la tuberculose en 2024*

DRS	Nombre cas attendus	Proportion par rapport au nombre total de cas (%)	nombre cas notifié	taux de couverture du traitement (%)	Taux de succès chez les patients TB (%)	Taux de décès chez les patients TB (%)	Taux d'interruption de traitement (%)
Dakar	8426	40	6684	79	91	2	5
Thiès	3370	16	2567	76	88	4	7
Diourbel	2317	11	1 772	76	86	3	8
Saint Louis	1131	5	805	71	91	3	7
Kaolack	1053	5	889	84	88	4	7
Ziguinchor	983	5	843	86	87	4	7
Louga	842	4	621	74	93	2	2
Fatick	669	3	519	78	89	4	5
Kolda	551	3	572	104	81	8	11
Kaffrine	421	2	223	53	90	5	4
Tamba-counda	421	2	349	83	86	6	6
Matam	343	2	306	89	100	0	0
Sédhiou	330	2	360	109	93	4	2
Kédougou	210	1	164	78	68	7	18
SENEGAL	21067	100	16674	79	3	3	6

2.3 Situation des hépatites virales au Sénégal

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

Des interventions récentes ont permis d'estimer le fardeau des hépatites avec des taux de prévalence dans la population générale de 5,7% pour l'hépatite B et de 0,8% pour l'hépatite C , faisant du Sénégal une zone de forte endémicité pour l'hépatite B et de faible endémicité pour l'hépatite C.

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



Tableau VIII : *Prévalence des hépatites virales au Sénégal en 2018 (PSN Hépatites 2019-2023)*

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

2.3.1 L'hépatite B

L'hépatite B est la plus fréquente au Sénégal. En effet, 85 % de la population a au moins un marqueur du virus de l'hépatite B (VHB). En effet, après une infection aiguë 20 % des patients deviennent des porteurs chroniques.

Avec l'introduction de la vaccination universelle des nouveau-nés contre l'hépatite B, pratiquée depuis 1999 dans le cadre du programme national de lutte contre les hépatites et dans le PEV, la séroprévalence globale des porteurs chroniques du VHB a diminué de 17 à 4,9% (estimation de l'OMS en 2024). Le VHB est la seconde cause de cancer après le tabac au Sénégal. Selon l'OMS, il est responsable de 80% des cancers du foie qui est le premier cancer chez l'homme.

En 2024, d'après le rapport de la CNTS, 41136 donneurs de sang ont été testés. Parmi eux, 2016 personnes ont été positives à l'AgHbs soit un taux de positivité de 4,9% et 256 à l'Hépatite C correspondant à un taux de positivité de 0,62%.

Selon l'OMS en 2024, 888 193 personnes étaient porteuses du virus de l' hépatite B. Parmi eux, 20 à 30% (environ 222 048 personnes) évoluent vers la cirrhose et le cancer du foie après un délai moyen de 20 à 30 ans.

Selon les résultats de l'IBBS 2024, les prévalences de l'hépatite B observées au sein des populations clés du VIH s'établissent à 7 % chez les professionnelles du sexe, 10 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 12% chez les CDI.

Concernant la mortalité liée à l'Hépatite B, elle n'a pas été évaluée au Sénégal.

2.3.2 L'hépatite C

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

Dans certaines populations à risque, telles que les utilisateurs de drogues par voie injectable et les HSH, cette prévalence est supérieure à 10% selon des études concordantes. L'histoire naturelle de l'hépatite C est moins bien connue que celle de l'hépatite B Elle évolue vers la chronicité dans 80% des cas, mais également vers la cirrhose et le cancer du foie. En 2024, 145 011 étaient porteurs de l'hépatite C.

D'après les résultats de l'IBBS 2024, la prévalence de l'hépatite C au sein des populations clés est estimée à 0,2% chez les professionnelles du sexe, à 2% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 8% chez les CDI.

2.3.3 Facteurs liés aux hépatites

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

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

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

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



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

Les co-infections du VIH et des virus de l'hépatite sont des facteurs importants de comorbidité et de mortalité chez les PVVIH. Elles représentent des facteurs aggravants, favorisant une progression plus rapide des infections virales B ou C vers des complications, ainsi qu'une réduction de l'efficacité des traitements.

Ils s'y ajoutent les difficultés spécifiques liées à la prise en charge concomitante de l'hépatite et de l'infection par le VIH. Les données de routine collectées au cours de l'année 2024 révèlent que la séroprévalence de l'hépatite B chez les PVVIH nouvellement mises sous TAR était de 10,3 % (Rapport CNLS 2024). Ce qui traduit une légère augmentation par rapport à 2023 (9,9%).

2.4 Situation des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) au Sénégal

Les 4 syndromes IST monitorés par le Sénégal sont l'écoulement urétral chez l'homme, l'écoulement génital de la femme, l'ulcération génitale et la douleur abdominale basse. En 2023, selon les données de routine, 79215 syndromes IST ont été rapportés. L'écoulement génital (de l'homme et de la femme) reste le syndrome le plus répertorié avec 45094 cas dont 83,86% sont notés chez les femmes (37818).

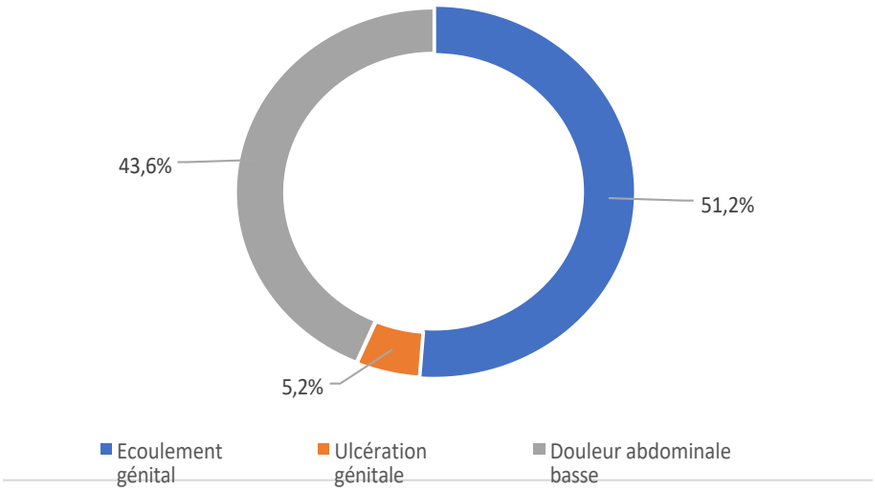


Figure 24. *Répartition des syndromes IST par type*

Concernant les douleurs abdominales basses, 34539 ont été rapportées. Toutefois une sur- notification est à déplorer car les dysménorrhées et toutes les douleurs abdomino-pelviennes de la femme sont renseignées dans cette rubrique. Cette situation illustre une limite structurelle de la prise en charge syndromique, exposant à un recours excessif au diagnostic et au traitement.

Il est important de renforcer les supervisions formatives sur la prise en charge des IST ainsi que des activités de prévention dans la communauté. Tous les syndromes IST ont été plus notées chez les femmes, 83,86% des écoulements génitaux et 88% des ulcérations génitales.

L'analyse tendancielle montre une évolution en dents de scie des IST notifiées d'une année à une autre. La recrudescence des IST témoigne de pratiques sexuelles non protégées.

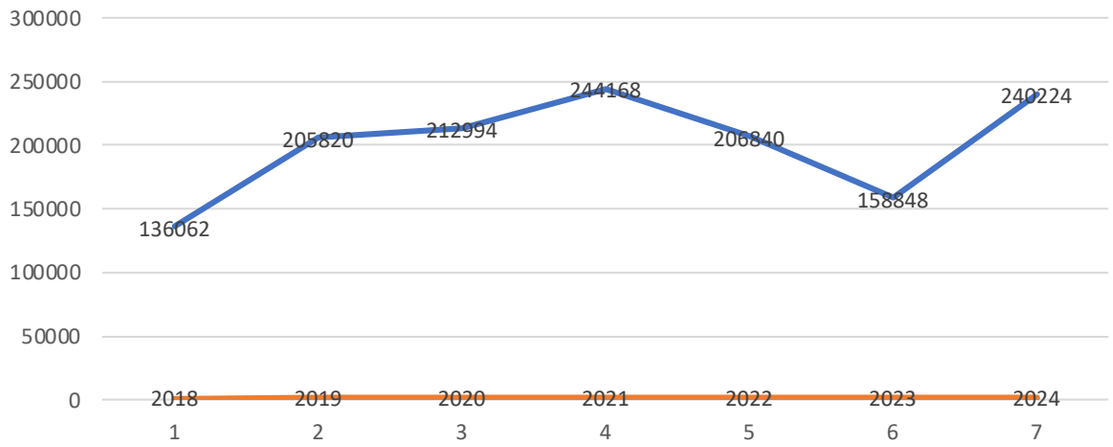


Figure 25. *Évolution du nombre de cas IST au Sénégal de 2018 à 2024*

Les DRS ont déploré l'absence de formation sur la prise en charge des IST et des populations clés particulièrement face au turn-over du personnel de santé.

Syphilis

En 2023, le dépistage de la syphilis a concerné 82698 personnes. Cette proposition de dépistage de la syphilis est systématique dans le cadre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Ainsi 92% des tests effectués ont été faits chez les femmes.

Au total 1116 cas de syphilis (tests positifs) ont été rapportés en 2023, soit un taux de positivité à la syphilis de 1,3%. Six régions se dégagent du groupe par le nombre élevé de cas de syphilis, avec par ordre décroissant Dakar (345), Diourbel (181), Saint-Louis (146), Kolda (124), Tambacounda (117) et Kaolack (107) comme indiqué dans la figure ci-après.

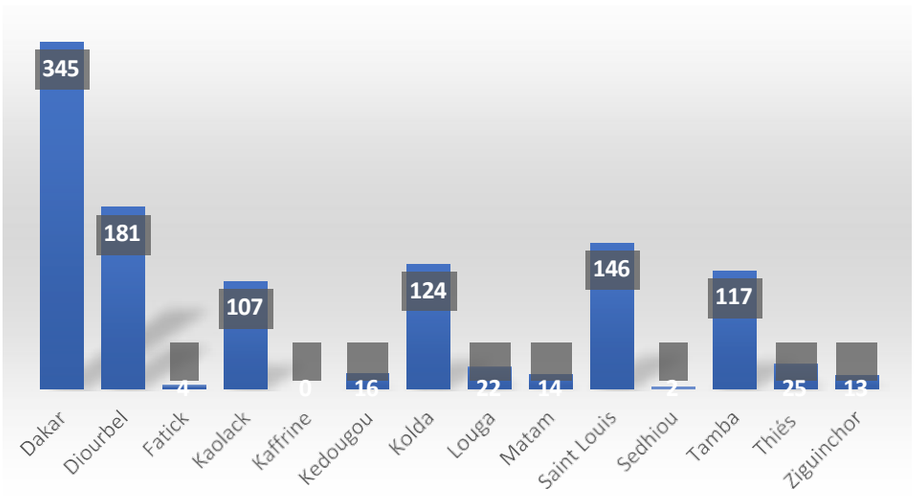


Figure 26. *Cas positif de syphilis rapportées par région*

Cependant ces données ne reflètent pas fidèlement la réalité dans un contexte de rétention des données au niveau national et sont le résultat d'une sous déclaration et/ou d'une sous notification.

Comparativement à l'année 2022, le nombre de cas positifs de syphilis notifiés s'élevait à 7 704, avec la répartition suivante : **(i) 54% chez les 25-49 ans ; (ii) 26% chez les 20-24 ans ; (iii) 15% chez les 15-19 ans ; (iv) 5% chez les 50 ans et plus et (1%) chez les 0-14 ans.**

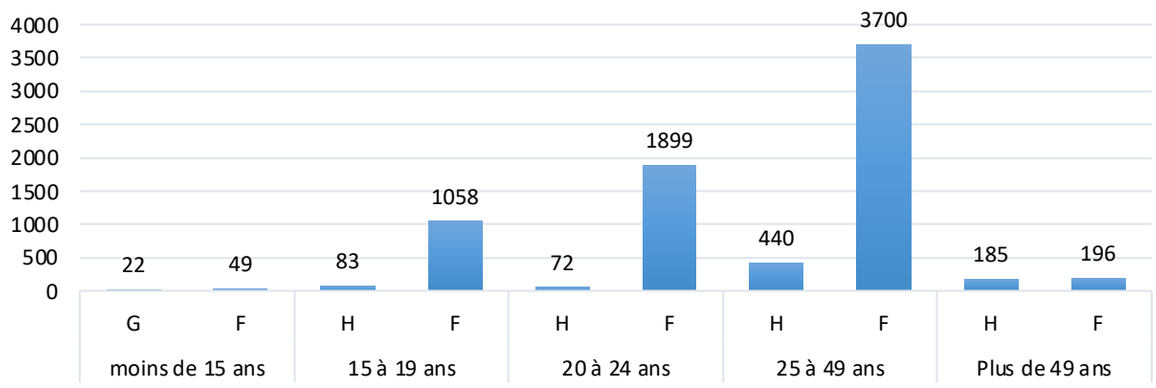


Figure 27. *Répartition des cas de syphilis selon les âges au Sénégal en 2022*
Source : Données de routine CNLS

Avec la recrudescence des nouvelles infections à VIH, notamment chez les jeunes populations clés, la prise en charge des IST devient prioritaire. Chez les PS, les HSH et les CDI, la prévalence de la syphilis est respectivement de 5%, 32% et 9% selon le rapport de l'IBBS 2024.

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





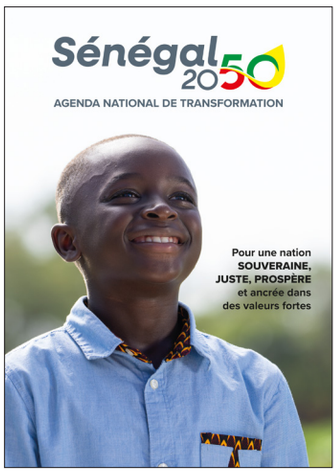
Chapitre III :

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

3.1 Les Référentiels nationaux et internationaux

Le PSNI 2026-2030, s'inspire des référentiels nationaux et internationaux, des orientations nationales déclinées dans l'Agenda national de transformation, Sénégal 2050, les Lettres de Politiques sectorielles, le PNDSS 2019-2028 et des Objectifs de Développement Durable d'ici 2030, notamment l'ODD 3 visant à « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

Au regard de la nouvelle vision, les efforts doivent aboutir à une transformation systémique permettant à tous de bénéficier de services de santé accessibles et de qualité. La mise en œuvre est orientée vers des interventions à haut impact réduisant les inégalités et orientées vers la durabilité et le respect des droits de chaque personne dans la riposte au sida, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux Infections Sexuellement Transmissibles.



Sénégal 2050 : Agenda national de transformation définit une vision ambitieuse d'un pays souverain, résilient et inclusif, fondée sur le renforcement du capital humain et une gouvernance modernisée. La santé y est considérée comme un levier stratégique de la productivité et du développement. L'Agenda vise un système de santé performant, équitable et résilient, axé sur la couverture sanitaire universelle, la qualité des soins, la réduction des inégalités d'accès, la prévention, la santé communautaire, l'innovation numérique, la préparation aux pandémies et le développement de la production locale de médicaments et de vaccins.



Le Compact Santé 2025 du Sénégal est un cadre de partenariat stratégique entre l'État et les partenaires techniques et financiers visant à améliorer la coordination, l'alignement et l'efficacité des interventions dans le secteur de la santé. Il soutient la mise en œuvre des priorités nationales, renforce la redevabilité fondée sur les résultats et contribue à l'accélération de la couverture sanitaire universelle, dans une logique de performance, d'équité et de durabilité du système de santé.

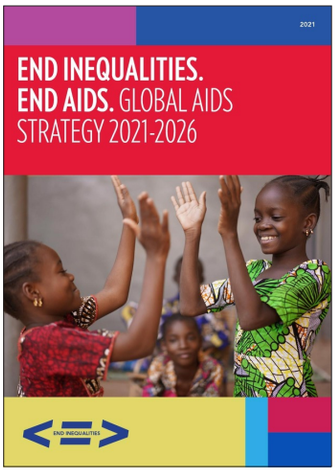


Le Compact Santé 2025 du Sénégal est un cadre de partenariat stratégique entre l'État et les partenaires techniques et financiers visant à améliorer la coordination, l'alignement et l'efficacité des interventions dans le secteur de la santé. Il soutient la mise en œuvre des priorités nationales, renforce la redevabilité fondée sur les résultats et contribue à l'accélération de la couverture sanitaire universelle, dans une logique de performance, d'équité et de durabilité du système de santé.



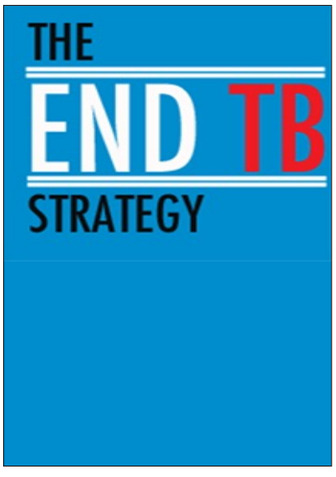
Le Plan National de Développement Sanitaire et Social 2019–2028, tend résolument vers l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle au Sénégal. Les résultats sectoriels attendus de la mise en œuvre du PNDSS sont : (i) la gouvernance et le financement du secteur sont renforcés à travers des mécanismes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

Référentiels internationaux



La stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031, adoptée par l'ONUSIDA, qui fait suite à la stratégie 2021-2026, vise à mettre fin au sida comme menace de santé publique d'ici 2030, en s'attaquant aux inégalités et en assurant la pérennité de la riposte après cette date. Elle s'appuie sur des piliers comme les données, la recherche, l'approche multisectorielle, la lutte contre la stigmatisation et la promotion des droits humains pour atteindre ces objectifs ambitieux dans un contexte de ressources réduites et de défis persistants, notamment pour les populations vulnérables.

Elle définit un cadre d'action transformateur pour éliminer ces inégalités et place chaque pays et chaque communauté sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030.



La stratégie « Mettre fin à la tuberculose » plus connue sous le vocale anglais de « END-TB » est la réponse mondiale à la pandémie de la tuberculose. La vision de la stratégie est « un monde libéré de la tuberculose », également exprimée par l'élimination des coûts catastrophiques pour les ménages affectés par la TB, un accès universel à des services de prévention, de diagnostic et de traitement de qualité, centrés sur la personne, le renforcement des systèmes de santé, l'équité, la protection sociale et l'innovation pour une riposte durable.



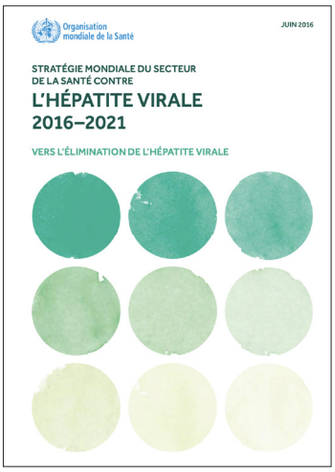
Ce cadre repose sur trois éléments principaux que sont : (i) le continuum de soins (ii) l'utilisation des trois types de données principaux, (épidémiologiques, centrées sur la personne et liées au système) (iii) les trois étapes de planification (classement des problèmes par ordre de priorité, analyse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

Organisation mondiale de la santé

Le cadre d'action régional s'appuie sur le renforcement des soins de santé primaires, l'augmentation du financement public, la couverture sanitaire universelle et l'intégration des droits humains. Il vise à maîtriser puis éliminer le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST à travers des interventions intégrées tout au long de la vie, l'innovation, la mobilisation durable des ressources et la mise en place de systèmes de santé résilients, équitables et centrés sur les communautés.

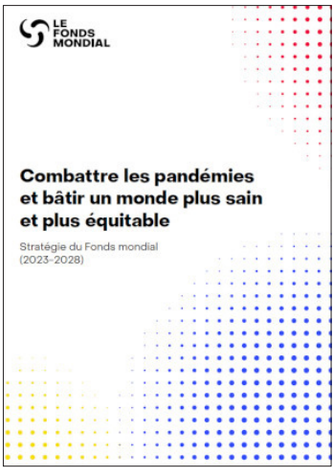
CEDEAO ECOWAS

Élaborée par la CEDEAO à travers l'OOAS et les États membres, la stratégie régionale vise à répondre aux besoins spécifiques des populations clés face au VIH, à la tuberculose, aux hépatites B et C et aux enjeux de santé sexuelle et reproductive. Elle ambitionne de garantir un accès universel, équitable et sans discrimination à des services intégrés, en renforçant la coordination régionale, l'utilisation des données probantes, la mise à l'échelle des interventions, l'autonomisation des populations clés et la promotion des droits humains, en alignement avec les ODD 3.3, 3.7 et 3.8.



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

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



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



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

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

3.2 Cadre de riposte intégrée et multisectorielle

Le cadre stratégique pour une riposte intégrée et multisectorielle contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST vise à unir les forces des secteurs de la santé, des autres ministères sectoriels, des collectivités territoriales et des communautés pour une réponse plus cohérente, efficace et équitable. Cette approche met l'accent sur l'intégration des services de prévention, de dépistage, de traitement et d'accompagnement social afin de simplifier le parcours des usagers et d'améliorer l'accès aux soins, particulièrement pour les populations vulnérables. Elle repose sur des principes de gouvernance coordonnée, des droits humains, de participation communautaire, de redevabilité et de durabilité.

En consolidant les efforts autour d'un même système de données, d'une logistique unifiée et de modèle de prise en charge centrée sur la personne, ce cadre permet de réduire les duplications, d'optimiser les ressources et d'accélérer les progrès vers l'élimination des quatre maladies.

Les composantes clés du cadre intégré et multisectoriel sont :
- une gouvernance et une coordination multisectorielle ;
- des prestations de services intégrés ;
- une approche communautaire et de mobilisation sociale commune ;
- une chaîne d'approvisionnement et de logistique unifiée ;
- un système de laboratoire intégré ;
- un système de surveillance et d'information sanitaire intégré ;
- une stratégie de financement de la santé intégrant les quatre maladies.

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

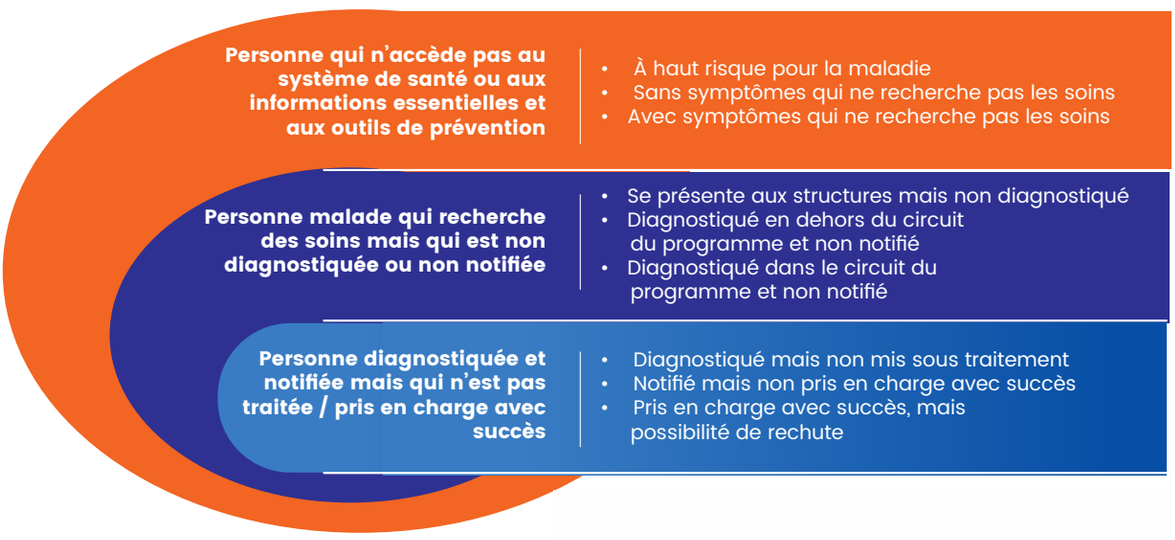


Figure 28. *Modèle de l'oignon centré sur les besoins des personnes*

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

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

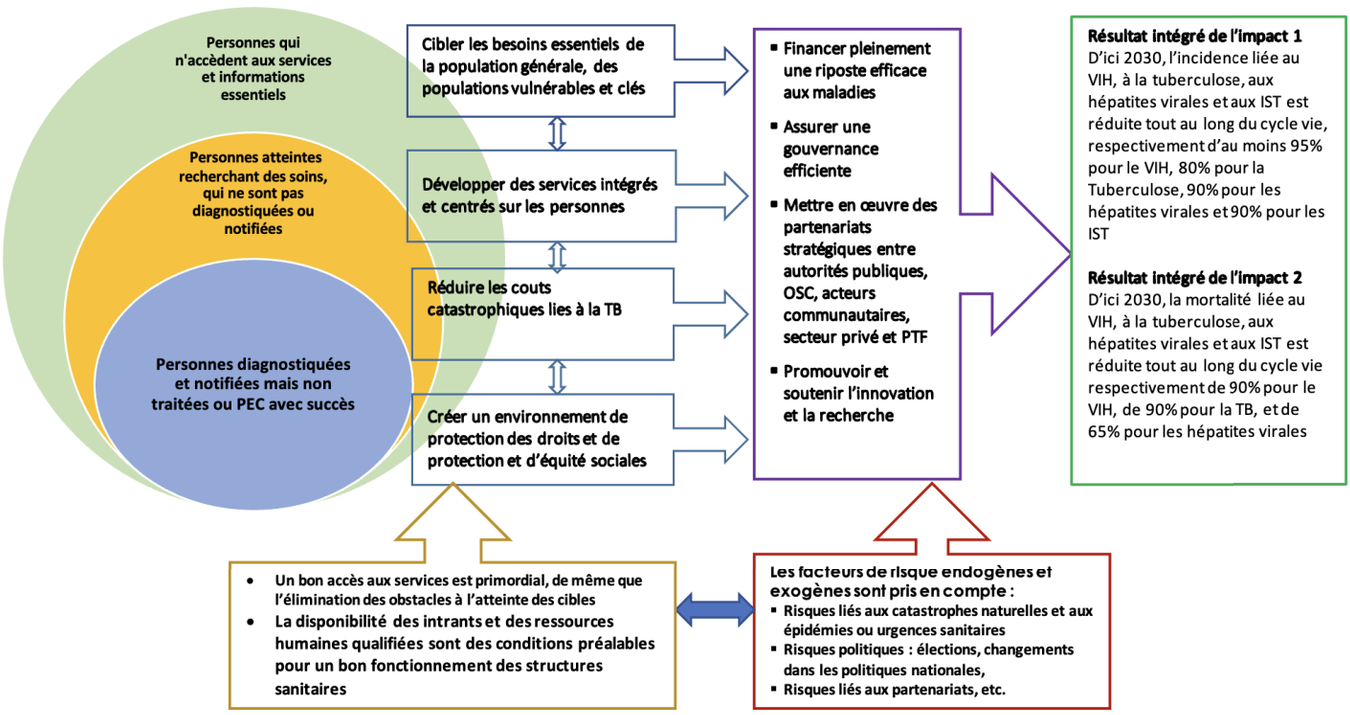


Figure 29. *La Théorie du Changement*

3.3 Priorités du PSNI 2026 – 2030

Les orientations prioritaires, sont les suivantes :

- ***Intensification*** *des actions de prévention primaire et de prévention combinée, selon une approche intégrée, populationnelle, de localisation et du cycle de vie afin de réduire les nouvelles infections du VIH, de la Tuberculose, des Hépatites virales et des IST.*
- ***Décentralisation, optimisation et qualité*** *des services de dépistage, de traitement, de soins et de soutien du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST afin de garantir des succès thérapeutiques pour toutes les tranches d'âge et les groupes touchés par les quatre maladies.*
- ***Réduction des inégalités, de la stigmatisation, de la discrimination et des violences basées sur le genre*** *en s'attaquant aux déterminants sociaux, économiques et juridiques qui entravent l'accès aux services de santé.*
- ***Planification intégrée, financement durable et gouvernance*** *multisectorielle efficaces et inclusifs pour des services intégrés et de sécurité sanitaire tout en réduisant les coûts catastrophiques pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les personnes souffrant de la tuberculose et leurs familles, les personnes atteintes d'hépatite virale et les personnes affectées dans une optique de protection sociale et de solidarité nationale.*
- ***Accélération de l'intégration des politiques, des stratégies et des services de lutte*** *contre l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale, et les infections sexuellement transmissibles dans le système de santé.*
- ***Renforcement de la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs*** *de développement, le secteur privé, le secteur communautaire dans le cadre d'une approche multisectorielle.*
- ***Mise en œuvre effective d'une approche d'investissements stratégiques****, axée sur les besoins des populations et des localités .*
- ***Accélération des approches axées sur la santé publique*** *fondées sur des interventions et des services simplifiés et normalisés que l'on peut facilement transposer à une plus grande échelle.*
- ***Renforcement de l'engagement et de la participation des organisations communautaires et des communautés,*** *y compris les personnes touchées par les maladies, afin d'élargir l'accès à des services de qualité pour les bénéficiaires difficiles à atteindre.*
- ***Recours aux innovations numériques, aux Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et aux réseaux sociaux*** *représente un levier stratégique pour renforcer l'accès au numérique et améliorer l'interaction entre prestataires et bénéficiaires, afin de faciliter l'accès aux services de santé et d'intensifier la sensibilisation au changement de comportement, en particulier chez les jeunes.*

Chapitre IV :

Orientations Stratégiques du PSNI 2026 – 2030

4.1 Vision stratégique, But et Principes Directeurs

«Un Sénégal libéré du fardeau du sida, de la tuberculose, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles pour une meilleure qualité de vie des populations»

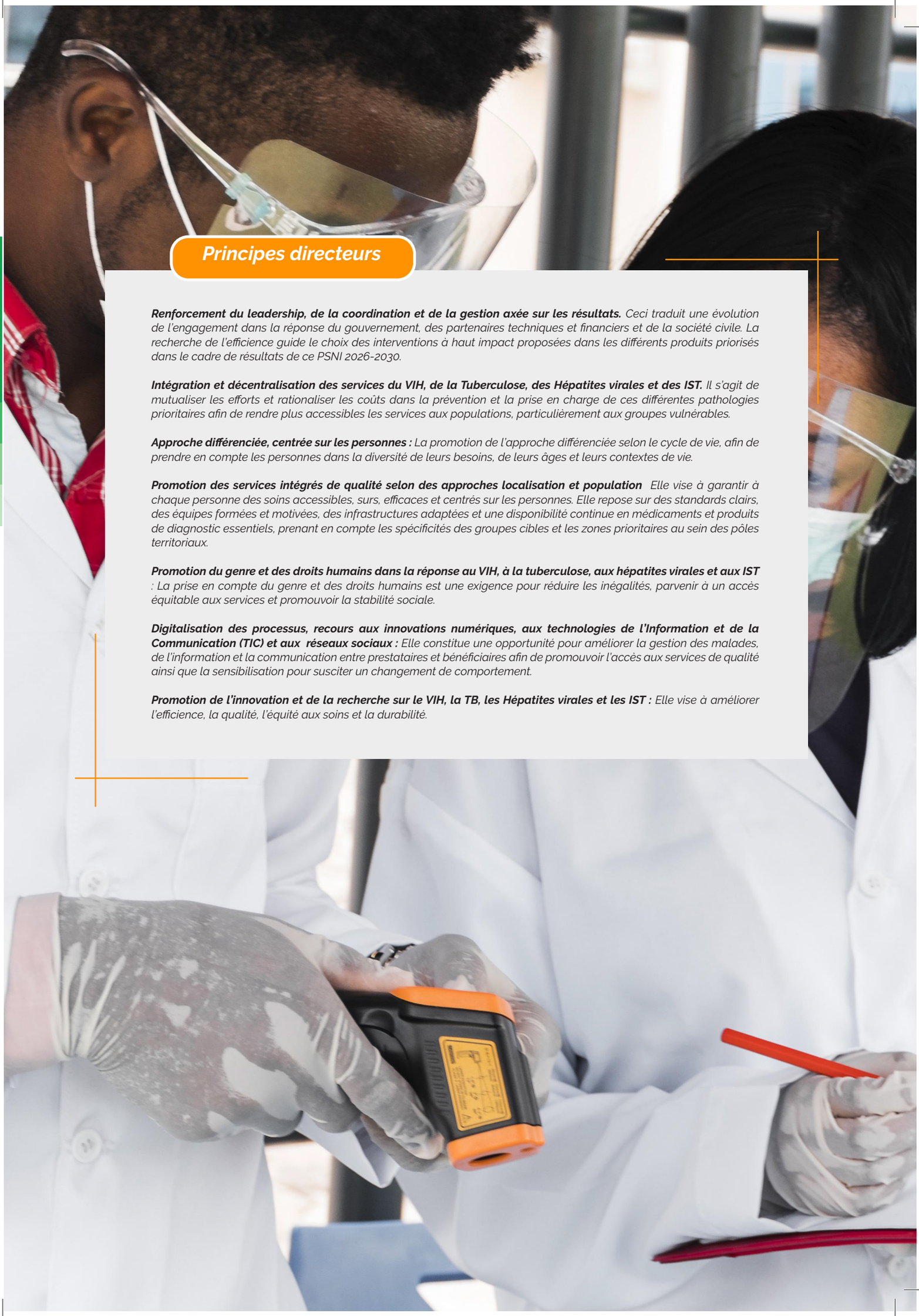
Vision



Éliminer les épidémies de sida, de tuberculose, des hépatites virales et des IST d'ici 2030 et assurer une couverture sanitaire pour toutes les populations prioritaires, y compris les groupes vulnérables.

But





Principes directeurs

Renforcement du leadership, de la coordination et de la gestion axée sur les résultats. *Ceci traduit une évolution de l'engagement dans la réponse du gouvernement, des partenaires techniques et financiers et de la société civile. La recherche de l'efficience guide le choix des interventions à haut impact proposées dans les différents produits priorisés dans le cadre de résultats de ce PSNI 2026-2030.*

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

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

Promotion des services intégrés de qualité selon des approches localisation et population *Elle vise à garantir à chaque personne des soins accessibles, surs, efficaces et centrés sur les personnes. Elle repose sur des standards clairs, des équipes formées et motivées, des infrastructures adaptées et une disponibilité continue en médicaments et produits de diagnostic essentiels, prenant en compte les spécificités des groupes cibles et les zones prioritaires au sein des pôles territoriaux.*

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

Digitalisation des processus, recours aux innovations numériques, aux technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et aux réseaux sociaux : *Elle constitue une opportunité pour améliorer la gestion des malades, de l'information et la communication entre prestataires et bénéficiaires afin de promouvoir l'accès aux services de qualité ainsi que la sensibilisation pour susciter un changement de comportement.*

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

4.2 Cadre de Résultats

Après trois ans de mise en œuvre du PSNI 2023-2030, les résultats d'étapes évalués ont montré une amélioration des principaux indicateurs d'impact avec des variations selon les maladies. Le concept de la chaine de résultats, adopté depuis l'élaboration du premier PSNI est utilisé pour construire les résultats escomptés pour la période 2026-2030. Les différents niveaux de résultats, leurs hiérarchies, leurs liens de causalité et les synergies nécessaires ont été choisis en fonction des priorités populationnelles, thématiques et géographiques pour permettre des investissements stratégiques et transformateurs.

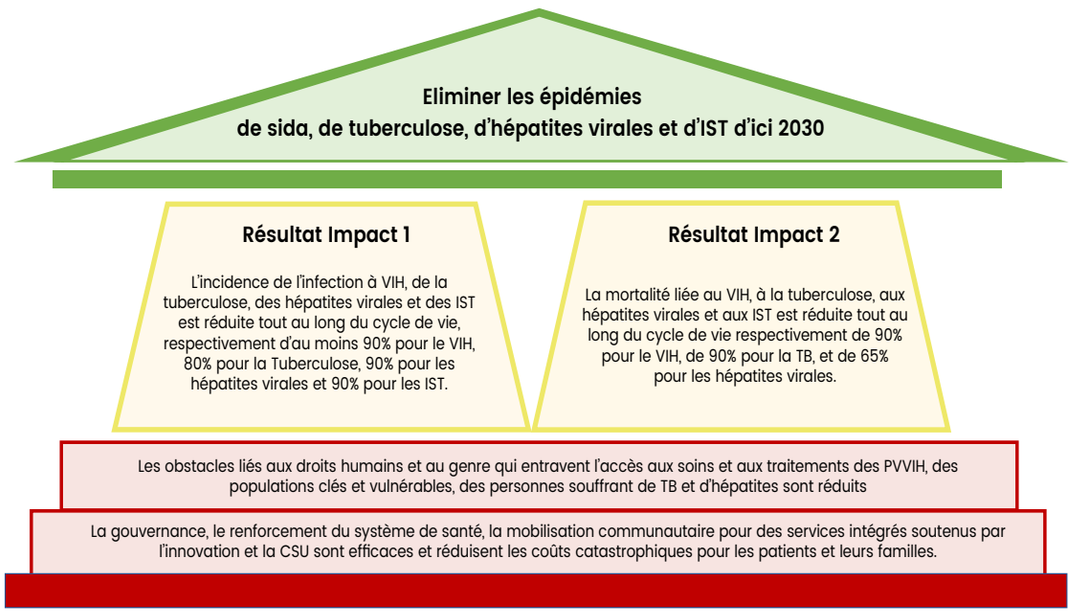


Figure 30. *Cadre des résultats du PSNI 2026-2030*

Résultat d'impact 1 :

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

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

Description du Résultat impact 1

L'atteinte de ce résultat d'impact passe par l'élimination des nouvelles infections à VIH, de la tuberculose, de l'hépatite B chez les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les nouveau-nés, les enfants, les jeunes, notamment les jeunes populations clés. Selon le Spectrum 2024, les nouvelles infection à VIH sont passées de 3146 en 2022 à 2979 en 2024. En 2024, 71,1% de ces nouvelles infections concernent les personnes âgées de 25-49 ans. S'agissant des IST, un total 79215 syndromes d'IST ont été notifiés au cours de l'année 2024.

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

Concernant la tuberculose on note une baisse régulière de l'incidence depuis 2015 qui était. de 8,1% en 2021 et 20% en 2024 selon les estimations de l'OMS. Pour atteindre une diminution de 80% en 2030, le programme va intensifier le dépistage actif ciblé et garantir un traitement rapide et efficace de tous les cas, y compris les formes pharmacorésistantes afin de rompre la chaîne de transmission et éviter la survenue de nouveaux cas. La collaboration renforcée avec la DSME, les Directions Régionales de la Santé, les partenaires et organisations communautaires œuvrant en faveur de la santé de l'enfant permettra de mettre en œuvre des interventions innovantes visant à diagnostiquer et traiter efficacement au moins 10% des cas notifiés toutes formes chez les enfants et adolescents âgés de 0 à 14 ans. L'offre de soins intégrés de qualité et le soutien aux malades, adaptées à chaque tranche de vie, permettront de traiter avec succès au moins 95% des malades notifiés aussi bien pour la tuberculose pharmacosensible que celle pharmacorésistante.

La prévention par le traitement préventif de la tuberculose (TPT) chez les groupes à risque sera massivement étendue avec l'utilisation d'un système de suivi digitalisé des patients. Tous les enfants et adolescents, contacts étroits de malades tuberculeux seront recherchés et dépistés et au moins 90% d'entre eux indemnes de tuberculose seront mis sous TPT.

La lutte contre les déterminants sociaux et la stigmatisation, avec des mécanismes de protection sociale, et se fera selon une meilleure responsabilisation et redevabilité multisectorielles. L'utilisation de données de qualité (notification, sous-notification, délais de diagnostic, cartographie des foyers de transmission) permettra d'orienter les décisions, de cibler les zones et les populations prioritaires, de suivre la performance et d'ajuster rapidement les interventions. Des outils et approches à fort impact (tests moléculaires rapides, radiographie numérique, schémas thérapeutiques courts,

suivi numérique des patients, stratégies communautaires innovantes) seront adoptés et mis à l'échelle.

Pour les hépatites virales, les interventions récentes ont permis d'estimer le fardeau des hépatites virales avec des taux de prévalence dans la population générale respectivement de 5,7% pour l'hépatite B et de 0,8% pour l'hépatite C, faisant du Sénégal une zone de forte d'endémicité pour l'hépatite B et de faible endémicité pour l'hépatite C.

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

Les mesures de sécurité et de contrôle des infections seront effectives dans 90% des structures de santé. Les nouveau-nés bénéficieront d'une dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance. En sus, il s'agira de :

- Garantir l'achèvement du schéma vaccinal complet en quatre doses selon les directives du PEV ;
- Organiser le rattrapage vaccinal des enfants n'ayant pas été immunisés ;
- Développer des activités d'information et de sensibilisation sur les dangers associés à certaines pratiques à risque, notamment les tatouages, les piercings et l'utilisation de matériel de rasage non stérile.

La prévention combinée est renforcée dans une optique d'intégration avec l'appui des acteurs communautaires pour atteindre 95% des populations clés, selon des approches de services différenciées en fonction notamment des facteurs de risques et de vulnérabilités croisées au sein des différentes populations clés et à risque. Les innovations les plus récentes en matière de prévention et de traitement seront mises en œuvre.

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

L'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels à risque sera promue auprès de 90% des populations à risque grâce à la promotion de l'usage du préservatif, à la couverture des besoins nationaux en préservatifs et gels lubrifiants.

Pour atteindre ce résultat d'impact, des investissements structurants sont nécessaires pour que les capacités de 90% des prestataires et acteurs impliqués soient renforcés sur l'approche de prévention intégrée développée pour le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST.

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

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

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

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

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

- **Produit 1.3.1 :** 95% des PVVIH issues des populations clés (PS, HSH, CDI, TG) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut sérologique ;
- **Produit 1.3.2 :** 95% des PVVIH issues des populations vulnérables (clients des PS, personnes vivant avec handicap, personnes privées de liberté) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut ;
- **Produit 1.3.3 :** 95% des enfants de 0 à 9 ans vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et reçoivent une prise en charge adéquate ;
- **Produit 1.3.4 :** 95% des adolescents et jeunes (10-24 ans) vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique et ont reçu une pris en charge selon les normes ;
- **Produit 1.3.5 :** 95% des PVVIH adultes de la population générale sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut sérologique ;
- **Produit 1.3.6 :** D'ici 2030, au moins 90% des cas de tuberculose attendus, sont notifiés :
  - 90% des cas attendus de TB sensibles sont déclarés ;
  - 90% des cas nouvellement notifiés sont dépistés en utilisant les tests moléculaires rapides recommandés par l'OMS ;
  - 95% des laboratoires présentent des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la microscopie et le test moléculaire rapide ;
  - 10 % des cas de tuberculose diagnostiqués sont des enfants de moins de 15 ans.
- **Produit 1.3.7** D'ici 2030, au moins 80 % des cas estimés TB-RR et/ou TB-MR sont notifiés.
  - 100% des cas présumés de TB Pharmaco-résistante bénéficient de test de sensibilité pour au moins la rifampicine ;
  - 100% des patients confirmés de TB-RR ou TB-MR ont un résultat de test de sensibilité aux médicaments de seconde ligne ;
  - 95% des laboratoires présentent des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la culture.
- **Produit 1.3.8 :** D'ici 2030, 30% de personnes vivant avec l'hépatite B ou C sont diagnostiquées ;
- **Produit 1.3.9 :** 90% des prestataires impliqués sont formés sur l'offre de dépistage et le diagnostic intégré du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST des cibles prioritaires.

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

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

Résultat d'impact 2 :

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

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

Description du Résultat impact 2

L'évolution de la morbidité et de la mortalité liées au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST grâce à l'élargissement des services de dépistage/détection et de traitement, notamment pour le sida et la tuberculose montre une baisse au cours de ces dernières années.

Toutefois, au regard du contexte de baisse des financements pour la santé et les nouvelles priorités, des investissements durables sont nécessaires pour maintenir les acquis et les élargir pour l'atteinte des résultats fixés pour le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST.

Une prise en charge efficace du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST est fondamentale, nécessite des soins coordonnés, axés sur la personne et selon le cycle de vie. Elle permet de réduire les inégalités notées dans la riposte au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST. La stratégie accorde donc la priorité à l'intégration des services, en veillant tout particulièrement à répondre aux besoins des populations clés et prioritaires, respectivement pour toutes les maladies prises en compte dans ce plan. Il s'agit, entre autres, de privilégier l'introduction rapide et l'élargissement de l'accès pour toutes les innovations sur la prise en charge du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST.

Des approches de prestations de services différenciées, développées dans différents contextes par les communautés pour répondre à leurs besoins et circonstances spécifiques, seront étendues. La préparation aux épidémies a fourni de nombreuses recommandations tirées des enseignements et des expériences dans la mise à disposition des services dans des contextes d'urgence sanitaire.

Les résultats conjugués de l'intensification du dépistage précoce et du traitement de qualité, chez les populations clés permettront d'atteindre la réduction ambitieuse du taux de mortalité de la tuberculose à moins de 10 décès pour 100 000 personnes.

De plus, pour la tuberculose, un diagnostic précoce et universel et le dépistage systématique, en particulier chez les populations à haut risque de mortalité seront privilégiés. Les interventions garantiront une prise en charge intégrée et continue des comorbidités (malnutrition, VIH, diabète, tabagisme, hépatites virales) et l'accès à des traitements courts, efficaces et centrés sur le patient, sans rupture. La protection sociale et le suivi rapproché des patients vulnérables sont essentiels pour prévenir les abandons et les décès évitables. L'analyse (audit) systématique des décès TB permettra d'orienter des actions correctrices rapides et ciblées.

Résultat effet 2. 1 : D'ici 2030, 95% des personnes atteintes de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et d'IST obtiennent un succès thérapeutique tout au long du cycle de vie.

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

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

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

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

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

Résultats d'effets transversaux

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

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

Description du Résultat effet 3

Ce résultat repose sur les engagements internationaux souscrits par l'Etat du Sénégal en matière de protection des droits humains, la charte africaine des droits de l'homme et des peuples, ainsi que sur la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 de l'ONUSIDA. Cette stratégie renouvelle et souligne l'ancrage de la riposte au VIH, à la TB, aux hépatites virales et aux IST dans les principes des droits de l'homme et de l'égalité des sexes, qui doivent être reflétés de manière cohérente et explicite dans tous les aspects de la riposte.

Les autorités nationales aux côtés des organisations de la société civile et des acteurs communautaires, vont dans le cadre du PSNI, déployer d'importants efforts pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination qui entravent l'accès aux soins et aux traitements des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des personnes souffrant de la TB et des hépatites virales.

Le respect et la protection des droits humains constituent un principe intangible pour lever les obstacles à l'accès aux services essentiels pour les populations et plus particulièrement celles qui sont les plus vulnérables. Il s'agit de développer un plaidoyer et des partenariats pour un environnement social et juridique protecteur vis-à-vis des PVVIH, des personnes présentant une tuberculose, une IST, une hépatite virale ainsi que les populations clés et vulnérables en milieu de soins, en milieu social et en milieu de travail. Il s'agit également de permettre aux PVVIH et personnes atteintes de tuberculose ou d'hépatite virale, y compris les populations clés, de bénéficier d'un soutien juridique et judiciaire dans le cadre du respect de leurs droits.

Les inégalités de genre entretiennent des incidences élevées des quatre maladies chez les adolescentes, les jeunes femmes ainsi qu'une couverture faible en santé sexuelle et reproductive. L'approche genre dans le PSNI consiste à réduire le fardeau des maladies parmi les femmes, les jeunes-filles, les adolescentes, à éliminer les barrières à l'accès aux soins, à renforcer les capacités des prestataires, des acteurs judiciaires sur les droits humains et la prise en charge sensible au genre, développer les compétences, le leadership et la participation des jeunes filles et des femmes pour un accès équitable aux services intégrés.



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

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

Description du Résultat effet 4

Ce résultat d'effet sur la gouvernance, le renforcement du système de santé, la mobilisation communautaire pour des services intégrés soutenus par une couverture de santé universelle est soutenu par la mise en œuvre efficace des interventions qui impose de renforcer la gouvernance et la coordination de la réponse aux maladies pour en assurer l'accélération, l'efficience, la redevabilité et la durabilité.

Cette mise en œuvre suppose une direction, des partenariats, une solidarité et une responsabilisation bien affirmés. Les efforts permettront le renforcement de la coordination multisectorielle et du leadership de la réponse aux niveaux central, décentralisé et sectoriel.

Le leadership communautaire, l'innovation et la recherche constituent la contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse, à travers un appui au mécanisme de surveillance communautaire de la réponse, le renforcement de la coordination et de la gouvernance du système communautaire, des partenariats transformateurs avec le secteur public, les partenariats public privé (PPP), les collectivités territoriales et les villes, afin qu'à terme au moins 50% des financements des maladies soient assurés sur des fonds domestiques.

Les ressources domestiques dans le financement du PSNI (État, Secteur Privé, Collectivités territoriales, etc.) sont privilégiés et sont complétées par les financements externes.

Le Sénégal a engagé d'importantes réformes en gestion des finances publiques et œuvre à mieux aligner ses politiques de santé avec le cadre macroéconomique et les budgets nationaux, pour que chaque ressource mobilisée produise un impact réel pour les populations.

La gestion du PSNI entre dans le cadre de la mise en œuvre de cet engagement qui s'inscrit dans l'esprit de la responsabilité partagée, de la transparence et de l'engagement collectif autour d'un objectif commun, des résultats concrets pour la santé et le bien-être des populations.

La production régulière d'une information stratégique de qualité et récente sur le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST de même que son utilisation pour la prise de décision sera promue.

Enfin, des investissements à fort impact sont nécessaires pour consolider la chaîne d'approvisionnement et garantir la disponibilité, en quantité suffisante et dans les délais , de l'ensemble des intrants biomédicaux de qualité (médicaments, équipements, réactifs, consommables, préservatifs, etc.) aux meilleurs prix et nécessaires à la mise en œuvre des interventions du présent plan contribuant ainsi au renforcement du système de santé.

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

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

4.3 Orientations Stratégiques selon le cycle de vie



4.3.1 Orientations stratégiques pour la triple élimination, la prévention, le diagnostic et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales chez la femme enceinte et le nouveau-né

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

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

L'offre de services complets de prévention, de dépistage, de traitement et de suivi pour la femme, l'enfant et la famille au moyen d'une approche intégrée des services de santé de la mère et de l'enfant reste à être optimisée. En effet, malgré l'élargissement significatif de l'accès aux services de prévention VIH, de soins et de traitement ARV et la décentralisation de l'accès aux services, l'intégration des services de PEC VIH et de CPN doit être améliorée.

En 2024, le nombre de **sites de PTME des établissements publics de santé était de 2029** dont 181 au niveau des Centres de Santé (CS) et Établissements publics de santé (EPS), et 1848 au niveau des postes de santé soit un effectif de 55%.

Selon l'enquête d'évaluation du taux de transmission mère enfant du VIH et des stratégies innovantes initiées, la délégation de tâche était effective dans 67,8% des structures et concernée la dispensation d'ARV (93,1%), le test syphilis Duo (91,1%) la prophylaxie ARV enfant (82,2%) et l'initiation au traitement ARV chez les femmes enceintes (57,4%).

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

L'offre de service de soins de santé du secteur public est complétée par les secteurs communautaire et privé dont les données demeurent insuffisamment capitalisées , malgré une proportion importante de femmes enceintes ayant recours aux structures de santé privées.

Sur le plan national, 37,5% des structures privées de santé offrait des services PTME. Cette proportion variait suivant les régions ; elle était de 66,7% dans la région de Dakar, 81,8% dans la région de Saint Louis et 71,4% dans la région de Thiès. Le paquet de services étaient composé du dépistage (67,8%), du suivi clinique (64,4%) et du traitement (59,3%).

Selon l'enquête d'évaluation du taux de transmission mère enfant du VIH et des stratégies innovantes mise en œuvre depuis 2022, l'implication des organisations communautaires dans la PTME était de 53,7% avec la répartition suivante: les badjenu gokh (72,5%), les Associations de PVVIH (55%) et les OCB (48,8%). Les activités tournées autour des VADI (86,3%) et des groupes de parole (47,5%).

En 2024, 75% des femmes enceintes attendues ont été vues en CPN1. La contreperformance du taux d'utilisation CPN et celle du dépistage du VIH des femmes enceintes (71%) pourraient s'expliquer par le faible taux de complétude (69%) et l'insuffisance dans la capitalisation des données des structures privées de santé et de certains Etablissements Publics de Santé (EPS).

Parmi celles qui sont vues en CPN1, 94% ont eu à bénéficier d'un dépistage du VIH avec un taux de positivité de 0,16% comme l'illustre la figure ci-après. La couverture en TAR chez les femmes enceintes séropositives est passée de 70% à 93% entre 2022 et 2024.Cependant, seulement 30% des femmes enceintes séropositives ont pu bénéficier d'une mesure de la charge virale et 76% d'entre elles ont une charge virale indétectable. Ces résultats sont bien en deçà des objectifs si l'on tient compte du fait que la charge virale du troisième trimestre est réalisée dans de faibles proportions. Au regard du principe « undetectable= untransmissible (U=U) » la réalisation de la charge virale en fin de grossesse constitue un impératif afin d'évaluer le risque de transmission périnatale à l'enfant et d'adapter la prise en charge, notamment par la réalisation d'une PCR à six semaines lorsque celle effectuée à la naissance est négative.

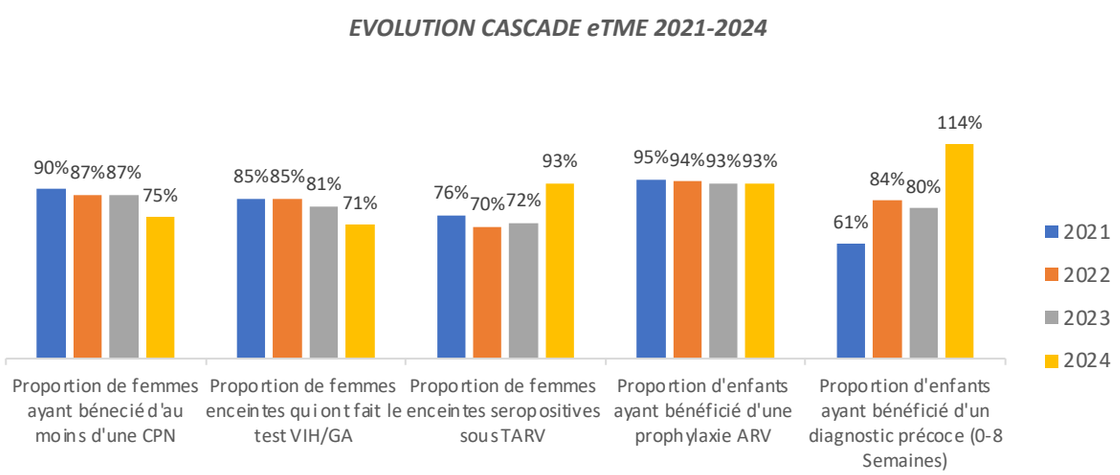


Figure 31. *Évolution de la cascade PTME 2021-2024, rapport CNLS 2024*

Le nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché dans les structures sanitaires assistées par un personnel médical qualifié est en constante augmentation. Cependant, on note toujours une persistance des accouchements à domiciles surtout dans certaines régions du sud et du centre du pays limitant ainsi l'étendue la mise en œuvre du protocole de l'e TME.

Concernant la couverture du diagnostic précoce, elle est passé de 23,3% à 64,9% entre 2018 et 2024 et la mise sous prophylaxie ARV des enfants est passée de 45,0% à 100% durant la même période (Rapport CNLS 2024).

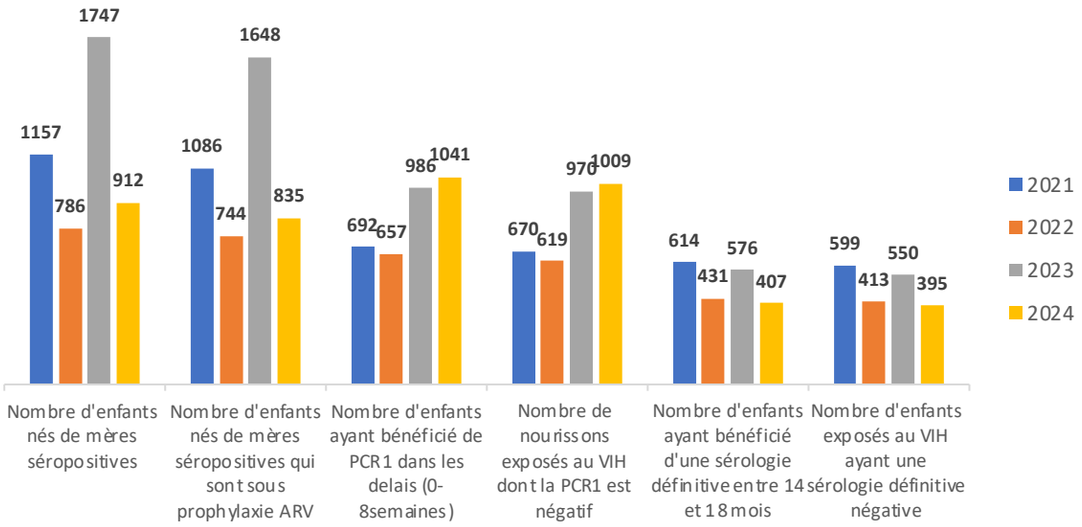
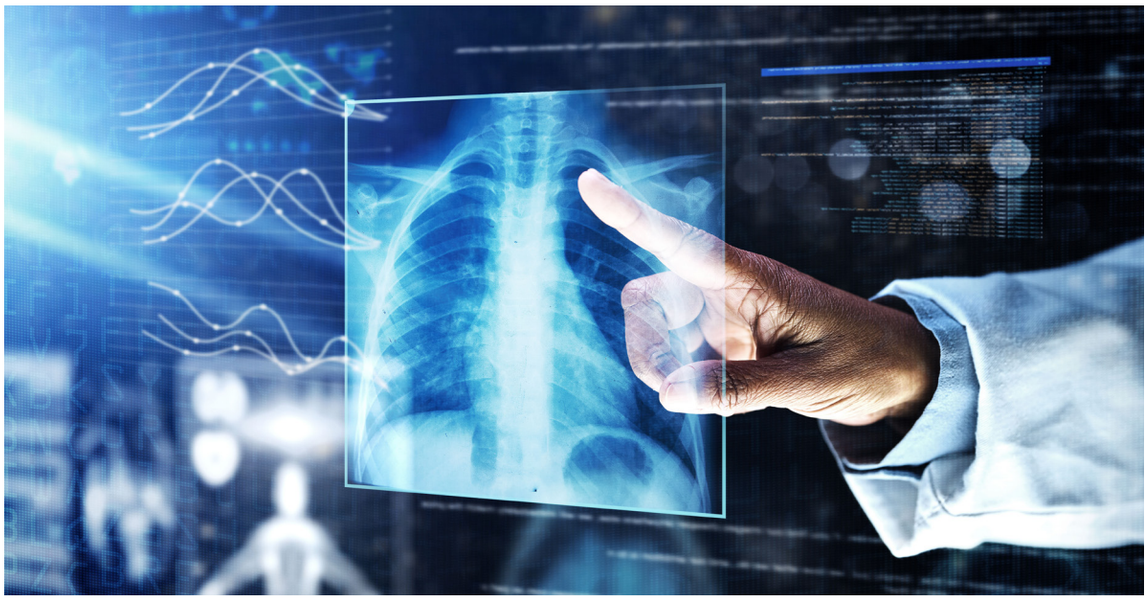


Figure 32. *Cascade PTME des enfants 2021-2024*
Source : Données de routine CNLS



Le taux de transmission mère enfant (TME) du VIH est passé de 7,2% en 2008 à 3,2% en 2022. De 2008 à 2014, cette baisse s'explique par la mise en œuvre efficace des stratégies visant à prévenir la TME du VIH même si de 2014 à 2022, le taux de TME a légèrement augmenté, passant de 3,1% à 3,2% avec des disparités régionales. En effet, on observe une plus grande concentration de la transmission au niveau de la zone Sud, Sud-est du Sénégal notamment à Kédougou (7,8%) Kolda (5,5%), (Kaffrine (4,9%), Sédhiou (4,7%), Tambacounda (4,1%).

Ces résultats pourraient s'expliquer en partie par une sous fréquentation des services PTME liée à la pandémie de la COVID-19 et d'autres facteurs qui méritent une analyse profonde. De ce qui précède, , une étude approfondie de l'audit des échecs de la PTME est nécessaire pour mettre en évidence les facteurs explicatifs.

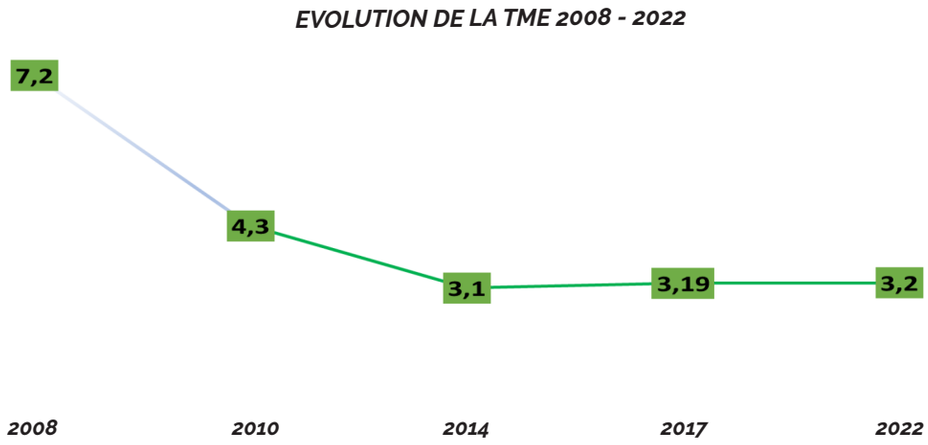


Figure 33. *Evolution du taux de TME du VIH de 2008 -2022 DLSI*

En ce qui concerne l'hépatite B, en 2024, 250 402 femmes enceintes ont été dépistées parmi les 494 219 reçues en CPN1, soit un taux de couverture de 51%. Parmi celles dépistées, 10 088 ont présenté un résultat positif, correspondant à un taux de positivité de 4 %.

Selon les données du PNLH, la couverture vaccinale contre l'hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance (H24) est de 63%. Toutefois, les données de l'OMS estiment une couverture à 72% en 2024. Ces situations montrent des occasions manquées et constituent des lacunes importantes à combler pour arriver à la triple élimination.

Concernant la syphilis chez les femmes enceintes, 494219 femmes enceintes ont été dépistées (93%) en 2024. Parmi elles, 5106 étaient positives soit un taux de positivité de 1% et 83% ont été mises sous traitement. Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes est quasi systématique. L'objectif de 95% est atteint au niveau de la plupart des régions comme l'illustre le graphique ci-dessous. Cependant, des efforts doivent être faits au niveau des régions de Diourbel (73%) et Ziguinchor (85%). S'agissant des enfants nés de mères avec une sérologie syphilitique positive, le pays ne dispose pas encore d'outils de monitorage.

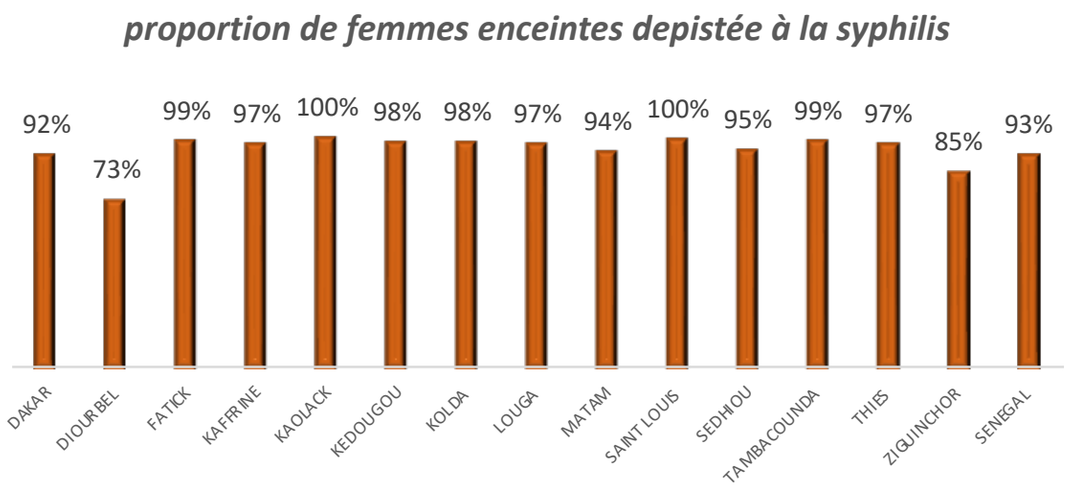


Figure 34. *Proportion de femmes enceintes dépistées à la syphilis selon les régions*
Source : Rapport dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes DLSI 2024

S'agissant de la tuberculose, le traitement préventif pour les enfants contacts de malades TB et les PVVIH, a été initié depuis 2007 par le PNT qui recommande par ailleurs le dépistage systématique de la tuberculose et de l'infection à VIH chez tout enfant atteint de malnutrition. La vaccination au BCG à la naissance est obligatoire et s'inscrit dans le cadre du PEV. Cette vaccination, prévient les formes graves de tuberculose, souvent mortelles telles que la méningite et la miliaire chez les nourrissons et jeunes enfants. En 2023, le taux de couverture vaccinale au BCG à la naissance était de 94% (Rapport d'évaluation PSN DSME, 2024).

Pour les enfants nés de mère porteuse d'une tuberculose active, la recherche de signes évocateurs de tuberculose est systématique. A l'absence de signes en faveur d'une tuberculose l'enfant est mis sous traitement préventif de la tuberculose et la dose vaccinale du BCG est administré selon les directives du pays.

Synthèse de l'analyse pour la triple élimination, la prévention, le diagnostic et la prise en charge du VIH, de la Tuberculose, des hépatites virales chez la femme enceinte et le nouveau-né

Forces

Existence d'un cadre stratégique national intégré aligné sur le SEN-CSU, le PNDSS 2019-2028 et Sénégal 2050 : « Agenda national de Transformation »

Début d'intégration de la PTME / triple élimination VIH–Hépatite B–Syphilis dans la CPN

Existence de protocoles nationaux pour la triple élimination VIH–Hépatite B–Syphilis

Disponibilité des ARV et du traitement de l'hépatite B chez la femme enceinte.

Vaccination contre l'hépatite B dès la naissance intégrée dans le PEV

Disponibilité des « Point of care » (POC) pour le dépistage précoce et la mesure de la charge virale

Existence d'un pool d' agents de santé communautaires formés sur l'eTME (Mother Mentor, Médiateurs, Relais, pairs éducateurs etc.)

Intégration des activités SMNI/PF et PTME : nomination point focal PTME au niveau de la DSME

Disponibilité de directives nationales et d'outils de diagnostic de la tuberculose pour la femme enceinte et le nouveau-né

Disponibilité de formes dispersibles de médicaments antituberculeux pour le traitement antituberculeux (y compris préventif) chez le nouveau-né



Faiblesses

Faible taux de fréquentation de la consultation prénatale (CPN), estimé à 75%

Fragmentation du suivi post-natal mère-enfant et pertes de vue dans le continuum de soins

Couverture incomplète du dépistage des hépatites virales et de la tuberculose chez les femmes enceintes. Faible intégration du dépistage de la tuberculose dans les services de santé maternelle

Faible systématisation du dépistage du VIH, de la Syphilis et de l'hépatite B au 1er contact chez la femme enceinte dans toutes les structures (indisponibilité du personnel et des TDR), nombre élevé d'occasions manquées et insuffisance dans la mise sous ARV des femmes enceintes séropositives

Insuffisance de la délégation des tâches et de l'appropriation de la PTME par les sage-femmes à travers le marrainage (« Ndeye Dické ») Insuffisance de l'appropriation de la stratégie « Mother Mentor »

Faible couverture de la mesure de la charge virale (de 66 % à 76 % entre 2022 et 2024) et retard dans la réalisation et le rendu des résultats PCR ainsi que le démarrage de la prophylaxie chez les enfants

Non-respect des directives nationales pour la systématisation de la PCR à la naissance (56 %), et le suivi des enfants jusqu'à la sérologie définitive

Faible disponibilité des TDR pour l'Hépatite B dans les bureaux de consultation, absence de gratuité de la sérologie Hépatite B, taux de dépistage de l'hépatite B chez les femmes enceintes (51%),) et indisponibilité du Ténofovir pour les femmes mono-infectées à l'Hépatite B

Ruptures de TDR Syphilis Duo dans certaines structures et absence d'outils de monitorage spécifiques des cas de syphilis congénitale Décentralisation partielle du paquet de service de la PTME au niveau des postes de santé

Faible implication du secteur privé dans l'eTME et dans la capitalisation de leurs données

Insuffisance du renforcement des capacités des prestataires sur la triple élimination, avec des niveaux de formation limités (59,1% chez les sage-femmes, 40,9% chez les travailleurs sociaux et 27,5% chez les ICP) ; les dernières formations remontent à 2018



Opportunités

Renforcement de l'intégration PTME–CSU–SMNI

Déploiement du Dossier Patient Unique mère-enfant.

Engagement des partenaires techniques pour la triple élimination.

Stratégies « Mother Mentor » et « Ndeye Dické » pour le maintien des femmes dans les soins et le suivi de l'enfant exposé

Existence de cadre d'échanges entre pairs (réseaux PVVIH)

Mise en œuvre du système d'identification biométrique (SIBED) pour une amélioration de la qualité des données

Intégration des indicateurs PTME dans le tableau de cotation journalière (TACAJO) et leur prise en compte dans les critères d'évaluation des DRS et des DS

Implication des leaders religieux dans la PTME

Intérêt croissant du secteur privé pour l'accompagnement et le soutien aux interventions d'élimination de la transmission mère-enfant (eTME)

Existence d'une plateforme transfrontalière de gestion de la prise en charge du VIH (Gambie, Guinée Bissau et Sénégal)



Menaces

Barrières socioculturelles limitant l'adhésion précoce aux CPN (Croyances socio-culturelles, faible pouvoir de décision de la femme etc.)

Risques de ruptures d'intrants (tests, vaccins, ARV)
Vulnérabilité des services en période de crises sanitaires

Retrait des partenaires techniques et financiers
Crise socio-sanitaire (changement climatique, épidémies, instabilité sociale etc.)

Non remboursement à temps des prestations de service par l'ANACMU

Recours aux services des charlatans et guérisseurs



Interventions prioritaires pour les femmes enceintes et les nouveau-nés

La politique actuelle du Sénégal pour la triple élimination verticale du VIH , de la syphilis et de l'hépatite B repose sur les 4 piliers de l'OMS à savoir :

- **Pilier 1 : Renforcement de la prévention primaire de l'infection et de la transmission verticale** : dépistage, recherche des cas, traitement et prévention primaire pour l'infection à VIH ; Syphilis, VHB chez les filles en âge de procréer, les femmes enceintes et allaitantes ;

- **Pilier 2 : Passerelle et intégration en matière de santé sexuelle et reproductive** avec renforcement de la prévention des grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréer VIH+ ou le VHB ou séropositive pour la syphilis ;

- **Pilier 3 : Services maternels essentiels pour l'eTME** : dépistage, prophylaxie et traitements appropriés pour les femmes enceintes allaitantes et les filles vivant avec le VIH ou le VHB ou séropositives pour la syphilis afin d'éviter la transmission au nourrisson, systématisation du dépistage de la syphilis, VHB et du VIH chez la femme enceinte ;

- **Pilier 4 : Services aux nourrissons, aux enfants et aux partenaires :** dépistage, prévention, traitement, soins et soutien assurés en temps voulus pour les nourrissons exposés, les enfants exposés ; les contacts familiaux et les partenaires des femmes et filles VIH+ ou VHB ou séropositives pour la syphilis.

Pour la mise en œuvre des piliers, des interventions prioritaires sont définis dans le plan et permettront d'accélérer l'atteinte des objectifs d'élimination et obtenir la certification de l'élimination de la TME du VIH en 2027 et du VHB/Syphilis à l'horizon 2030.

Interventions prioritaires :

- **Mise en place d'un dispositif pour assurer la disponibilité continue des tests du VIH, de la Syphilis et de l'hépatite B** dans le paquet gratuit offert à toutes les femmes enceintes attendues.

- **Mise en œuvre effective et efficace de la délégation des tâches** qui constitue une stratégie prioritaire au niveau des structures de santé en donnant la possibilité aux sage-femmes et infirmières d'effectuer la prise en charge complète des femmes enceintes/allaitantes et de leurs enfants pour le VIH, la tuberculose, la Syphilis et l'hépatite virale B. Pour cela, les directives nationales pour la délégation des tâches et l'élimination de la transmission de la mère-enfant du VIH de la syphilis de l'hépatite B doivent être appliquées.

- **Offre de services essentiels de planification familiale** intégrant les spécificités liées au genre et l'approche intégrée des services de santé de la mère et de l'enfant ainsi que l'accès aux services de toutes les FAR, avant la grossesse ou entre deux grossesses.

- **Mise en place d'un cadre d'intervention et de collaboration avec le secteur privé** au vu de la proportion importante de femmes enceintes et nouveau-nés ayant recours aux structures privées de santé afin de renforcer l'appropriation du plan d'élimination de la transmission verticale du VIH, de la syphilis, de l'hépatite virale ainsi que la prévention et la prise en charge de la tuberculose.

- **Intensification de l'implication et de la collaboration avec le système communautaire** pour la stimulation de la demande de la CPN, le dépistage, le suivi et la prise en charge du couple mère enfant.

- **Renforcement de capacités des sage-femmes, infirmiers, gynécologues, pédiatres et médecins** de façon durable (formation initiales, formation continue, formation sur site), sur le paquet de soins à travers la validation des compétences des secteurs public, privé et communautaire.

- Renforcement du leadership et la responsabilisation de toutes les sage-femmes du niveau opérationnel pour la mise en œuvre des interventions eTME y compris de la stratégie « Ndéye Dické ».

- **Mise en place d'un mécanisme de financement basé sur les performances** au niveau des districts pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sous la supervision des Directions régionales de la santé en s'inspirant des mécanismes déjà mis en place par d'autres programmes de santé afin d'effectuer des gains d'efficience.

- **Renforcement de l'intégration et la collaboration entre les services** de la mère et de l'enfant, les services de pédiatrie, les services de vaccination et les services de santé sexuelle et reproductive pour une prise en charge et une prévention optimales du VIH, de la tuberculose, des Hépatites virales et des IST.

- **Inclusion systématiquement du dépistage de l'AgHBs dans les visites prénatales**. Les femmes enceintes dépistées positives au VHB avec un taux de réplication virale élevé (CV Sup 200 000 UI ou antigène HBe positif) seront mises sous traitement contre l'Hépatite. La PTME est également prescrite dans les cas de co-infection avec le VIH et le VHC. Les femmes en âge de procréer doivent être priorisées pour le traitement de l'infection par le VHC pour éviter une transmission verticale.

- **Promotion de l'accès universel au vaccin contre l'hépatite B à la naissance** (1ere dose vaccinale à H24).

- **Intégration du dépistage systématique de la TB dans le paquet de services offert** à la mère et au nouveau-né dans les services de santé maternelle et néonatale, en collaboration avec la DSME. Le personnel (sage-femmes/ infirmiers, gynécologues, pédiatres et communautaire) sera orienté sur les signes cliniques d'appel de la TB chez la femme enceinte et le nouveau-né et sera régulièrement supervisé dans le cadre des activités de la PTME.

- **Développement et la promotion de la vaccination des enfants** dans le cadre du PEV : l'administration du BCG et d'une dose de vaccin anti-hépatite B à tous les nouveau-nés dans les 12 à 24 heures après la naissance, avant la sortie des établissements de santé, fournit un filet de sécurité pour prévenir la transmission périnatale et domestique de l'hépatite B mais aussi une protection contre les formes graves de la tuberculose (méningite et miliaire) chez les nouveau-nés.

- **Prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus** pour les femmes séropositives au VIH.

- **Plaidoyer pour le dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes** (actualisation de la loi sur le VIH).

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



4.3.2 Orientations stratégiques pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les enfants, les adolescents et les jeunes de moins de 20 ans

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

Selon les estimations de Spectrum, bien que les nouvelles infections par le VIH connaissent une baisse progressive au Sénégal, une tendance inverse est observée chez les jeunes. Ainsi, entre 2023 et 2024, les nouvelles infections au sein des 15–24 ans ont augmenté de 120 % (Spectrum, 2023–2024).

En 2024, les enfants âgés de 0 à 14 ans (8,4 %) et les jeunes de 15 à 24 ans (16,8 %) concentrent à eux seuls 25,5 % des nouvelles infections estimées à 2979 cas.

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

Ils sont plus rares dans les centres de santé. En milieu rural, les adolescentes vivant avec le VIH sont confrontées au silence qui entoure la sexualité et le VIH. Une approche individualisée et l'accès confidentiel à la contraception doivent être développés pour les accompagner avec l'apport des associations de PVVIH.



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

Les facteurs associés à la vulnérabilité des jeunes sont entre autres une sexualité précoce et/ou un mariage précoce chez les adolescentes et jeunes filles qui accroît leur vulnérabilité au VIH/sida. La santé sexuelle des filles est à plus grand risque chez les filles mariées que chez les jeunes filles non mariées. Les filles mariées ont généralement des partenaires plus âgés que les filles du même âge célibataires ayant une vie sexuelle active. Elles doivent faire face à une pression intense pour tomber enceinte avant que leur corps ne soit prêt et ont des rapports sexuels plus fréquemment que leurs paires sexuellement actives. La pauvreté des ménages et le sous-emploi, voire le chômage chez les jeunes, sont aussi décrits chez les adolescents et jeunes vivant dans des ménages à revenu faible et qui adoptent des stratégies de survie, notamment la prostitution clandestine avec un impact sur leur comportement sexuel de plus en plus favorable à la propagation du virus du sida.

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

Concernant le dépistage et la prise en charge des enfants vivant avec le VIH, le dernier rapport de l'enquête sur le taux de survie indique qu'en 2024, sur une estimation de 2 203 enfants vivant avec le VIH au Sénégal, 1 531 enfants connaissent leur statut sérologique (70%), 1 436 (65%) sont sous TAR et 1 099 (50%) présentaient une charge virale supprimée. Toutefois, l'analyse opérationnelle met en évidence un accès insuffisant au traitement entre 2023-2024. En effet, seuls 50% des enfants vivant avec le VIH ont bénéficié de traitement antirétroviral en 2024. comme l'indique les figures 31 et 32.

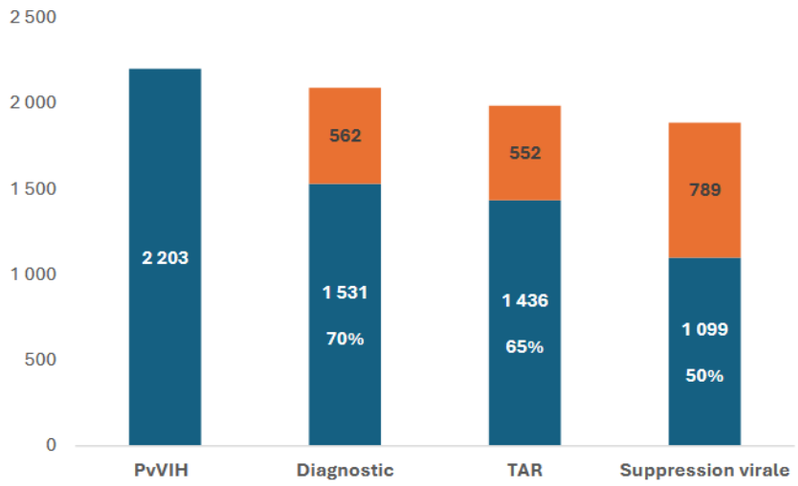


Figure 35. *Cascade des soins chez les enfants en 2024*
Sources : Spectrum et taux de survie 2024

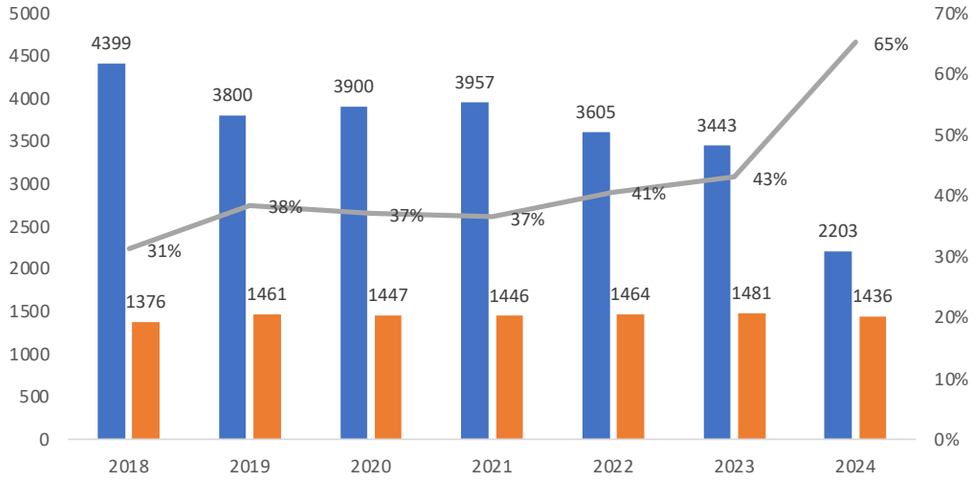


Figure 35. *Évolution en nombre et pourcentage des enfants vivants avec le VIH et sous ARV, 2018-2024*

Concernant la tuberculose, la prise en charge est intégrée dans le paquet minimum de soins des structures de santé car étant une des maladies prioritaires pour la survie de l'enfant. La détection et la prise en charge des cas de tuberculose sont intégrées dans le guide ainsi que dans tous les outils de la PCIME. La confirmation du diagnostic avec le test Xpert MTB Rif dans les selles à travers les POC introduite en 2023, a facilité le dépistage de la TB chez les enfants.

Les directives, outils de gestion et documents spécifiques à la tuberculose de l'enfant sont disponibles au niveau des structures sanitaires. Les formulations pédiatriques de médicaments antituberculeux adaptées aux tranches d'âge sont acquises régulièrement selon les besoins. Les ressources humaines qualifiées (infirmiers et médecins dont les pédiatres) sont impliquées dans la prise en charge de la tuberculose de l'enfant cependant ils sont insuffisamment formés et impliqués.

Un plan national de renforcement de la PEC de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent au Sénégal 2022- 2027 est en cours de mise en œuvre pour prendre en compte les gaps prioritaires de prévention, de dépistage et de traitement dans ce groupe. Des approches centrées sur la personne prenant en compte les besoins spécifiques de l'adolescent, y sont proposées mais la mise en œuvre optimale est freinée par l'insuffisance de ressources.

Dans le cadre de la prévention, le traitement préventif est administré à toutes les personnes contacts de malades tuberculeux bacillifères et aux jeunes PVVIH. De nouveaux protocoles plus courts ont été adoptés par les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Déjà effective pour les contacts de malades, leur application sera effective pour les PVVIH en 2027. Les outils de gestion de l'information du PNT ont été révisés pour prendre en compte les indicateurs additionnels de suivi des enfants et des adolescents.

Malgré les initiatives développées, la mise sous TPT est encore faible pour toutes les cibles. Les visites à domicile de recherche des personnes contact de malades tuberculeux ne sont pas systématiques dans tous les CDT et le personnel de santé et les acteurs communautaires ne sont pas suffisamment formés sur les nouvelles directives. En 2025, le PNT a adopté de nouvelles directives de PEC de la TB chez l'enfant et l'adolescent notamment les algorithmes de prise en charge de la tuberculose pharmacosensible avec un traitement court de 4 mois.

Concernant le tabagisme dans cette tranche d'âge, les résultats de l'enquête nationale Global Youth Tobacco Survey (GYTS) réalisée en 2020 ont montré que 9,2% des élèves utilisaient des produits du tabac. Un peu plus de sept (07) sénégalais sur 10 âgés de 20 à 34 ans ayant déjà fumé quotidiennement ont commencé avant l'âge de 20 ans avec une initiation au tabagisme qui est précoce, avant l'âge de 15 ans, pour le quart d'entre eux. Selon l'OMS, le tabagisme constitue le deuxième facteur de risque de survenue de la tuberculose au Sénégal. Des activités spécifiques de prise en charge et de prévention de l'association Tuberculose-tabagisme sont mises en œuvre dans le cadre de la feuille de route mis en place par les deux programmes. L'avènement des cigarettes électroniques et autres gadgets (puff, chichas, vapoteuses, etc.) mérite une attention particulière de la part du Programme national de Lutte contre le Tabac car, constituant une nouvelle menace pour la santé des jeunes et des adolescent.e.s.

Pour la prise en charge des enfants à partir de trois ans et des adolescents atteints d'hépatite C : l'hépatite C se transmet quasi exclusivement par le sang (UDI, piercings, tatouages) contrairement à l'hépatite B. La transmission sexuelle reste exceptionnelle et la transmission mère-enfant est très rare. Cette spécificité rend la prévention plus simple : éviter tout contact avec du sang potentiellement infecté suffit généralement à se protéger.

L'OMS recommande désormais le traitement systématique, fondé sur les mêmes schémas Antiviraux à Action Directe (AAD) approuvés pour les adultes. Cette prise en charge devrait comprendre des services adaptés aux besoins des adolescents offrant aussi un soutien psychosocial et assurer la lutte contre la stigmatisation des enfants et adolescents vivant avec l'hépatite B ou C.

Concernant les IST, le ministère de la santé a adopté depuis 2018 la vaccination des jeunes adolescentes de 9 à 14 ans au HPV. La couverture s'améliore, mais reste timide (51% HPV 2 en décembre 2024 selon l'OMS).





Principales lacunes programmatiques

L'analyse des programmes de prévention met en évidence la Faiblesses des stratégies de communication ciblant les jeunes ainsi qu'une quasi-stagnation des niveaux de connaissances depuis près d'une décennie liée à l'insuffisance de financement alloués aux actions de sensibilisation en direction de cette cible.

Il est nécessaire d'adapter les messages, les contenus éducatifs, les supports ainsi que les canaux de communications aux spécificités des jeunes y compris les adolescents et jeunes du secteur informel.

On note également l'insuffisance des espaces d'informations animés par des associations de jeunes formées à la SSR au niveau des structures de santé notamment en milieu rural. Par ailleurs, les adolescentes vivant avec le VIH sont confrontées au silence qui entoure la sexualité et le VIH.

L'émergence de nouvelles formes de vulnérabilité liées notamment à l'évolution des pratiques de prostitution chez les jeunes PS, en particulier à travers l'utilisation des réseaux sociaux favorise un exercice plus discret de l'activité et rend ces populations plus difficile à atteindre par les approches classiques de sensibilisation aux risques liés au VIH.

Par ailleurs, de jeunes populations clés sont fortement exposés à des comportements sexuels à risque ainsi qu'à des violences physiques et psychosociales (abus sexuels durant l'enfance, arrestations, expulsion du domicile familial, etc.) causées par l'entourage familial, scolaire et ou professionnel.

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

La Faiblesses dans l'utilisation de préservatifs surtout chez les jeunes filles (29% des jeunes seulement ont affirmé qu'ils utilisent toujours les préservatifs) augmente leur vulnérabilité.

S'agissant de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH (EVVIH), l'analyse de la cascade des cibles 95-95-95 entre 2022 et 2024 montre une amélioration notable du premier 95, la proportion d'enfants dépistés et connaissant leur statut sérologique étant passée de 43% à 70%. Parmi ceux qui connaissent leur statut, 94 % sont sous traitement antirétroviral. En revanche, la proportion d'enfants sous TAR présentant une charge virale supprimée a légèrement diminué, passant de 80 % à 77 %.

Le dépistage des enfants demeure insuffisant, avec une couverture de 70 %, tout comme la suppression de la charge virale, estimée à 77%. La baisse observée de cet indicateur soulève des préoccupations quant à la rétention des enfants vivant avec le VIH dans les soins.

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

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

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

Synthèse de l'analyse pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les enfants, les adolescents et les jeunes de moins de 20 ans.

Forces

Engagement des organisations de jeunesse et communautaires

Référentiels nationaux en SRAJ

Existence de curricula de formation pour les acteurs de la santé

Digitalisation du suivi communautaire des contacts de malades tuberculeux

Disponibilité d'un plan national de renforcement de la PEC de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent.e

Intégration de la tuberculose de l'enfant dans les outils de la PCIME

Traitement préventif de la tuberculose instauré chez les groupes à risque (contact de malades bacillifères, PVVIH) avec des protocoles raccourcis

Faiblesses

Faible connaissance complète des IST, du VIH et de la tuberculose chez les adolescents et jeunes

Insuffisance de services adaptés aux adolescents (confidentialité, horaires, accueil)

Faiblesses dans l'utilisation de préservatifs surtout chez les jeunes filles (29% des jeunes seulement ont affirmé qu'ils utilisent toujours les préservatifs)

Dépistage encore limité des hépatites et de la tuberculose chez les moins de 20 ans

Faiblesses des stratégies de communication ciblant les jeunes
Insuffisance des financements ciblant les jeunes
Insuffisance des espaces d'informations aminés par les associations de jeunes

Niveau insuffisant d'atteinte de la cascade 95-95-95 chez les enfants, avec 70 % connaissant leur statut sérologique, 94 % sous traitement antirétroviral et 77 % présentant une charge virale supprimée

Echecs virologiques très importants (68% des enfants sous ARV ont eu une charge virale > 1000 copies/ml ; échec virologique est de 80% chez la tranche d'âge 1-5 ans

Insuffisance de la détection des cas de tuberculose chez les enfants et adolescents de 0-14 ans (33% des cas incidents estimés par l'OMS notifiés en 2024)

Faible couverture de la vaccination HPV (51% HPV 2 en décembre 2024)

Insuffisance de l'intégration de la TB dans les paquets de services offerts dans les services de santé infantiles de base
Insuffisance de l'intégration de la TB de l'enfant et de l'adolescent dans les paquets de service communautaire
Insuffisance de la réalisation de l'enquête des enfants et adolescents contacts de cas index de tuberculose

Opportunités

Existence de programmes scolaires, universitaires et communautaires de santé ciblant les jeunes

Disponibilité de services de santé scolaire et universitaire

Développement de services différenciés adaptés aux adolescents

Existence de plateformes digitales et réseaux sociaux pour l'IEC

Introduction de l'auto-dépistage VIH chez les jeunes

Existence d'un cadre de collaboration entre les programmes, les universités et les sociétés savantes, contribuant au renforcement des bases scientifiques et techniques des interventions

Engagement communautaire pour l'intégration des paquets de service de santé



Menaces

Normes sociales et tabous autour de la sexualité des jeunes

Décrochage scolaire et vulnérabilités socio-économiques

Désinformation via les réseaux sociaux

Émergence de nouvelles vulnérabilités chez les jeunes, associées à la mutation des pratiques de prostitution clandestine, notamment via les réseaux sociaux

Violences sexuelles précoces et des pratiques de transactions sexuelles très fréquentes

Vulnérabilité particulière pour les transgenres

Barrière financière liée aux coûts de transport pour se rendre dans les structures de soins

Peur de la stigmatisation dans les familles d'EVVIH,

Multiplicité des soignants et le manque de coordination entre eux

Apparition de nouveaux comportements à risque, liés à l'utilisation des cigarettes électroniques et autres gadgets de vapotage, pouvant favoriser l'exposition à la tuberculose



Interventions prioritaires en direction des enfants, adolescents et jeunes de moins de 20 ans

- **Développement de la stratégie « Atteindre chaque Enfant Tuberculeux » ou ACET** en cours de test dans certains districts sanitaires. Elle consiste essentiellement à l'identification communautaire des enfants présumés tuberculeux qui ne sont pas venus en consultation. Une campagne annuelle, multisectorielle de dépistage actif sera menée sur une ou deux semaines dans chaque DRS, sous le lead du Gouverneur. Les collectivités territoriales et autres leaders communautaires seront également impliqués. L'identification et l'orientation des enfants et adolescents présumés se fera en collaboration avec les enseignants des écoles et des « Daaras » ainsi que les acteurs communautaires. La stratégie sera inclusive avec l'implication des autorités administratives, territoriales, du secteur de l'éducation, de la petite enfance, de la famille, de la communication, du secteur privé, des « Daaras » et les partenaires techniques et financiers intervenant pour la santé de l'enfant, etc. Le dépistage du VIH et des Hépatites virales sera intégré dans cette phase d'extension et encadré.

- **Sensibilisation des familles** pour le dépistage actif des enfants : (i) Mettre en place des activités de sensibilisation ciblant les familles des PVVIH, les communautés avec une implication des associations de PVVIH (adultes et jeunes) mais aussi la promotion de la campagne (U=U et la diffusion de spots radio et télévision (ii) sensibiliser les communautés sur le VIH (communication digitale communication d'influence, porteurs de voix, émission radios communautaires, séries télévisées, jeux de sensibilisation, témoignage à travers les podcasts). Cette sensibilisation portera également sur la tuberculose, les IST et les hépatites virales en utilisant une technologie de communication adaptée et les réseaux sociaux ;

- **Dépistage des enfants des PVVIH et de la fratrie des EVVIH** à travers le renforcement continu des capacités des prestataires surtout les responsables des UREN, CREN, Tri mais aussi les pédiatres pour la mise en œuvre du dépistage à l'initiative du prestataire surtout devant la présence de signes d'appel ;

- **Passage à l'échelle de l'utilisation du test de dépistage oral** chez l'enfant de moins de 14 ans et les adolescents au niveau des structures de santé et au niveau communautaire ;

- **Adopter les stratégies communautaires novatrices,** les VADI comme modèle de PSD pour combler l'absence de modèle de prise en charge différenciée du couple mère-enfant, les acteurs communautaires dont les Bajenu Gox, les Yayou daaras seront orientées et mobilisées pour l'identification des enfants et adolescents présumés tuberculeux ou VIH lors des VADI qu'elles réaliseront ;

- **Développer, reproduire et diffuser des outils** d'aide à l'éducation thérapeutique adaptés aux enfants et aux familles ;
  Mettre en place un outil d'aide aux prestataires pour identifier, planifier et offrir les services auxquels l'enfant est éligible pour monitoring du suivi de l'enfant vivant avec le VIH ;

- **Offrir une assistance juridique** aux enfants et adolescents en situation de discrimination ;

- **Soutenir la transition de la consultation enfant vers les services pour adolescents** en tenant compte des besoins spécifiques de chaque tranche d'âge ;

- **Surveiller l'émergence de souches résistantes aux ARV,** en particulier dans la population pédiatrique et prévenir la transmission de souches résistantes au DTG à travers la mise en place du Comité d'Orientation Technique (COT) pour la surveillance des cas de résistance aux ARV ;

- **Mettre en place un cadre d'appui à la scolarité et à l'insertion pour les OEV ;**

- **Élargir le paquet de soins aux MNT** (Surveillance de la croissance, évaluation et gestion de la santé mentale, surveillance nutritionnelle, dépistage des maladies cardiaques, prise en charge des séquelles des IO) ;

- **Mettre en œuvre le plan d'optimisation de la PTME et de la PEC des enfants :** Ce plan a été rédigé et sa mise en œuvre permettra d'améliorer les indicateurs de la TME, de la PEC des enfants et adolescents vivant avec le VIH.

  La collaboration entre les Centres Conseils Adolescents (CCA), Bureau Conseils Adolescents (BCA), Espaces Jeunes, Clubs ado-Jeunes, les acteurs communautaires etc. sera renforcée pour favoriser la sensibilisation et l'offre de services de santé ;

- **Renforcement de l'implication des pairs ados** à travers le renforcement des capacités organisationnel des réseaux et associations jeunes y compris des jeunes vivant avec le VIH. Des pairs éducateurs âgés de moins de 20 ans seront recrutés, formés et outillés pour délivrer des paquets de services adaptés aux besoins de la cible sur le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST. Les organisations de jeunes et pairs-éducateurs seront financées pour la sensibilisation, le dépistage communautaire, la distribution de préservatifs, la promotion de la PrEP et l'accompagnement de leurs pairs.

- **Mise en place d'un cadre d'appui psychosocial, juridique et nutritionnel** des orphelins et enfants vulnérables ;

- **Information et sensibilisation des 15-20 ans sur le VIH, la tuberculose, l'hépatite B et les IST : Il est question de développer des messages et approches de communication tenant compte de la spécificité de la cible jeune.** Les messages destinés aux jeunes devront faire l'objet d'une attention particulière. Ceci mérite une implication des adolescents et jeunes mais aussi des structures intervenant auprès de cette population dans tout le processus de création des contenus et à leur dissémination à travers des canaux de communication digitale. Les messages prendront également en compte les facteurs des vulnérabilités des jeunes, les pratiques sexuelles à risque et la consommation de drogues. De même, l'accent sera mis sur une redynamisation des espaces de communication et d'informations pour adolescents et jeunes afin d'améliorer l'utilisation des services de Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes (SRAJ) . Des interventions de communication adaptées pour la prévention des infections à VIH, à la TB et aux hépatites virales chez les jeunes et les adolescents seront développées et la communication sera renforcée selon une approche holistique, intégrant les enfants et les jeunes avec l'utilisation des plateformes innovantes. L'adhésion des communautés aux activités de dépistage et de prévention se fera suivant une communication avec une approche inclusive ;

- **Mise en œuvre des stratégies orientées vers les adolescent.e.s :** Il s'agira d'organiser des actions de sensibilisation du partenaire et de la famille des adolescent.e.s au niveau des lieux fréquentés par les jeunes (CCA, IME, espaces jeunes, CDEPS, ASBEF, foyers jeunes, espaces ados, la maison rose, etc..). Par ailleurs, le contenu des messages de sensibilisation sur la PTME sera adapté au contexte de l'adolescente. En collaboration avec la Direction de la prévention, des campagnes de sensibilisation seront organisées dans les écoles et les marchés pour la vaccination HPV ;

- **Poursuite de la STRATEGIE « ALL IN »**, avec l'appui de l'UNICEF pour accélérer la réduction des nouvelles infections VIH et la prise en charge des IST et du VIH chez les adolescents et les jeunes ; elle constitue une opportunité pour améliorer la qualité des services et mieux répondre aux besoins de cette cible ;

- **Appui des programmes de renforcement des capacités et du leadership des jeunes filles en milieu urbain** où il a été décrit un déficit de contrôle social de leur sexualité. Elles sont donc plus exposées au VIH/SIDA que celles vivant en milieu rural ;

- **Promotion de l'utilisation du préservatif :** le préservatif (masculin et féminin) est le moyen le plus efficace de prévenir la transmission du VIH et des IST lors des rapports sexuels. Sa disponibilité et son accès gratuits sont essentiels, notamment pour les jeunes. Des actions de promotion de l'utilisation des préservatifs seront mise en place dans les structures et espaces communautaires (Universités, CCA, BCA, Espace jeunes, clubs ados, etc.) pour renforcer l'accès.

- **Dépistage régulier et accessible :** encourager le dépistage volontaire du VIH est fondamental. Cela inclut la promotion des autotests pour accroître l'accès et l'acceptation chez les jeunes. C'est dans ce sens qu'il est important de renforcer les capacités du personnel des Centres Conseils Adolescents (CCA), des Bureau Conseils Adolescents (BCA), des Espaces Jeunes, des Clubs ado-Jeunes et des acteurs communautaires sur le counseling adapté aux jeunes, sur la promotion du dépistage, l'auto-dépistage et l'accompagnement psychosocial. Concernant la promotion de l'auto test, il s'agit de mettre en place une approche de promotion et d'amélioration de son accès aux populations clés et populations vulnérables.

- **Renforcement de l'accès aux méthodes de prévention biomédicales :**

  - **Prophylaxie pré-exposition (PrEP) :** L'utilisation de la PrEP notamment injectable pour les personnes à risque élevé.

  - **Traitement post-exposition (TPE) :** En cas de prise de risque par rapport sexuel non protégé ou par rupture de préservatif et notamment par accident avec exposition au sang.

  - **Traitement comme prévention (TasP) :** Les personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral efficace ont une charge virale indétectable et ne transmettent plus le virus, ce qui est une stratégie de prévention majeure.

- **Renforcer l'approche communautaire pour une prévention dirigée par les jeunes** dans les régions les plus touchées : Ziguinchor, Kolda, Kédougou, Kaffrine, Sédhiou et Tambacounda

- **Autonomisation des jeunes :** Donner aux jeunes, et en particulier aux filles, les moyens de participer activement à la mise en œuvre des interventions auprès de leurs pairs. Leurs capacités en communication digitale seront renforcées de même que les compétences en leadership et le plaidoyer pour une meilleure prise en compte des besoins des jeunes.

- **Renforcement de l'implication communautaire dans le dépistage des quatre maladies** : Le dépistage des quatre maladies sera intégré ou renforcé dans le paquet de services des acteurs communautaires. Un réseau d'agents volontaires de prestataires de services à base communautaire sera mis en place. Ces derniers auront pour missions de mener des actions de prévention du VIH, la Tuberculose, les hépatites et les IST mais aussi d'assurer la distribution de préservatifs et la promotion du dépistage volontaire y compris l'auto dépistage du VIH. L'enquête systématique des enfants et adolescent.e.s contacts de tuberculose bactériologiquement confirmée sera intensifiée ainsi que le suivi du traitement (y compris le traitement préventif). Avec l'appui des organisations communautaires de jeunes, des stratégies avancées de dépistage ciblant en priorité les jeunes et adolescent.e.s seront réalisées sur les quatre maladies. En collaboration avec le Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN) et les DRS, la détection de la tuberculose sera intégrée dans les sites de soins communautaires et les différentes stratégies de dépistage communautaire de la malnutrition. Un accent particulier sera mis dans la détection de la tuberculose et du VIH chez l'enfant malnutri. Les aspects liés à la TB de l'enfant et de l'adolescent seront intégrés dans le paquet de la PECADOM Plus. L'association tuberculose malnutrition sera prise en compte dans le système de gestion des données du PNT et des indicateurs de suivi pertinents seront déterminés.

- **Des campagnes de sensibilisation seront orientées vers les « Daaras »** pour la reconnaissance des signes de VIH, de la tuberculose et des hépatites virales et un recours précoce aux soins. Des programmes d'amélioration de l'accès des adolescents et des jeunes au dépistage précoce et aux traitements préventifs seront développés. Un plaidoyer sera mené auprès des députés de la commission santé pour la révision des différentes lois sur les quatre maladies y compris celle permettant au moins de 15 ans de réaliser le dépistage du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST sans l'autorisation de leurs parents.

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

- **La mise en œuvre de l'approche « Amélioration de la qualité du dépistage de la tuberculose »** qui est en phase pilote et qui vise un dépistage systématique de la maladie, particulièrement dans les groupes à risque sera étendue à tous les points de dispensation de soins des centres de santé, postes de santé et hôpitaux. La cible enfant-adolescent sera parmi celles prioritaires. Pour cette cible, tous les services de soins infantiles seront mobilisés notamment les consultations

tri enfant et les services de malnutrition qui constituent les points de prestations clés. Le VIH, les Hépatites virales et les IST seront intégrés au moment de la mise à l'échelle.

En collaboration avec la DSME, l'Approche

- **Pratique Santé Respiratoire (APSR)** pour la prise en charge des affections de l'enfant sera renforcée. Le PNT appuiera la mise en œuvre du plan de formation des prestataires de santé en PCIME en vue de la participation de ses agents comme facilitateurs pour une meilleure prise en compte des aspects liés à la tuberculose.

Un accent particulier sera mis sur la détection systématique de la tuberculose dans les cas de pneumonies. Cette thématique sera intégrée dans les outils de gestion de l'information et les supports de communication sur l'association sur la tuberculose et la pneumonie qui seront élaborés et diffusés. Le plaidoyer sera mené pour qu'un indicateur spécifique sur le nombre de cas de tuberculose dépistés parmi les cas de pneumonies notifiés soit intégré dans les outils de la DSME. Par ailleurs, le PNT en collaboration avec la DSME, participera à l'organisation annuelle de la journée mondiale de la pneumonie en vue de la sensibilisation et du dépistage actif de la tuberculose. Un suivi par tutorat des prestataires intervenant dans la santé infantile, à l'image du coaching VIH sera proposé.

- **Amélioration de l'accès aux outils diagnostics et à la gratuité de la radiographie pour les enfants présumés tuberculeux :** Le test Xpert, la radiographie et les tests immunologiques occupent une place de choix dans le diagnostic des quatre maladies. L'accès à ces outils sera renforcé par de nouvelles acquisitions notamment pour les outils de diagnostic moléculaires (GeneXpert, Truelab, etc.) et les appareils de radiographie avec intelligence artificielle. La politique de gratuité sera renforcée pour certains groupes spécifiques (enfant malnutri, enfant contact de malade TB MR, enfant VIH+, etc.). Dans les structures ne disposant pas de radiographie numérique, un remboursement de la radiographie à prix négocié par le PNT sera effectué pour tout enfant âgé entre 0 et 14 ans présumé TB nécessiteux. Un module de formation pour la lecture des images de la radiographie sera développé avec l'appui d'une assistance technique pour le renforcement de compétences des techniciens supérieurs de radiographie, des médecins et des pédiatres à travers des sessions annuelles.

- **Collaboration renforcée avec le secteur privé** en vue d'une harmonisation du paquet de soins délivrés aux enfants et aux adolescents jeunes pour la tuberculose, le VIH, les hépatites virales et les IST. Ceci permettra aussi d'avoir une meilleure capitalisation de l'information sanitaire. Les prestataires du secteur privé y compris ceux des structures confessionnelles seront formés sur les paquets de services intégrés TB, VIH, Hépatites virales et IST. En collaboration avec les Chaires responsables des différents modules enseignés à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (pédiatrie, pneumologie, maladies infectieuses, médecine interne, thérapeutique), les curricula de formation des médecins, infirmiers et autres agents de santé seront mis à jour.

L'approche intégrée de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent, formalisé par une (ou des) convention (s) impliquera les partenaires techniques et financiers notamment la Société sénégalaise de pédiatrie (SOSEPED), l'Association sénégalaise des Pédiatres privés (ASPP), la DSME, le CNDN, l'Alliance nationale du secteur privé, la DEPr du MSHP, etc.

- **Stratégie du guichet unique :** La cible des enfants et adolescents sera parmi celles prioritaires de la stratégie pour la fourniture de paquet de services intégrés de dépistage, de traitement et de prévention pour la tuberculose, les hépatites virales, des IST et le VIH. A cet effet, les sites intégrés de prise en charge de la tuberculose et du VIH qui existent déjà seront étendues dans toutes les structures sanitaires et intégreront les hépatites virales et les IST dans l'offre de services. Les prestataires des guichets uniques seront formés sur le paquet intégré de service des quatre maladies. Un « Médecin-coordonnateur du Guichet unique » sera désigné pour coordonner et suivre les activités ainsi que valider les rapports d'activités et de données périodiques. Un approvisionnement régulier en intrants et produits de diagnostic sera assuré pour les quatre maladies.

- **L'appui aux patients et l'implication des associations de jeunes** concernés par le VIH, la Tuberculose et les hépatites virales sera renforcé. Le paquet de services mis en place pour le soutien (appui nutritionnel et transport) sera aussi dispensé aux enfants et aux adolescents tuberculeux éligibles. L'appui au transport sera étendu au parent accompagnateur des enfants et adolescents de moins de 15 ans pour faciliter la demande de soins de dépistage et de traitement.

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

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

- **Pour le cas spécifique du traitement préventif de la tuberculose pour les PVVIH et les personnes en contact avec les malades contagieux dont les enfants et adolescents âgés de 10 à 14 ans,** des interventions innovantes seront mises en œuvre pour booster les indicateurs. Il s'agit principalement de :



- La mise à l'échelle (y compris pour les PVVIH) de la stratégie « Digitalisation du suivi communautaire des contacts de malades tuberculeux » qui est en phase pilote et consistant en un enregistrement et un suivi digitalisé à travers une collecte numérique standardisée, rapide et fiable dans l'outil Kobocollect. Elle nécessite l'implication des acteurs communautaires (OCB, Relais et Badianou Gokh), sous la coordination des responsables de CDT ;

- La communication axée sur l'amélioration de la demande et de l'adhésion au TPT, ciblée, inclusive et multisectorielle en vue de mobiliser les acteurs communautaires, les prestataires de santé, les leaders d'opinion et les autorités locales autour des CDT pour contribuer à lever les fausses croyances et lutter contre la stigmatisation afin d'augmenter la demande volontaire et l'adhésion complète au TPT à travers des canaux adaptés, des outils numériques, et une approche centrée sur le patient et son entourage ;

- Du renforcement de l'engagement communautaire pour le TPT à travers la mobilisation des leaders communautaires, des organisations non gouvernementales, des associations des anciens malades TB, des religieux, et autres pour une meilleure appropriation et la sensibilisation de la communauté sur le TPT.

- **Coordination et partenariats fonctionnels** seront renforcés en vue de l'amélioration de la prise en charge des quatre maladies chez l'enfant et l'adolescent au Sénégal. La mise en place de cadres de coordination efficaces nécessitera l'implication de tous. La réalisation, en collaboration avec la DSME et la Direction de la Prévention (DP), d'une cartographie des interventions des partenaires financiers et techniques intervenant dans le domaine de l'enfant permettra de renforcer la coordination et l'implication de l'ensemble des acteurs. Les partenaires réguliers des programmes, la société civile, le secteur privé, ainsi que les partenaires techniques connus de l'enfant, comme la Société sénégalaise de pédiatrie, y



4.3.3 Orientations stratégiques pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les adultes hommes et femmes de 20 à 49 ans

Cette tranche d'âge constitue la population la plus touchée par le VIH, la tuberculose, les hépatites virales B et C ainsi que les IST. Les services de consultation adulte représentent les principales portes d'entrée pour la prévention/ promotion de la santé, le dépistage et la prise en charge différenciés de ces maladies.

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

seront représentés.

La prévention des infections à VIH, à la Tuberculose, aux IST et aux hépatites virales dans la population des adultes de plus de 20 ans repose essentiellement sur la promotion et le marketing social du préservatif, du port du masque et de l'utilisation sécurisée du matériel d'injection. La mise en place de points de distribution de préservatifs constitue une avancée, mais les activités de promotion du dépistage ciblant spécifiquement les hommes restent insuffisantes. Ainsi, toutes les structures publiques et communautaires assurent la distribution des préservatifs aux populations cibles.

Elles doivent être renforcées dans les lieux de forte concentration des jeunes adultes et des personnes âgées (universités, écoles de formation, garages, marchés, lieux de travail, etc.).

La mise sous traitement efficace et précoce contribue à la réduction de la transmission des quatre maladies dans un concept de traitement comme moyen de prévention (TASP). Les acquis seront maintenus et renforcés pour le VIH et la TB mais d'avantage d'efforts seront faits pour le dépistage et le traitement des IST et des hépatites virales. Une bonne appropriation par les communautés est notée pour le VIH et la Tuberculose à travers non seulement la sensibilisation, l'IEC mais également l'implication des médiateurs/ pairs dans les équipes de prise en charge.

Le dépistage du VIH constitue la porte d'entrée essentielle vers les services de prévention, de traitement et de prise en charge, et demeure une priorité stratégique nationale. L'élaboration d'un plan triennal des services différenciés de dépistage du VIH traduit la volonté affirmée de combler les insuffisances et d'améliorer l'offre de services. Toutefois, seule une mise en œuvre intégrale et effective de ce plan permettra d'atteindre les objectifs du premier « 95 » et, à terme, de réduire les nouvelles infections à VIH, dans un contexte marqué par une augmentation de celles-ci au sein de certaines tranches d'âge.

La proportion de PVVIH qui connaît son statut vis-à-vis du VIH est passée de **71% en 2017 pour atteindre 86% en 2024,** soit une augmentation de 15% (Enquête du taux de survie 2024). Ces performances sont le fruit d'approches novatrices, centrées sur les spécificités populationnelles, pour atteindre ceux qui manquent à l'appel dans toute leur diversité. Les stratégies classiques ont été renforcées notamment par le Conseil dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP) boostées par une panoplie d'offres novatrices telles que le dépistage communautaire démédicalisé, l'index-testing, l'autodépistage, l'approche améliorée de sensibilisation par les pairs (EPOA) tant dans les structures sanitaires qu'en communauté. Elles ont été complétées par la stratégie « un poste de santé une stratégie avancée » et le « district chez vous ». La mise en œuvre de ces différentes approches est soutenue par la révision des directives CDV et l'élaboration de normes et procédures standardisées de toutes

les stratégies de dépistage différenciées.
Par ailleurs des efforts ont été fait pour améliorer l'intégration du secteur privé dans le dépistage du VIH et de la tuberculose même si la capitalisation complète des données n'est pas encore optimale.

L'analyse de la distribution selon les régions montre qu'il faut une combinaison stratégique d'approches et d'options de services différenciés de dépistage pour réduire les gaps dans un contexte de quasi saturation dans certaines régions du pays. La création de la demande devra également être renforcée pour trouver les dernières PVVIH qui ignorent leur statut à travers des activités de prévention et de promotion appropriées. La demande relayée par les pairs, les approches participatives et communautaires, notamment par l'entremise d'agents de santé communautaire (pairs éducateurs, relais, etc.), de groupes communautaires et de programmes orientés vers les adolescent.e.s et les jeunes favoriseraient le recours aux services de dépistage du VIH.

De même, l'utilisation des tests rapides par les prestataires en dehors du laboratoire n'est effective que dans les services de CPN.

Par contre, des insuffisances sont observées dans les autres points d'entrée de dépistage notamment au niveau des CDT, dans les services de tri recevant les IST, les hépatites etc. En outre, l'absence d'intégration des tests rapides du VIH, de la syphilis et d'hépatites virales dans les services de planning familial contribue aux occasions manquées de dépistage.

L'adoption pour le pays du statut neutre de dépistage est l'un des piliers vers l'élimination du VIH. Dans les services post-test, la liaison aux services de traitement (liaison au TAR) a connu une nette amélioration passant de 72% en 2022 à 86% en 2024 chez les patients nouvellement dépistés positifs aux VIH. Toutefois les possibilités de doublons ne sont pas exclues. La mise à l'échelle du projet d'identification biométrique des patients par empreinte digitale pourrait contribuer à réduire ces écarts.

La liaison aux services de prévention est insuffisamment monitorée, l'évaluation des risques n'est pas systématique et l'offre de prévention combinée appropriée reste insuffisante (source : évaluation des services différenciés de dépistage : rapport DLSI 2024).

La mise en route de la prise en charge ARV nécessite un système efficace de lien entre les services de dépistage et de prise en charge. Depuis 2019 une amélioration constante de la mise sous TAR est constatée comme le montre le graphique ci-dessous.

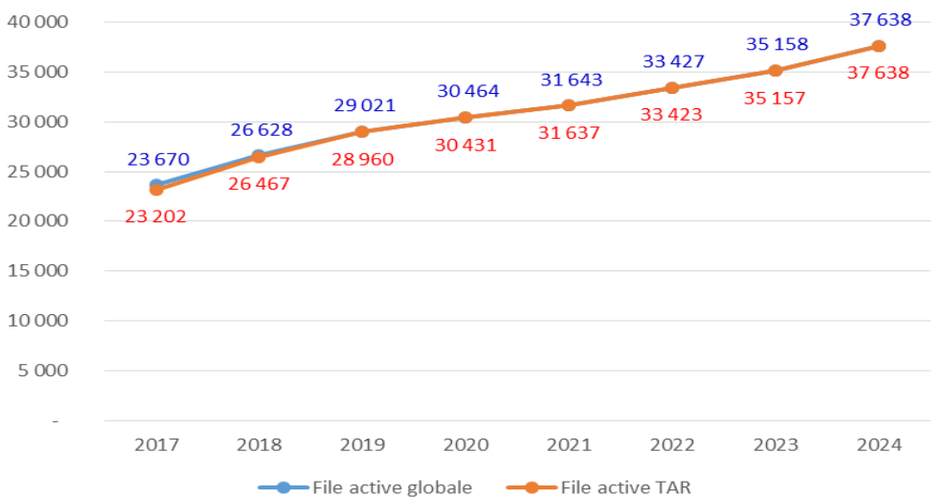


***Figure 36.** : Évolution de la file active globale et sous TAR de 2017 à 2024*
Source. Rapport annuel CNLS (2017-2024)

Ces résultats encourageants démontrent l'efficacité des stratégies mises en œuvre ces dernières années avec la politique nationale du TATARSEN ainsi que le démarrage de la mise en œuvre de la prestation de services différenciés incluant l'adoption de la dispensation multi-mois.

L'analyse de la distribution régionale des PVVIH montre que 70 % sont localisées dans les régions de Dakar, Ziguinchor, Thiès, Kolda, Kaolack et Tambacounda. La région de Dakar à elle seule polarise 31 % des PVVIH.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche décentralisée, les pôles de référence régionaux VIH ont été mis en place dans le but d'une meilleure appropriation de la riposte **et d'une définition d'une politique propre à chaque région en tenant compte de leurs spécificités**. La mobilisation des ressources locales permettrait de combler le gap de financement pour la mise en œuvre de plans régionaux.

Malgré ces progrès, une proportion significative de patients continue à être dépistée à un stade tardif comme le montre la figure suivante (Rapports annuels du taux de survie, 2024).

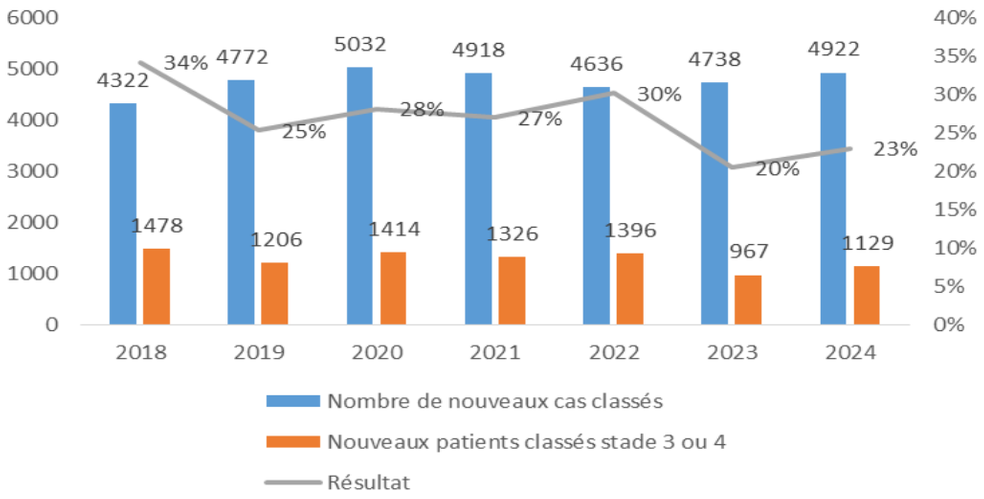


***Figure 37.** : Répartition des PVVIH nouvellement mises sous TAR classées stade 3 ou 4 de l'OMS de 2018 à 2024 au Sénégal*

Le dépistage et la prise en charge des maladies à VIH avancé demeurent une priorité du programme afin de réduire le taux de décès à 12 mois après le début de traitement ARV qui reste élevé, au tour de 8%. Le stade avancé de la maladie est associé à une mortalité et une morbidité nettement plus élevées dues au VIH, aux infections opportunistes et aux comorbidités. A cet effet, un guide national et des procédures ont été élaborés pour encadrer la mise en œuvre. Le renforcement des capacités des acteurs ainsi que la disponibilité durable des intrants de diagnostic et de traitement demeurent des défis majeurs.

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

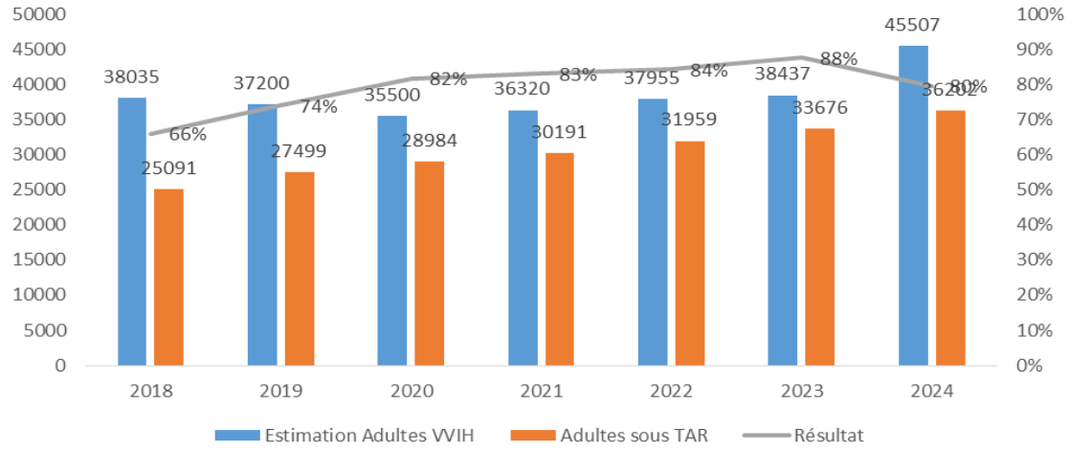


***Figure 38.** : : Évolution en nombre et pourcentage des adultes vivants avec le VIH et sous ARV, 2018-2024*

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

Ces dernières années, l'indicateur sur la suppression de la charge virale a toujours été une préoccupation du programme. Pour booster cet indicateur, l'offre pour les examens biologiques de routine, y compris la charge virale, a été étendue avec l'introduction du POC et la mise en œuvre d'un système de collecte, d'acheminement et de rendu des résultats pour la charge virale et la PCR. Par ailleurs, ce dispositif a été renforcé par l'optimisation des plateformes des laboratoires comme les appareils GeneXpert. Ces initiatives ont significativement contribué à l'amélioration de l'indicateur sur la charge virale, mais restent insuffisantes au regard des résultats. **En effet, entre 2017 et 2024 le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée est passé de 7 975 à 34 490 patients soit une augmentation de 332%. Cependant la couverture de la mesure de la charge virale est passée seulement de 43% en 2022 à 56 % en 2024.**

Concernant la mise en œuvre de la PrEP, elle reste timide à l'échelle nationale, surtout dans les établissements publics mais des progrès sont constatés au niveau communautaire. Une différenciation de l'offre pourrait améliorer l'accès pour les populations les plus exposées. A cela s'ajoutent un ciblage insuffisant des hommes adultes et **un accès inégal aux outils de prévention.**

Concernant la tuberculose, elle demeure une priorité dans la tranche d'âge de 20 à 49 ans qui est la plus exposée à la transmission et aux complications notamment celles liées aux comorbidités comme le VIH, le diabète et le tabagisme. **Le dépistage** repose principalement sur l'utilisation du test moléculaire rapide (test Xpert MTB/Rif, Truenat) et la microscopie. Elle est complétée par la radiographie pour les cas de tuberculose pulmonaire non confirmés au laboratoire et certaines formes extrapulmonaires.

Par ailleurs, les campagnes de dépistage actif avec la radiographie mobile ont permis d'élargir l'accès au dépistage en milieu communautaire, particulièrement pour les groupes à risque et les populations vulnérables.

- La mise en œuvre du **DOTS** (Directly Observed Treatment Short-course) et l'approvisionnement régulier en médicaments de première ligne ont contribué à maintenir un taux de succès thérapeutique à 89%, proche de la cible de 90 % de la Stratégie END TB malgré des taux élevés d'interruption de traitement (4%) et de décès dans les cohortes (3%) en 2024.

- Des initiatives communautaires, incluant la sensibilisation par les acteurs communautaires et le dépistage actif dans les zones à forte incidence, ont permis d'améliorer la détection des cas.

- La communication médiatique et de proximité avec les radios communautaires ainsi que celle utilisant les réseaux sociaux a permis de mieux sensibiliser sur les signes de la maladie, l'offre de soins et les mesures de prévention. Une nouvelle enquête sur les Connaissances-attitudes et pratiques (CAP) face à la tuberculose permettra de préciser si le niveau de connaissance générale qui était à 56% en 2017 s'est améliorée.

- Le paquet de services de prévention et de prise en charge destiné à cette cible des 20-49ans intègre l'offre générale sur la tuberculose, avec la **gratuité du dépistage et du traitement**, y compris pour les formes résistantes et les comorbidités telles que le VIH et le diabète.



Synthèse de l'analyse pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les adultes hommes et femmes de 20 à 49 ans

Forces

Bonne performance de la prise en charge des patients VIH et tuberculose

Existence de prestataires formés au niveau national et décentralisé

Décentralisation de l'offre de service
Délégation des tâches

Existence d'un dispositif national de laboratoire de dépistage et de suivi de la prise en charge

Disponibilité des médicaments et intrants pour le VIH et la Tuberculose

Approches communautaires et dépistage mobile existants pour le VIH et la tuberculose

Intégration progressive des services VIH–TB.
Mise à disposition du Ténofovir pour la prise en charge des hépatites virales



Faiblesses

Ecarts de détection, caractérisés par une sous-notification d'environ un tiers des cas de tuberculose pharmacosensible et de près de 40 % des cas de tuberculose multirésistante, conjuguée à une couverture incomplète du dépistage du VIH, laissant 15 % des PVVIH non dépistées

Persistance du diagnostic tardif chez les adultes, se traduisant par une identification de la maladie à un stade avancé, avec des conséquences majeures en termes de morbidité, de mortalité et de coûts de prise en charge

Insuffisance de recours aux soins, lié à la stigmatisation
Faible rétention dans les soins, caractérisée par des taux élevés d'interruption de traitement et de mortalité dans les cohortes TB pharmacosensible, TB pharmacorésistante et chez les PVVIH sous TAR

Insuffisance de la mise en œuvre de la PrEP à l'échelle nationale, surtout dans les établissements publics

Insuffisance des mécanismes de dépistage et de prise en charge intégrée de la comorbidité tuberculose–diabète

Offre de services de prise en charge du tabagisme centralisée
Faible disponibilité du diagnostic des hépatites virales

Insuffisance du cadre national de prise en charge de l'hépatite C, associée à un coût prohibitif des traitements (200 000 à 250 000 FCFA pour 12 semaines), limitant l'accès aux soins

Dépistage insuffisant des hépatites virales et des IST chez les adultes

Retards diagnostiques et accès tardif aux soins
Faible disponibilité des médicaments et intrants pour les hépatites virales

Prise en charge des hépatites fortement centralisée et spécialisée, alors que le ratio spécialistes/patients est très faible limitant l'accès aux services pour les patients vivant en dehors des grands centres urbains

Inaccessibilité des bilans préthérapeutiques et de suivi des hépatites virales, en raison du nombre limité de laboratoires capables de les réaliser et de leur coût élevé (entre 45 000 et 80 000 FCFA)



Opportunités

Potentiel de déploiement de dépistage intégré sur les lieux de travail et dans les points chauds à forte vulnérabilité

Introduction de la PrEP et de la prévention combinée

Approche services différenciés selon le genre

Existence de spécialistes nationaux en tabacologie et d'un Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions (CEPIAD)



Menaces

Pressions socio-économiques limitant l'adhésion aux soins

Mobilité professionnelle entraînant des pertes de suivi

Stigmatisation persistante en milieu communautaire (42,9 %) et familial, ainsi qu'en milieu de travail (11,4 %)





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

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

Prévention des quatre maladies chez les adultes exposées à haut risque : Il s'agira essentiellement de la promotion de la PreP pour les couples sérodiscordants, la mise en place de distributeurs automatiques de préservatifs dans les boîtes de nuit et la promotion de l'utilisation des préservatifs et lubrifiants. La vaccination de l'hépatite B sera proposée au personnel de santé exposé, aux étudiants en formation médicale et paramédicale. Le dépistage, le traitement précoce et les mesures de contrôle de l'infection ainsi que le traitement préventif de la tuberculose des groupes vulnérables comme les contacts de malades bacillifères seront intensifiées.

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

Diminution des contre- performances thérapeutiques par la baisse des taux d'interruption de traitement et de décès de tuberculose : le suivi clinique et communautaire, en particulier dans les zones où les taux de décès et d'interruption de traitement restent préoccupants comme les régions de Kolda, Tambacounda, Kédougou et Kaffrine sera intensifié. Le suivi avec les outils numériques comme la vidéo-observance du traitement sera promu pour parer aux difficultés d'accès aux services de soins antituberculeux. La surveillance digitale du traitement (télé-TDO expérimenté dans les CDT de Dakar) sera mise à l'échelle et intensifiée. Cette stratégie sera couplée à une extension des unités de traitement de la tuberculose au niveau des postes de santé. Les CDT seront dotés de supports de communication notamment pour le counseling, en quantité suffisante. La prise en charge des comorbidités telles que le VIH, le diabète sera améliorée avec le « Guichet unique ».

Maintien des adultes dans le continuum de soin et renforcement de l'observance au traitement : Des appuis nutritionnels (kits alimentaires et d'hygiène) et un remboursement de transport sont offerts pour les patients tuberculeux éligibles et aux patients VIH qui réintègrent les soins. Des conseils et éducation nutritionnels seront fournis à tous les patients suivis. Outre les VAD, des visites au lieu de travail (VALT) seront organisées dans le cadre du soutien au traitement couplé à l'enquête des contacts. Une stratégie de parrainage est proposée pour les patients tuberculeux. En outre le concept « Jambar charge virale » sera vulgarisé. Dans les zones transfrontalières, des plateformes d'échanges seront mises en place et des puces internationales remises aux prestataires pour la coordination sur la prise en charge des patients originaires des autres pays. Il s'agira également d'autonomiser les patients par des activités génératrices de revenu, d'organiser des thérapies de groupe/club d'observance et des repas communautaires. Les groupes vulnérables identifiées pour ces quatre maladies, en collaboration avec les districts sanitaires, seront appuyés pour leur inscription dans les mutuelles de santé ainsi que les membres de leurs familles.

Prise en charge adéquate des maladies avancées et des séquelles : Le bilan paraclinique complet et un système de prise en charge rapide et efficace sera mis en place pour la gestion des patients présentant une maladie de VIH avancée (MVA), les patients souffrant d'hépatopathie ou de cirrhose et les patients présentant des séquelles liées à la tuberculose. La disponibilité des intrants pour le diagnostic sera assurée ainsi que, le traitement et la prévention des infections opportunistes (test CD4+, antigène cryptoccocique, TBLAM urinaire, antigène histoplasmose, antigène aspergillose, fluconazole, cotrimoxazole, amphotéricine B, enzyme lysosomal), le fibroscan pour l'évaluation du degré de fibrose hépatique. La chirurgie des séquelles TB sera subventionnée pour les patients éligibles.

Communication adaptée pour la cible des 20- 49 ans : des messages plus adaptés à cette cible seront élaborés et diffusés à travers les canaux les plus efficaces notamment avec les résultats de l'enquête CAP qui sera réalisée pour le cas particulier de la tuberculose.

Prise en charge des comorbidités : Les activités de prise en charge conjointe de **la coinfection TB-VIH** seront renforcées, particulièrement la prévention de la tuberculose chez les PVVIH à travers le dépistage systématique et le traitement préventif des personnes éligibles au niveau des « Guichets uniques ». Le renforcement de capacités des prestataires de santé et des acteurs communautaires ainsi qu'un meilleur suivi des activités permettront d'améliorer les indicateurs. Les médicaments et intrants de diagnostic nécessaires seront mis en place, régulièrement et en quantité suffisante.

Tuberculose-diabète. La lutte contre l'association tuberculose et diabète sera intensifiée avec le renouvellement régulier des stocks d'intrants nécessaires à la réalisation de la glycémie à jeun dans tous les CDT (lecteur et bandelettes glycémiques), une meilleure intégration de la tuberculose(dépistage actif) dans le paquet de services et le système de gestion de l'information du diabète en collaboration avec la Division de Lutte contre les Maladies non Transmissibles (DLMNT). L'offre de services sera également élargie au VIH, aux Hépatites virales et aux IST. La prévention du diabète sera intégrée dans les activités de communication des quatre maladies.

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

Des outils de communication seront développés et une sensibilisation sera organisée en amont dans les débits de boissons et les gares routières. Le sevrage tabagique sera intégré dans le paquet de services de prise en charge de la tuberculose, du VIH et des Hépatites virales en collaboration avec le Programme national de lutte contre le tabac. Les produits de substitution nicotiniques seront mis en place dans les CDT et/ou les « Guichets uniques » et le personnel sera formé à la dispensation et au suivi des malades tabagiques, avec l'accompagnement du Centre de prise en charge des addictions de Dakar (CEPIAD).

Renforcement des actions prioritaires pour la prise en charge des hépatites virales

- **Généraliser le dépistage opportuniste des VHB/VHC** chez tous les adultes et personnes âgées lors des consultations primaires, bilans gériatriques, consultations pour comorbidités et pré-opératoires.
- **Décentraliser et subventionner** l'accès aux tests rapides et aux tests confirmatoires, en renforçant la chaîne logistique et les laboratoires régionaux.
- **Mettre en place des protocoles standardisés de linkage-to-care** : orientation immédiate après test positif, consultation « Guichet unique » ou télé-consultation spécialisée pour évaluation rapide et initiation du traitement si éligible.
- **Renforcer la formation des agents de santé de première ligne** et équipes gériatriques (diagnostic, stadification non invasive, choix thérapeutique chez personnes âgées et gestion des interactions médicamenteuses).
- **Garantir l'accès aux traitements et au suivi hépatologique** (AAD pour VHC, traitements VHB et surveillance pour CHC), par négociation de prix, mécanismes d'achat groupé et inclusion dans la couverture sanitaire universelle.



4.3.4. Orientations stratégiques pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les adultes hommes et femmes de 50 ans et plus

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

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



Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

Au Sénégal, les maladies non transmissibles (MNT) constituent une réelle préoccupation du secteur de la santé du fait de la progression constante du nombre de personnes affectées. En effet, 53 % des décès au Sénégal en 2022 sont dus aux MNTs, avec un taux de mortalité prématurée (décès avant l'âge de 70 ans) de 22 % selon l'ANSD. Les maladies cardiovasculaires représentent 22% des décès, les traumatismes 11% et les cancers 10% selon le même rapport. La mortalité est liée entre autres au retard de diagnostic, avec une insuffisance de programme de détection précoce et de dépistage. Il s'y ajoute une insuffisance de la contribution des autres secteurs dans la lutte contre les facteurs de risque de ces MNT, notamment la mauvaise alimentation, l'inactivité physique, le tabagisme, l'usage nocif d'alcool et la pollution de l'air. La dernière enquête STEPS a montré une baisse de la prévalence nationale de l'HTA passant de 29,8% en 2015 à 24,5% en 2024 et une hausse de la prévalence nationale du diabète passant de 3% en 2015 à 4,2% en 2024 (Rapport enquête STEPS 2024).

En outre, l'incidence et la mortalité liées aux cancers sont en augmentation. Les cancers sont devenus un véritable problème de santé publique. En effet, selon les estimations du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) en 2022, il est attendu chaque année 11 841 nouveaux cas de cancer avec 8 134 décès. Les cinq cancers les plus fréquents durant cette même période sont ceux du col de l'utérus (17,4%), du sein (15,5%), du foie (9,7%), de la prostate (7.7%) et de l'estomac (5.7%). (Plan national de lutte contre le cancer 2025-2029).

Les statistiques montrent l'importance des maladies non transmissibles qui nécessitent le plus souvent un suivi à long terme. Toutefois, leur prise en charge pose le problème chez les personnes âgées. En effet, l'enquête Unisahel, réalisée en 2020-2021 à Dakar dans deux structures sanitaires publiques, montre les difficultés auxquelles les personnes âgées sont confrontées.

L'enquête a mis en évidence l'hétérogénéité des connaissances des personnes âgées sur les politiques de protection sociale (Plan Sésame, CMU) alors que les maladies non transmissibles, classées « maladies à soins coûteux » constituent aussi un lourd fardeau pour les individus, leurs familles et les communautés.

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

Concernant le VIH : Les personnes âgées de 50 ans et plus sont au nombre de 14 346 soit 38% du nombre total des personnes traitées dans le pays en 2024, soit environ le tiers de la cohorte des patients sous ARV. Chez les PVVIH âgées, la fréquence des maladies chroniques semble plus élevée.

En effet, les résultats préliminaires de l'étude de la cohorte « VIHeillir » en décembre 2022, sur 358 personnes dont 135 hommes et 222 femmes montrent que 85% présentaient au moins une comorbidité. La proportion de personnes ayant une ou deux comorbidités varie selon les classes d'âge : elle est respectivement de 46% pour les moins de 60 ans, 54% pour 60–69 ans, et de 65% pour les ≥ 70 ans. Le nombre de comorbidité semble logiquement augmenter avec l'âge. Les principales comorbidités retrouvées étaient l'HTA et le diabète avec respectivement des prévalences de 31% et de 10%.

Au total, 33 comorbidités (ou catégorie de comorbidités) ont été notifiées pour ces patients, correspondant à 232 événements. L'enquête Unisahel trouve que les personnes âgées vivant avec le VIH (PAVVIH) accordent une grande attention à leur traitement ARV ; elles font preuve d'une grande adhésion aux soins et d'une très bonne observance thérapeutique.

Les conditions de vie des PAVVIH sont encore largement dominées par les conséquences du secret qu'elles jugent indispensables de maintenir autour de leur maladie, pour se protéger et protéger leur proche de la stigmatisation et des discriminations. De ce fait, **elles ne peuvent bénéficier des réseaux de solidarité** qui se mettent habituellement en place autour des personnes âgées. Du fait de l'impact de l'infection VIH sur leur vie, et des pertes de revenus liées à l'arrêt du travail, les PAVVIH vivent des situations de déclassement social et d'appauvrissement qui ont un impact direct sur leur santé psychologique et physique. L'appauvrissement les place en situation de dépendance à l'égard de leur proche, le plus souvent de leurs enfants directs.

Concernant la tuberculose, en 2024, sur les 16 674 **nouveaux cas de tuberculose notifiés**, **14,1 % concernaient les personnes âgées de 55 ans et plus**, soit près de **2 000 individus**. Cette proportion confirme la vulnérabilité croissante de cette tranche d'âge face à la maladie, en raison du vieillissement physiologique, exacerbée par la fréquence des comorbidités.

Les **services TB disponibles pour les adultes** restent génériques et sont étendus aux personnes âgées. Toutefois, le PNT n'a pas encore mis en place de **stratégies spécifiques dédiées aux seniors**, malgré l'importance de cette population dans la dynamique de la maladie. Par contre, une avancée notable est l'intégration systématique du **dépistage et de la prise en charge du diabète** chez tous les patients tuberculeux, ce qui permet d'améliorer la qualité du suivi et de réduire les risques de complications dans cette tranche d'âge. Toutefois, les autres comorbidités telles que l'HTA et les cancers devraient être mieux pris en compte dans l'offre de services.

Les hépatites virales constituent également un problème de santé chez les sujets âgés. En admettant que la prévalence de la population générale soit d'environs de 10%, il y aurait alors 175 000 personnes de plus de 60 ans qui présenteraient une hépatite chronique. L'étude Ambass rapporte également que « un tiers des adultes présentaient une infection chronique active nécessitant un suivi régulier car à risque d'évolution vers des complications du foie » ; soit environ 59 000 personnes de 60 ans et plus au niveau national. Par ailleurs, « 14 % des patients porteurs chroniques avaient un risque plus élevé de cirrhose, de complications liées à la cirrhose et de mortalité liées aux maladies du foie », soit environ 24 500 personnes ≥ 60 ans. « Enfin, 3 % des porteurs chroniques étaient éligibles pour un traitement immédiat », soit 5 250 personnes ≥ 60 ans.

Inégalités d'accès aux soins, disparités géographiques, économiques et sociales: Le coût des bilans de santé, de suivi et de traitement représente une barrière majeure pour beaucoup de patients notamment chez les personnes âgées. Malgré la subvention partielle du traitement, les frais liés aux examens (consultations, tests virologiques, suivi biologique, imagerie, etc.) restent souvent prohibitifs. Les ruptures dans la continuité des soins sont fréquentes, du fait de la précarité économique, de l'absence de soutien social, et de la faible structuration des parcours de soins.

Faible sensibilisation et information — connaissance limitée des hépatites : le niveau de connaissance sur l'infection par l'Hépatite B (modes de transmission, conséquences, prévention, traitement) est insuffisant chez la personnes âgées. Pour de nombreuses personnes porteuses chroniques, l'annonce du diagnostic n'est pas suivie d'un accompagnement ou d'un conseil efficace (information incomplète, mauvaise communication, mécompréhension), ce qui entrave la décision de se faire suivre ou traiter. Les disparités en matière d'éducation, de niveau social et de stigmatisation sociale compliquent la prise en charge ; certaines personnes évitent le dépistage ou tardent à consulter, craignant une discrimination ou un rejet social.

La structure des services reste centralisée (hôpitaux urbains, centres spécialisés), ce qui crée des goulots d'étranglement pour l'accès aux soins, le suivi et le traitement des cas chroniques des personnes âgées se trouvant dans les régions périphériques.

Synthèse de l'analyse pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les adultes hommes et femmes de 50 ans et plus

Forces

Intégration progressive des personnes âgées dans la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Existence d'un réseau de structures sanitaires de proximité favorisant l'accès aux soins.

Gratuité des traitements du VIH et de la tuberculose.

Mise en œuvre du dépistage intégré lors des consultations de routine.

Disponibilité des services de prise en charge au niveau des structures sanitaires de routine

Disponibilité des services au niveau des structures sanitaire de routine



Faiblesses

Faible ciblage des personnes âgées dans les stratégies de prévention

Sous-diagnostic du VIH et des hépatites chez les personnes âgées (dépistage souvent réalisé de façon « accidentelle », don de sang, épisode de maladie, consultations diverses)

Accès limité aux services de diagnostic et de PEC complets des hépatites virales (coûteux ou indisponible en dehors des centres urbains)

Insuffisance de la prise en charge intégrée des cinq principales comorbidités (HTA, diabète, hépatite B et C, lésions précancéreuses du col) dans les services d'offre de soins de santé primaires et dans le paquet de service chez les personnes âgées atteintes de VIH, Tuberculose et d'hépatites virales
Défaut d'observance des traitements des principales comorbidités pour les 4330 personnes de plus de 60 ans vivant avec le VIH

Prise en compte insuffisante du vieillissement de la cohorte des PVVIH, malgré une proportion croissante de personnes âgées de plus de 60 ans (4 330)



Opportunités

Potentiel de déploiement de dépistage intégré sur les lieux de travail et dans les points chauds à forte vulnérabilité

Introduction de la PrEP et de la prévention combinée
Approche services différenciés selon le genre
Existence de spécialistes nationaux en tabacologie et d'un Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions (CEPIAD)



Menaces

Pressions socio-économiques limitant l'adhésion aux soins

Mobilité professionnelle entraînant des pertes de suivi
Stigmatisation persistante en milieu communautaire (42,9 %) et familial, ainsi qu'en milieu de travail (11,4 %)



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

Dépistage systématique et ciblé
Intégrer le dépistage des virus de l'hépatite B (VHB) et C (VHC) dans les bilans de santé des personnes ≥ 50 ans notamment celles consultant pour des comorbidités (diabète, hypertension, VIH, tuberculose, etc.) ou hospitalisées.

Développer des campagnes communautaires de sensibilisation couplées au dépistage mobile intégré (cliniques, centres de santé, postes de santé, services gériatriques, etc.) afin d'atteindre les personnes âgées vivant en zones rurales, périurbaines ou rencontrant des difficultés d'accès. La communication vers cette cible sera renforcée par l'élaboration de supports de communication sur les comorbidités prioritaires et l'utilisation de canaux spécifiques pour cette cible (Radio, causeries, mosquée, église etc.).

Assurer que toute personne diagnostiquée positive pour une hépatite virale soit immédiatement orientée vers une évaluation complète (bilan hépatique, charge virale, fibrose/lésions hépatiques) pour déterminer l'éligibilité au traitement et le plan de suivi.

Accès équitable au traitement et aux soins adaptés
Garantir l'accès aux traitements antiviraux pour le VHC, et aux analogues efficaces pour le VHB pour les personnes âgées chroniquement infectées, conformément aux lignes directrices internationales. Assurer un suivi régulier (monitoring biologique, évaluation de la fibrose, surveillance des complications, notamment cancer du foie), avec des consultations spécialisées ou référées selon la gravité.

Adapter la prise en charge aux spécificités des personnes âgées : comorbidités fréquentes, polymédication, fragilité, mobilité réduite en combinant soins médicaux, soutien social, accompagnement et conseil

Prévention, vaccination, réduction de risques
Identifier les personnes âgées non immunisées contre le VHB et leur proposer la vaccination, quand c'est indiqué en particulier celles nées avant la mise en place du calendrier systématique de vaccination. Ceci permet de réduire de façon pérenne le pool de susceptibilité. Même si la vaccination est surtout promue chez les enfants, la vaccination des adultes non immunisés reste un levier possible selon le contexte de santé publique.

Mener des campagnes de sensibilisation ciblées sur les personnes âgées, leurs familles et les communautés : modes de transmission, bénéfices du dépistage et du traitement, importance du suivi pour réduire la stigmatisation et encourager le recours aux services.

Renforcement des capacités des prestataires et acteurs communautaires
Former les prestataires de soins (médecins, infirmiers, agents de santé communautaire) à la prise en charge des hépatites chez les personnes âgées (diagnostic, counselings, suivi adapté, gestion des comorbidités, adhérence).

Décentraliser les services : développer des offres de dépistage et de soins dans les centres de santé, les postes de santé et même au niveau communautaire pour rapprocher le soin des lieux de vie.

Mettre en place des parcours de soins intégrés, combiner le dépistage et la prise en charge des hépatites virales avec les services VIH, Tuberculose, IST voire les soins gériatriques la prise en charge des maladies non transmissibles pour une approche holistique et efficace.

Mobilisation communautaire, implication des acteurs et soutien social
Engager les organisations communautaires, les associations de personnes âgées, les aidants, familles, les leaders communautaires pour identifier les personnes âgées vulnérables, faciliter le dépistage, sensibiliser contre la stigmatisation.

Mettre en place des mécanismes de soutien social et logistique pour les personnes âgées porteuses : aides à l'adhésion au traitement, accompagnement psycho-social, prise en charge des comorbidités. Collaborer avec les programmes existants (VIH, Tuberculose, IST, maladies chroniques non transmissibles, gérontologie) pour mutualiser les ressources, coordonner les interventions et garantir l'intégration des services.

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

Concernant la tuberculose :

Dépistage intégré TB – maladies chroniques chez les 50 ans et plus : i) dépistage systématique du diabète et de l'HTA chez toute personne ≥50 ans consultant pour une suspicion ou sous traitement de la TB (Glycémie à jeun, mesure de la pression artérielle), ii) dépistage bidirectionnel TB–diabète (recherche active de la TB chez les diabétiques âgés de 50 ans et plus), iii) orientation ciblée pour les cancers à risque élevé chez les patients TB de 50 ans et plus comme le cancer du poumon (chez les patients présentant une tuberculose récidivante, les fumeurs, la toux persistante), le cancer du col de l'utérus et du sein chez les femmes, le cancer de la prostate chez les hommes.

Adaptation de la prise en charge TB chez les patients avec comorbidités chroniques : i) élaboration de paquets de protocoles cliniques intégrés TB–diabète–HTA pour les ≥50 ans : ajustement des schémas thérapeutiques et suivi glycémique renforcé durant le traitement TB ; ii) **Suivi clinique différencié** : Consultations de la tuberculose synchronisées avec le suivi des maladies chroniques ; iii) **Renforcement de la pharmacovigilance** : Surveillance des interactions médicaments antituberculeux / antidiabétiques / anticancéreux/antihypertenseurs.

Organisation de services intégrés et adaptés aux personnes âgées : i) Création de « parcours de soins intégrés TB–maladies chroniques » dans les structures de santé ; ii) **Journées de consultations dédiées aux 50 ans et plus** (TB + HTA + diabète) ; iii) **Décentralisation du suivi** vers les soins de santé primaires et communautaires.

Approche communautaire et prévention ciblée : i) Sensibilisation communautaire ciblée : lien entre diabète, HTA, cancers et risque accru de TB ; ii) Dépistage mobile intégré TB– MNT lors des activités communautaires ; Implication des ASC et relais communautaires : suivi de l'observance du traitement antituberculeux, surveillance des signes d'alerte chez les personnes âgées. Les associations de malades seront particulièrement mises à contribution.

4.4 Orientations stratégiques spécifiques aux populations et aux maladies



4.4.1 Prévention, Dépistage et Prise en charge des populations clés

4.4.1.1 Services différenciés de prévention, de dépistage et de prise en charge chez les populations clés et vulnérables

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

Concernant le VIH

En fin 2024, 92% des nouvelles infections, dans la tranche d'âge>15 ans, sont survenues chez les populations clés. Cependant leur accès aux soins du VIH est limité par peur de la stigmatisation et de la discrimination dans un contexte socio-culturel qui ne leur est pas toujours favorable. L'IBBS 2022 -2024 montre que 13% de HSH et 29% de PS ont été victime de discrimination. Il est alors nécessaire de concentrer les efforts dans la prévention des nouvelles infections et dans l'amélioration de la cascade de soins, particulièrement chez les populations les plus marginalisées, reconnues moteurs de l'épidémie au Sénégal.

Ainsi, des stratégies de dépistage différenciées sont développées dans le pays avec notamment l'auto dépistage du VIH pour ces populations peu accessibles par l'offre de soins classique.

Des campagnes EPOA ont permis de toucher et d'orienter des populations clés à travers leurs réseaux de pairs.

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

Parallèlement à ces efforts qui doivent être soutenus pour atteindre le stade ultime des objectifs du 1er 95, le Sénégal a opté pour la mise en **œuvre du statut neutre** des services de dépistage pour garantir l'accès à un paquet de service différencié adéquat quel que soit son statut.

Ainsi, le programme mettra en place tous les mécanismes pour que les séronégatifs bénéficient d'une prévention appropriée et aient des chances de le rester toute leur vie durant ; et que les séropositifs aient accès à des soins différenciés dans des délais préconisés.

La prévention combinée est proposée aux populations clés en communauté et dans les structures de prise en charge. L'accès à l'éventail complet de choix de prévention doit être poursuivi. Ainsi, l'accès aux préservatifs, aux lubrifiants, aux **ARV à visée préventive (PPE et PrEP)** doit être consolidé.

L'offre de PrEP a démarré depuis 2020 au Sénégal, elle a d'abord démarré en communauté, puis au niveau des sites de prise en charge des populations clés. Le nombre total de sites publics proposant la PrEP était de 31 en 2024. Quant aux sites communautaires, ils sont au nombre de 11. Toutefois l'analyse des rapports de supervision a révélé que l'appropriation par les prestataires doit être améliorée ainsi que les activités de promotion et de création de la demande.

Les outils de communication et d'aide à la prestation (algorithmes, SOP etc.) font défaut. Une forte déperdition est également notée dans la PrEP continue d'où l'intérêt de mettre en place des modèles différenciés de PrEP adaptés pour améliorer l'observance. Les rapports du programme sida et celles des organisations communautaires montrent que la société civile et les acteurs communautaires en partenariat avec les structures publiques, ont mené des interventions destinées à réduire les nouvelles infections chez les populations clés.

Mettant en œuvre l'approche population et localisation, les acteurs communautaires, avec l'appui de ENDA Santé et RNP+, ont mené des activités d'identification des points chauds y compris virtuels pour définir les zones d'intervention prioritaires et les catégories de populations clés à cibler dans ces points chauds (Hotspots). Ces interventions soutenues par le Fonds mondial et le PEPFAR, par l'intermédiaire de plusieurs organisations de la société civile comme l'ANCS, IntraHealth puis FHI360, sont mises en œuvre par les OCB et les réseaux de PVVIH et des populations clés.

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

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

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

Malgré les efforts fournis par les organisations de la société civile, la couverture pour les programmes de prévention reste faible au regard de l'estimation de la taille des populations clés.

Quant à l'hépatites C l'utilisation par injection de la drogue constitue un facteur de risque majeur pour les populations clés particulièrement chez les CDI. Ainsi, la prise en compte de l'inégalité dans l'accès à la prévention et au traitement des hépatites virales exige que les populations à risque soient prises en considération.

Au bilan, la cascade des 95-95-95 chez les HSH et les PS est préoccupante comme le montre la figure ci-après.

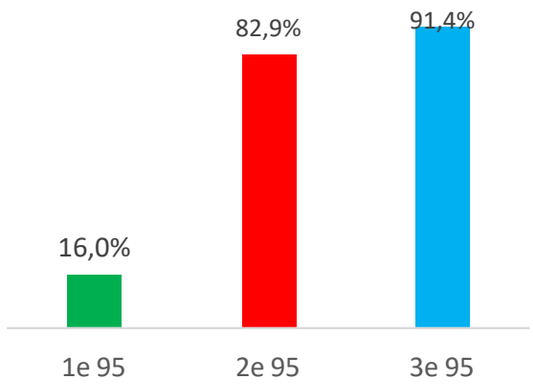


***Figure 39.** : Situation des 95-95-95 chez les PS en 2024*

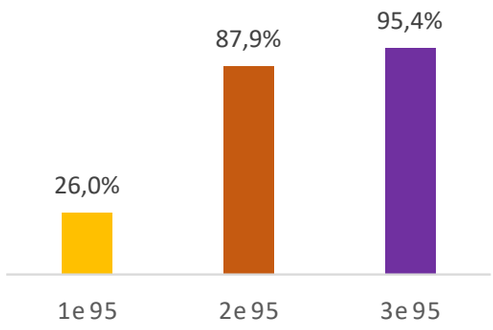


***Figure 40.** : Situation des 95-95-95 chez les HSH en 2024*

Synthèse de l'analyse pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les PS, HSH, TG

Forces

Disponibilité des données sur la taille des populations et de la cartographie des points chauds (Hotspots)

Existence de réseaux communautaires des populations clés et de pairs éducateurs fonctionnels

Expériences de dépistage communautaire et autotests

Bonne collaboration des OSC avec les structures gouvernementales

Faiblesses

Couverture géographique limitée des services différenciés
Insuffisance de ressources humaines communautaires formées et équipées

Insuffisance d'intégration des services communautaires VIH-TB-hépatites-IST

Faible dépistage des populations clés (16% pour les PS ; 26% pour les HSH)

Proportion importante des nouvelles infections à VIH chez les populations clés (92 des nouvelles infections chez les HSH, les PS et leurs clients)

Prestataires peu formés sur la prise en charge des PS et HSH
Faible accessibilité des préservatifs et des lubrifiants

Opportunités

Existence d'un paquet de services communautaires intégrés

Digitalisation de l'accompagnement communautaire
Potentialité des organisations de la société civile pour une prise en charge globale des populations clés

Fort engagement des organisations de la société civile pour la prise en charge des populations clés

Menaces

Stigmatisation et discrimination persistantes aussi bien dans la communauté qu'en milieu de soins
Instabilité des financements communautaires
Faible durabilité institutionnelle des organisations communautaires, du fait d'un financement majoritairement assuré par les partenaires extérieurs (environ 95 %)

Fragilité de la pérennisation des agents de santé communautaires, liée à un financement essentiellement assuré par les partenaires extérieurs

Absence de contrats sociaux pour les organisations communautaires

Prestataires peu formés sur la prise en charge des PS et HSH

Mobilité des populations clés
Environnement peu favorable aux interventions en direction des populations clés

Circulation de la désinformation constituant une menace pour l'acceptabilité des services et l'adhésion aux parcours de soins

Risques sécuritaires et de sûreté affectant les organisations communautaires intervenant auprès des HSH, des PS et des CDI, susceptibles de compromettre la continuité et l'efficacité des interventions



Interventions prioritaires pour les populations clés



Actualiser de façon périodique les éléments contextuels et les points « chauds » de fréquentation des populations clés (gestion des incidents, éléments nouveaux du contexte, cartographie).

Renforcement des capacités des acteurs communautaires pour développer leur compétence dans la méthodologie d'actualisation des points chauds ; ce qui développe davantage leur autonomie et pose les bases de la durabilité de cette action.

Assurer la continuité des services de prévention, des programmes alternatifs de prévention virtuelle pour le soutien, le conseil et la diffusion de l'information. Appuyer la mise en place des plateformes virtuelles identifiées lors des cartographies sur les modalités de mise en œuvre.

Renforcer les compétences des travailleurs de proximité à utiliser les nouvelles approches intégrées de dépistage, de prévention et de prise en charge.

Renforcer les programmes de distribution des préservatifs et des lubrifiants
Renforcer les programmes de prophylaxie pré-exposition (PrEP).

Développer des approches différenciées en tenant compte des besoins spécifiques des adolescent.e.s et jeunes PS et HSH.

Renforcer la sécurité et la sureté des organisations communautaires y compris les populations clés

Services de santé sexuelle et reproductive, y compris en matière d'IST, d'hépatite et de prise en charge à la suite de violences.

Développer des programmes de prévention de l'hépatite virale pour les populations à risque élevé, le personnel de santé, les personnes qui se droguent (CDI), les HSH et des PS.

4.4.1.2 Réduction des Risques et prise en charge des CDI

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

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

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

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

Cette stratégie RdR est couplée à une offre d'interventions complémentaires qui comporte: (i) la prise en charge de la dépendance aux autres types d'addiction ; (ii) la prise en charge des autres troubles psychiatriques ; (iii) la prévention et la prise en charge des overdoses ; (iv) le soutien psychosocial, familial et économique aux consommateurs de drogues et (v) l'appui à la couverture médicale des consommateurs de drogues.

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

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

Synthèse de l'analyse pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les CDI

Forces

Reconnaissance institutionnelle de la stratégie RDR

Existence d'acteurs communautaires spécialisés

Décentralisation des approches de réduction des risques (RdR)

Présence d'ONG spécialisées et expérimentées pour la prise en charge des CDI

Bonne acceptabilité des services communautaires

Existence de réseaux de pairs éducateurs

Expérience dans les stratégies avancées et mobiles



Faiblesses

Couverture géographique très limitée des services RdR et TSO

Accès limité aux seringues stériles et au dépistage intégré

Insuffisance de financement durable

Faible intégration avec le système de santé formel

Stigmatisation persistante dans les structures sanitaires

Faible prise en compte des besoins sociaux et psychologiques

Insuffisance du dépistage de la Tuberculose et des hépatites virales chez les CDI

Faible disponibilité de la naloxone



Opportunités

Extension des services RDR intégrés VIH-hépatites-IST

Début d'intégration renforcée VIH-hépatites-TB-IST

Digitalisation du suivi communautaire

Appui des partenaires techniques



Menaces

Criminalisation et marginalisation des CDI

Faible fonctionnalité des bâtiments du CEPIAD

Forte stigmatisation sociale



Interventions prioritaires pour les CDI

Les interventions prioritaires permettront d'assurer la santé, le bien-être et la sécurité des CDI, tout en respectant leurs droits à tout moment. La stratégie intégrée est en faveur d'une approche fondée sur la santé publique et les droits de l'homme.

Afin de garantir une bonne performance et la qualité des services de PEC des CDI, la **réhabilitation du Bâtiment du CEPIAD**, **son renforcement en ressources humaines ainsi que l'accompagnement technique et logistique des sites décentralisés constituent une priorité à haute portée Mettre pleinement en œuvre des services complets de réduction des risques** et de lutte contre le VIH y compris des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, des thérapies de substitution aux opiacés, de la naloxone. Les services doivent être volontairement et confidentiellement accessible à tous les consommateurs de drogues.

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

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

Former toutes les personnes susceptibles d'être témoins d'une overdose, comme les professionnels de la santé, les premiers intervenants, le personnel pénitentiaire, les responsables de l'application de la loi, les membres de la famille et les pairs, à l'utilisation et avec accès à la naloxone afin de permettre une intervention rapide et efficace.

Veiller à ce que tous les CDI aient accès à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH, de la tuberculose, de l'hépatite virale et des infections sexuellement (IST).

Faciliter l'accès des CDI aux services VIH, de santé sexuelle et reproductive et à d'autres services de santé par le biais d'une approche intégrée, centrée sur l'être humain, tenant compte des spécificités de chaque sexe et adaptée aux jeunes.

Protéger et promouvoir les droits de l'homme des personnes qui consomment des drogues en les traitant avec dignité, en leur offrant l'égalité d'accès aux services de santé et aux services sociaux, et en décriminalisant la toxicomanie.

Mener une plaidoyer pour adapter et réformer les lois pour garantir que les personnes qui consomment des drogues aient accès à la justice (y compris aux services juridiques) et ne soient pas soumises à des mesures punitives ou coercitives n'encourent pas de sanctions punitives ou coercitives pour leur usage personnel, et que les mesures policières encouragent les personnes à accéder volontairement à des services de réduction des risques et de santé.

Prendre des mesures pour éliminer la stigmatisation et la discrimination subies par les CDI, y compris lorsqu'ils cherchent l'accès aux services de santé, aux services juridiques, à l'éducation, à l'emploi et à la protection sociale

Inclure, soutenir, financer et responsabiliser les communautés et les organisations de la société civile, y compris les organisations et les réseaux de consommateurs de drogues ainsi que dans la conception et la mise en œuvre des programmes de santé et de protection sociale.

Garantir un environnement juridique favorable aux organisations de la société civile et pour les CDI, afin qu'ils puissent agir sans crainte d'intimidation, de menace, de harcèlement ou de représailles.

Garantir l'utilisation de modalités de contrats sociaux pour engager des OSC alliées dans la fourniture de services de réduction des risques à l›échelle de la communauté.



4.4.1.3 Groupes clés et vulnérables de la Tuberculose

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

L'OMS caractérise les populations clés à risque élevé de tuberculose (TB) comme des groupes où la charge est significativement plus élevée que la moyenne, avec une incidence pouvant être 10 à 15 fois supérieure pour certains, notamment en raison de l'immunodépression (VIH) et des facteurs socio-économiques (pauvreté, promiscuité). Ce qui fait d'elles des cibles prioritaires pour le dépistage et le traitement préventif. De plus, il s'agit souvent de groupes ayant un accès limité aux services de santé, augmentant le risque de sous-détection.

L'enquête pour l'identification et l'estimation de la taille des populations clés (ou groupes vulnérables), menée en 2020 a permis d'identifier 18 populations clés prioritaires pour la tuberculose. Il s'agit notamment des populations pauvres urbaines, des sujets contacts, des détenu.e.s, des enfants, des PVVIH, des utilisateurs de drogue injectable, des femmes, des migrants, des professionnels du sexe, des LGBT, des HSH, des personnes âgées, des étudiants, des pêcheurs, des diabétiques, des orpailleurs, des tabagiques et enfin des personnels de santé. Des activités spécifiques (dépistage systématique, sensibilisation, TPT) ont été menées dans les groupes traditionnellement suivis par le programme (les enfants contacts, les PVVIH, les détenu.e.s, les enfants, les diabétiques, les orpailleurs, les tabagiques et enfin les personnels de santé).

Des stratégies de dépistage actif avec l'UMRN ciblant les populations clés TB sont en train d'être développées par le PNT en collaboration avec les directions régionales de la santé. Par manque de ressources humaines qualifiées, l'UMRN est dirigée par un médecin pneumologue assisté par deux agents administratifs. Ce déficit impose le recours à des techniciens de radiologie des structures externes pour appuyer les campagnes. Le PNT dispose en 2025 d'un seul appareil de radiographie fonctionnelle qui n'est pas dotée d'intelligence artificielle. Les campagnes de dépistage systématique avec ou sans la radiographie numérique sont utilisées avec un ciblage des populations clés TB. Des stratégies de communication développées pour les populations clés de la tuberculose ne ciblent pour le moment que les PVVIH et les enfants.

Des activités spécifiques sont mises en place dans les groupes vulnérables avec comme but essentiel l'augmentation de leur accès aux soins, leur notification et la mise en place de stratégies adaptés pour leur prise en charge. Des initiatives ont été prises par le PNT et ses partenaires à l'endroit des populations clés TB comme l'appui au transport des femmes et enfants présumées TB orientées par les OCB vers les structures de santé, l'appui nutritionnel octroyé à une centaine de patients TB pharmacosensibles les plus vulnérables.

La collecte et l'analyse de données désagrégées par population clé ainsi que la revue systématique des décès par tuberculose dans les populations clés ne sont pas effectives dans le système de gestion de l'information du PNT.

Synthèse de l'analyse pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les groupes clés et vulnérables de la tuberculose

Forces

Identification et priorisation de 18 groupes clés TB

Existence des UMRN
Existence de stratégies de dépistage actif et ciblé pour les populations vulnérables et clés de la TB

Disponibilité de directives nationales
Offre de paquet de soutien (appui au transport et paquet alimentaire) aux populations clés de la TB les plus vulnérables

Réalisation de campagnes de dépistage actif intégré ciblant les populations clés du VIH

Traitement préventif de certaines populations clés telles que les PVVIH et les enfants contacts de malades tuberculeux



Faiblesses

Capacités limitées en dépistage actif communautaire
Insuffisance d'équipements de radiographie avec IA

Dépistage insuffisant dans certains groupes clés

Retard de diagnostic fréquent chez les populations vulnérables

Insuffisance d'équipements d'imagerie mobile et de technologies IA pour le dépistage TB

Absence de personnel de radiologie qualifié au sein de l'unité de radiographie du PNT

Faible prise en compte des déterminants sociaux de la TB
Suivi difficile des populations mobiles comme les pêcheurs, les migrants, les orpailleurs, etc.

Intégration limitée de la TB pédiatrique dans les stratégies ciblées

Faible couverture de la prévention TB (TPT)



Opportunités

Extension du dépistage actif avec IA

Appui nutritionnel et social avec l'existence des filets sociaux

Mobilisation politique et technique internationale accrue autour de la TB

Nouvelles recommandations OMS sur la TB

Mobilisation du personnel radiologique des structures sanitaires décentralisées

Synergies possibles avec les programmes VIH, MNT et nutrition

Digitalisation du suivi des patients TB
Intégration de l'approche multisectorielle avec une prise en compte des déterminants sociaux



Menaces

Précarité sociale favorisant la transmission de la tuberculose

Mobilité des bénéficiaires, constituant un facteur majeur de pertes de suivi et de rupture de la continuité des soins

Persistance de la pauvreté et de la malnutrition (facteurs structurels favorisant la transmission et la gravité de la TB)

Impact des crises économiques et inflation (augmente la vulnérabilité des ménages)



Interventions prioritaires pour les populations vulnérables et clés de la TB

Les activités de dépistage actif au niveau communautaire (par la radiographie ou par un screening clinique par les relais communautaires) seront intensifiées, avec un meilleur ciblage en collaboration avec les équipes des districts sanitaires. Les mesures de soutien seront renforcées avec la gratuité des soins (traitements et bilans de suivi), l'appui à l'inscription aux mutuelles de santé en collaboration avec les équipes des districts sanitaires. La communication sera mieux adaptée aux différentes populations clés. Le plaidoyer sera fait pour une meilleure prise en compte des besoins des populations clés par les différents secteurs de développement concernés à travers les conventions signées.

Le dépistage actif de la TB par l'unité mobile de radiographie numérique (UMRN) du PNT sera intensifié et couplé à la sensibilisation par des pairs formés pour une mobilisation lors des campagnes.

Des appareils de radiographie numérique avec intelligence artificielle seront acquis pour augmenter la sensibilité de détection de la tuberculose dans ces groupes particulièrement vulnérables. Ces acquisitions permettront de doter les DRS à forte charge d'appareils pour une décentralisation et une plus grande fréquence et régularité des activités de dépistage actif dans la communauté. Elles seront étendues pour toucher toutes les populations clés de la TB selon la cartographie dans les districts sanitaires.

La coordination, le suivi et l'évaluation seront améliorés pour une meilleure planification des campagnes de dépistage actif ciblant les populations clés par la radiographie ou par les acteurs communautaires et une optimisation des résultats des interventions mises en œuvre à l'intention des populations clés, en collaboration avec les secteurs concernés. L'utilisation d'outils numériques pour le suivi des campagnes notamment la gestion des données permettra une meilleure capitalisation des résultats des campagnes. Les mesures de prévention et de contrôle de l'infection seront renforcées notamment dans les structures collectives comme les établissements pénitentiaires et les universités. Les activités de communications mettront l'accent sur les mesures de prévention de l'infection tuberculeuse au niveau des ménages. Le secteur privé sanitaire sera mobilisé dans la prise en charge de groupes spécifiques tels que les enfants et les femmes.

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

Des approches communautaires et droits humains ciblant les populations clés de la tuberculose seront mieux développées grâce à l'implication des OSC, des pairs éducateurs et leaders communautaires dans le dépistage, l'orientation et le suivi ainsi que la suppression des barrières légales, sociales et économiques entravant l'accès aux soins et une lutte active contre la stigmatisation et la discrimination liées à la TB.

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

Situation de la tuberculose et du VIH dans les établissements pénitentiaires

Les données les plus récentes (ENSC, 2019) montre que la prévalence de l'infection par le VIH chez les détenu.es est de 2,1 % soit 7 fois plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale. Elle est plus élevée chez les femmes prisonnières avec 5,4 % que chez les hommes prisonniers (1,5 %).

En effet, la vulnérabilité de la population carcérale face au VIH et à la TB est liée à plusieurs facteurs dont les conditions de vie, d'hygiène et alimentaires souvent précaires, les origines géographiques diverses avec plusieurs nationalités représentées, leur vulnérabilité souvent antérieure à leur incarcération du fait de la consommation de drogues, d'alcool et/ou la prostitution, le renouvellement de l'effectif carcéral avec des mandats de dépôt enregistrés quotidiennement. Ainsi, les détenu.e.s constituent un groupe de population à haut risque du VIH et de la Tuberculose. Selon les données fournies par la Direction de l'Administration pénitentiaire, le Sénégal compte 37 établissements pénitentiaires répartis dans les 14 régions. La population carcérale totale est estimée à 15267 détenu.e.s (en Août 2024) alors que la capacité d'accueil est de 4924 places. Cette situation témoigne de la surpopulation carcérale qui induit des facteurs de risque du fait de la promiscuité, du confinement, des violences sexuelles en milieu carcéral, du faible accès aux services de prévention. En 2025, la Maison d'Arrêt de Rebeuss (MAR) a enregistré 63 cas de TB en seulement 5 mois, contre 30 pour toute l'année 2024. Des cas d'hépatite B ont également été détectés à Rebeuss et à la maison d'arrêt pour femmes de Liberté 6.

Ainsi, la tuberculose constitue un grave problème sanitaire dans les établissements pénitentiaires. Les prisons jouent le rôle de réservoir pour la tuberculose, en propageant la maladie dans la population civile, à travers le personnel, les visiteurs et la communauté avec les anciens détenu.e.s qui n'ont pas été convenablement traités. L'enquête nationale de prévalence de la tuberculose en milieu carcéral réalisée en 2014 avait montré une prévalence 4 à 5 fois plus élevée que dans la population générale. La Tuberculose constituerait la 3ème cause de décès due à une maladie infectieuse dans les établissements pénitentiaires au Sénégal (**Étude** Seck: analyse des décès survenus en détention au niveau des prisons du Sénégal de 2017 à 2019). Les conditions carcérales peuvent favoriser la propagation de la maladie à travers le surpeuplement, la promiscuité, le confinement, le manque d'aération, la vétusté des locaux, les transferts répétés entre établissements et le faible statut socio-économique de certains pensionnaires. Dans chaque établissement pénitentiaire, l'on compte un infirmier et un assistant social.

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

Parmi les principaux défis relevés dans la prise en charge de la tuberculose au Sénégal, on peut citer le diagnostic tardif et un traitement mal conduit surtout en cas d'élargissement du malade de la prison, l'émergence de souches résistantes, la problématique de l'isolement des malades contagieux et de la gestion des personnes contacts de malades bacillifères.

Le système de santé carcéral au Sénégal est insuffisamment structuré pour répondre aux besoins sanitaires des détenu.e.s. Avec seulement deux médecins pour 37 établissements pénitentiaires, et des infirmiers en nombre limité, les soins demeurent inadaptés, en particulier pour les cas complexes (maladies infectieuses, santé mentale, santé sexuelle et reproductive, maladies chroniques).

En complément, un service socio-éducatif est également implanté dans chaque établissement et appuie la sensibilisation, en lien avec les soins. Seule la MAC du Pavillon Spécial dispose d'une cellule d'isolement pour les malades tuberculeux. L'insuffisance du lien entre les prisons et le système de santé national limite la continuité des soins, notamment après la libération occasionnant des interruptions de traitement.

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

Ainsi, dans le cadre de la mise en œuvre de cette approche pluridisciplinaire et multisectorielle au courant de ces cinq dernières années, les détenu.e.s, le personnel médical des maisons d'arrêt et de correction (MAC), de même que les acteurs de l'administration pénitentiaire ont bénéficié de plusieurs actions réalisées en collaboration avec le Ministère de la justice.

Le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique a signé une convention avec le Ministère de la Justice dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. Ainsi, le Programme national de Lutte contre la Tuberculose (PNT), en collaboration avec la Direction de l'Administration pénitentiaire, a institué un paquet d'activités pour un dépistage précoce et une prise en charge optimale des malades. Le PNT met en œuvre des activités de lutte antituberculeuse depuis plusieurs années. Les principales activités menées ont été axées sur : i) la formation de pairs éducateurs (chefs de cellules) pour réaliser la promotion des mesures préventives; ii) l'identification et l'orientation des présumés vers l'infirmerie de l'établissement pénitentiaire pour un dépistage précoce ; iii) la formation /recyclage des infirmiers et assistants sociaux, la sensibilisation et le plaidoyer auprès des autorités pénitentiaires ; iv) l'analyse et le partage des résultats lors des revues annuelles avec les Directeurs des établissements pénitentiaires ; v) l'organisation de campagnes de dépistage actif de la tuberculose avec la radiographie mobile numérique ; et vi) la dotation en extracteurs d'air. Le PNT a aussi mis à disposition des établissements pénitentiaires une fiche de screening systématique de la TB et de proposition du test du VIH au nouveau pensionnaire à l'entrée.

Entre 2023 et 2024, le programme de lutte contre le sida a appuyé des activités de sensibilisation, de plaidoyer, de renforcement des capacités du personnel des MAC sur le VIH/sida ainsi que le dépistage des détenu.e.s et leur prise en charge dans les 14 régions du pays. Le plaidoyer et les activités de formation ont permis une implication des autorités. Cependant, ce plaidoyer doit être davantage accentué pour une meilleure appropriation et une forte implication des professionnels de la Justice dans la riposte au VIH notamment sur la protection des Droits Humains.

L'analyse des rapports de l'administration pénitentiaire, dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action sectoriel VIH du Secteur de la Justice montre que le nombre de détenu.e.s ayant bénéficié de paquet de service de prévention sur le VIH/sida augmente d'une année à une autre.

Les principales difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des activités du programme tournent essentiellement autour du renouvellement de l'effectif carcéral, de la faible

connaissance des enjeux et objectifs du programme par le personnel pénitentiaire de proximité et l'attribution en tache secondaire des activités pour le personnel non médical notamment les magistrats, les régisseurs, etc.

Synthèse de l'analyse pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST en milieu carcéral

Forces

Existence de directives nationales pour le dépistage TB et VIH pour le nouveau détenu à l'entrée

Existence de convention de partenariat santé–justice dans la lutte contre la tuberculose et le VIH

Existence de services de santé en milieu carcéral

Collaboration entre les secteurs de la santé et de la justice (Mécanismes de coordination existent entre le MSAS et l'Administration pénitentiaire)

Présence d'ONG intervenant en milieu carcéral Enregistrement et notification des cas de tuberculose détectés en milieu carcéral par le CDT de référence

Formation du personnel sanitaire carcéral sur la TB et le VIH

Analyse et partage des résultats sur la tuberculose au cours de revues annuelles avec les Directeurs des établissements pénitentiaires



Faiblesses

Ruptures dans la continuité des soins post-libération, exposant les anciens détenus à des risques accrus de perte de suivi thérapeutique

Faible disponibilité de personnel de santé qualifié en milieu carcéral, affectant la qualité des soins en raison de la surcharge de travail et du manque de compétences spécialisées

Dépistage non systématique et irrégulier en milieu carcéral, compromettant l'identification précoce des cas à l'entrée et au cours de la détention

Faible disponibilité des services de santé mentale et d'addictologie, affectant la qualité et la continuité de la prise en charge

Discontinuités dans les parcours de soins en contexte de transferts ou de libération, dues à des mécanismes de liaison communautaire peu structurés

Transmission irrégulière des rapports de notification par l'Administration pénitentiaire

Lacune programmatique majeure liée à l'absence d'un dispositif spécifique de prévention et de prise en charge des hépatites virales en milieu carcéral



Opportunités

Dépistage intégré systématique en milieu carcéral Absence de traitement sur site

Nouvelles recommandations de l'OMS pour la TB en milieu fermé

Développement de la digitalisation des dossiers médicaux (Amélioration du suivi et de la continuité des soins)

Existence de pairs éducateurs formés sur la TB



Menaces

Forte transmission TB/VIH en milieu fermé

Insuffisance d'infrastructures adaptées

Surpopulation carcérale structurelle (15 267 détenu·e·s pour 4 924 places), aggravant les risques sanitaires et limitant l'efficacité des interventions de prévention et de prise en charge

Risque élevé de TB multirésistante



Interventions prioritaires pour les personnes en privation de liberté

Les activités mises en œuvre seront renforcées avec une meilleure responsabilisation des pensionnaires, du personnel et des Directeurs dans un cadre élargi au VIH, aux Hépatites virales et aux IST.

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

Réviser la convention de partenariat entre le MSHP et le Ministère de la Justice / PNT/Administration pénitentiaire pour une intégration des autres maladies telles que le VIH, les IST et les Hépatites virales ;

Élaborer une politique nationale de lutte contre le VIH, la tuberculose, l'hépatite B, les IST en milieu carcéral qui permettra de définir les paquets intégrés à mettre en œuvre et les mécanismes de coordination et de suivi efficaces ;

Renforcement de capacités du personnel de l'administration pénitentiaire et des pairs éducateurs : Élaboration d'un module de formation sur la prise en charge du VIH, TB, HV, IST et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination en milieu carcéral ;

Faciliter l'accès des détenu.e.s et du personnel pénitentiaire aux services intégrés de prévention VIH, TB, Hépatites virales et IST, et à d'autres services de santé par le biais d'une approche intégrée, tenant compte de la particularité des lois et règlement en matière de détention et un renforcement du plateau technique de diagnostic et de prise en charge ;

Renforcer la communication et la sensibilisation sur la prévention du VIH, TB, Hépatites virales et IST afin de favoriser la création de la demande à travers des séances d'IEC/CCC sur les quatre maladies suivies de dépistage, des campagnes de sensibilisation sur les modes de transmission et de prévention des quatre maladies en milieu carcéral, y compris sur les thématiques liées aux risques de la consommation des drogues et sur la RdR. Le partage du bilan d'exécution des plans d'actions avec les autorités de l'administration pénitentiaire pourrait aider à renforcer leur compréhension des enjeux et défis liés aux programmes de PEC des quatre maladies en milieu carcéral et pour une meilleure appropriation ;

Faire un plaidoyer auprès des autorités compétentes pour l'introduction des stratégies de prévention combinée en milieu carcéral (auto dépistage VIH, index testing) ; les autotests seront rendus disponibles au sein de chaque infirmerie de MAC ;

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

Renforcer la stratégie de détection et de prise en charge des quatre maladies en milieu carcéral : cette stratégie reposera sur l'intensification de la proposition systématique du dépistage du VIH et de la Tuberculose, (screening clinique et/ou radiologique pour tout détenu à l'entrée). Le renforcement de capacités du personnel médical des MAC sur la PEC intégrée des quatre maladies selon l'approche de prestations de services différenciés. Cette capacitation sera complétée par des rencontres de plaidoyer avec les autorités de l'administration judiciaire, pénitentiaire pour la mise en place d'un programme de prise en charge intégré des usagers de drogue au sein des prisons (programme Méthadone, soutien psychosocial, nutritionnel, etc.



Protéger et promouvoir les droits des détenu.e.s à travers la sensibilisation, la responsabilisation des acteurs de l'administration pénitentiaire ainsi que les acteurs judiciaires et les législateurs pour une protection des droits des détenu.e.s avec l'implication de l'Observatoire National des Lieux de Privation de Liberté dans la défense des droits des détenu.e.s vivant avec le VIH/TB et les hépatites virales. Le renforcement de capacités de tous les acteurs qui interviennent autour du détenu.e.s (personnel médical et administratif des établissements pénitentiaires, les acteurs judiciaires, pairs éducateurs parmi les détenu.e.s etc.) en matière de Droits Humains et VIH, les IST, la santé de la reproduction, la Tuberculose , les hépatites virales ainsi que les nouvelles directives portant sur les violences basées sur le genre, la réduction de la stigmatisation et la discrimination en milieu carcéral ;

Mettre en place un **système intégré, sécurisé et interopérable de gestion de l'information sanitaire** en milieu carcéral, couvrant le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST, afin d'améliorer le dépistage, la continuité des soins, le suivi des patients et le pilotage de la riposte en détention : dossier médical unique du détenu incluant, outils harmonisés (papier et/ou numérique) avec accès restreint aux données confidentielles, surveillance épidémiologique intégrée, etc.



4.4.1.5 Personnes en situation de handicap

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

Les personnes en situation de handicap des cibles prioritaires des politiques et programmes de lutte contre les maladies depuis peu d'années. Malgré une attention internationale croissante pour les droits de ces personnes, les programmes prenant en compte les problématiques du handicap restent encore insuffisants. Les discussions sur l'intersectionnalité des questions liées au VIH/sida, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST et à l'invalidité s'inspirent de l'expérience des personnes en situation de handicap et des personnes vivant avec le VIH/sida.

La dernière enquête de prévalence chez les personnes en situation de handicap établit qu'elles sont 5 fois plus à risque d'infection par le VIH que la population générale dans la même localité au Sénégal (1,9%).

Les personnes en situation de handicap présentent de multiples facteurs de vulnérabilité face à l'infection par les quatre maladies. Ces risques découlent notamment de la pauvreté, d'un accès insuffisant à l'éducation et aux services de santé, d'un déficit d'information et de moyens pour négocier des rapports protégés, ainsi que d'une protection juridique souvent limitée. Il s'y ajoute une exposition accrue aux violences, y compris sexuelles, la consommation d'alcool ou de drogues, et la stigmatisation particulièrement forte envers celles et ceux qui vivent de la mendicité.

La stigmatisation dont elles font l'objet, réduit souvent leurs chances de vivre une relation stable ou de se marier et les expose plus aux risques liés à la multiplicité des partenaires et à une information insuffisante sur les moyens de prévention de la transmission des quatre maladies. Les femmes, les hommes et les enfants en situation de handicap ont trois fois plus de risque d'être victimes de violences sexuelles et de viol. Ils ont peu accès à l'information et aux services spécifiques dédiés au VIH/sida. Seulement 1 à 2% des enfants avec un handicap sont scolarisés. Ainsi, la majorité n'a pas accès à des programmes éducatifs scolaires sur la santé. Les faibles taux d'alphabétisation parmi les adultes vivant avec un handicap et l'accès difficile aux messages diffusés par les médias de masse pour ceux ayant une déficience auditive ou visuelle représentent également de véritables défis à leur information. L'accès au dépistage, au diagnostic et à la prise en charge médicale et psychosociale est limité du fait d'obstacles sociaux et économiques, de problèmes d'accessibilité physique, de préjugés contre ces personnes et d'idées fausses les considérant sexuellement inactifs.

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

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

Synthèse de l'analyse pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge du VIH, de la TB, des hépatites virales et des IST chez les personnes en situation d'handicap

Forces

Reconnaissance des droits des personnes handicapées dans le PSNI

Engagement des OSC spécialisées



Faiblesses

Faible accessibilité physique et informationnelle aux services
Accès limité à une information inclusive et adaptée, affectant particulièrement les personnes présentant des déficiences auditives ou visuelles

Capacités limitées des personnes en situation de handicap à négocier des rapports sexuels protégés, en raison de barrières sociales, économiques et informationnelles

Accès insuffisant aux services de santé
Faible capacité des fournisseurs de soins de santé et les professionnels de la réadaptation pour la prise en charge des effets invalidants du VIH/sida ou de les atténuer



Opportunités

Alignement avec l'Agenda Sénégal 2050
Adaptation des outils IEC et services

Inclusion dans la planification nationale
Cadre juridique national et international favorable

Mobilisation croissante autour de l'inclusion sociale
Synergies avec les programmes de protection sociale
Cadre institutionnel d'appui social (carte d'égalité des chances)



Menaces

Stigmatisation et discrimination persistante
Accès insuffisant à l'éducation (Seulement 1 à 2% des enfants avec un handicap sont scolarisés)

Pauvreté persistante chez les populations en situation d'handicap

Exposition accrue aux violences, y compris sexuelles
Dépendance accrue à l'entourage pour accéder aux soins

Persistance des normes sociales discriminatoires
Risque d'exclusion numérique (Digitalisation non inclusive)

Manque de protection juridique les rendant également particulièrement vulnérables aux infections et aux abus



Interventions prioritaires pour les personnes en situation d'handicap

Dans la perspective de son action d'inclusion des personnes en situation de handicap, les programmes sida et tuberculose ont entrepris une étude pour mettre à jour les données de vulnérabilité au VIH/sida et à la tuberculose, en vue d'apporter des éléments quantitatifs et qualitatifs permettant d'adapter les réponses à leurs besoins spécifiques.

Les personnes en situation de handicap participeront aux décisions les concernant et seront pleinement associées à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques et programmes en matière de VIH, voire de tuberculose et d'hépatites virales pour garantir la prise en compte de leurs besoins.

Dans ce cadre, le PSNI ambitionne de :

- **Développer des programmes pour lever les obstacles en matière d'information et de communication** pour améliorer non seulement l'accès aux programmes de lutte contre le VIH, la Tuberculose, les Hépatites Virales et les IST. L'accès aux services sont essentiels pour que les personnes en situation de handicap puissent jouir du meilleur état de santé physique ou mentale;

- **Soutenir des programmes de prévention du VIH adaptés à l'âge, au sexe, à la culture et à la langue et fournir des informations** sur le VIH, la Tuberculose, les hépatites virales et les IST dans des formats appropriés aux personnes atteintes de diverses incapacités ;

- **Créer les programmes et mécanismes susceptibles de prévenir les agressions et violences sexuelles sur des personnes en situation de handicap**, en mettant l'accent sur les milieux qui exposent les personnes atteintes d'incapacités au risque le plus élevé, à savoir les institutions spécialisées, les écoles ou les hôpitaux ;

- **Fournir des services complets de dépistage, de traitement, de prise en charge et de soutien** en matière de VIH, comprennent des interventions précoces et l'orientation vers des services de réadaptation et de soutien pour les personnes connaissant des limitations ou des restrictions à leur participation en raison de leur infection à VIH ;

- **Fournir aux personnes en situation de handicap des services de santé sexuelle à un coût abordable** couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts au reste de la population en : (i) adaptant les services généraux aux besoins des personnes en situation de handicap, ou s'il y a lieu en mettant en place des services particuliers ; (ii) fournissant un appui et des aménagements raisonnables ; (iii) tenant compte de toutes les personnes atteintes d'incapacités, quelles qu'elles soient, et éliminant les obstacles qui entravent leur accès aux services ; (iv) soutenant l'autonomisation et le développement des capacités des personnes en situation de handicap ;

- **Impliquer les personnes en situation de handicap dans la planification**, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH ;

- **Proposer une formation concernant les droits des personnes en situation de handicap,** aux professionnels qui travaillent dans le domaine du VIH ; cette formation sera dispensée par des personnes en situation de handicap, y compris celles séropositives au VIH ;

- **Intégrer l'éducation sur le VIH, la Tuberculose, les hépatites virales et les IST** dans la formation des professionnels de la réadaptation ;

- **Appuyer les personnes en situation de handicap** pour se former et pratiquer le conseil et les soins en matière de VIH , de Tuberculose, d'hépatites virales et d'IST ;

- **Fournir une formation et un soutien adéquats aux personnel assistants** ou aux personnes qui aident les personnes en situation de handicap dans des ménages touchés par le VIH.

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

  - Accroître les réseaux et l'échange d'informations entre les services VIH, TB, Hépatites virales, IST et les services d'aide aux personnes en situation de handicap ;
  - Garantir que les services à l'intention des personnes en situation de handicap, dont le soutien leur permet de vivre de manière indépendante, soient accessibles aux personnes vivant avec le VIH ;
  - Défendre le droit des personnes en situation de handicap à jouir pleinement de leurs droits sexuels et reproductifs, à l'abri de violences physiques et sexuelles ;
  - Plaider pour l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes VIH, TB, Hépatites virales et IST ;
  - Faire en sorte que les campagnes visant à combattre l'ostracisme et la discrimination des personnes vivant avec le VIH soient accessibles aux personnes en situation de handicap ;
  - Développer, valider et soutenir l'utilisation d'indicateurs spécifiques aux incapacités et d'indicateurs ventilés dans le système national de suivi et d'évaluation des activités.



4.4.1.6 Interventions prioritaires transversales en direction des populations clés et vulnérables

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

Identification des personnes exposées et des intervenants : il s'agira d'avoir une estimation de la taille et une cartographie nationale des populations identifiées comme vulnérables aux quatre maladies ainsi que celle des différents intervenants. Au niveau des régions, cette cartographie sera mise à jour annuellement par les acteurs de la société civile.

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

Stratégie de prévention des quatre maladies en milieu communautaire : la stratégie de prévention pour les groupes vulnérables consistera à la mise en place de mesures barrières telles que les préservatifs pour le VIH, les IST et les hépatites virales. Pour les patients exposés au VIH, la PrEP y compris la PrEP injectable sera proposée dans les cliniques communautaires pour les groupes vulnérables au VIH. La communication sera renforcée, avec la vulgarisation du « U=U » et la sensibilisation sur les réseaux sociaux.

Stratégie de détection des quatre maladies en milieu communautaire : la stratégie de détection pour le VIH, les hépatites virales et les IST dans les groupes vulnérables repose essentiellement sur le dépistage communautaire et la mise en place des autotests pour le VIH. Le dépistage par les pairs sera également renforcé. Des unités mobiles intégrées pour le dépistage des quatre maladies seront créées pour des campagnes de dépistage actif avec la radiographie mobile dotée d'intelligence artificielle pour ce qui concerne la tuberculose. Ces campagnes cibleront les populations clés et vulnérables mais pourront être élargies à la population générale pour éviter la stigmatisation.

Identification et orientation par les pairs : un accompagnement sera offert pour l'organisation et le renforcement des pairs qui auront la charge de l'accompagnement communautaire. Ils seront impliqués dans la sensibilisation, l'investigation des contacts, des partenaires, mais également de la fratrie et la référence vers les structures de prise en charge. Le tableau ci-après présente les services essentiels.

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

Populations prioritaires	TB	VIH/IST	HBV	Interventions spécifiques
Détenu.e.s	XX	XX	X	Screening TB et proposition du test VIH à l'entrée Dotation d'UMRN avec IA des prisons surpeuplées Offre de dépistage intégré VIH, HV Campagnes de screening intégrés avec la radiographie numérique Traitement intégré au lieu de détention Mesures de contrôle de l'infection TB par l'UMRN avec IA Prévention VIH et IST Plaidoyer pour les droits humains et la PEC des VBG chez les femmes
Étudiants	XX	XX	X	Prévention primaire Dépistage intégré TB, VIH, HV et IST Campagnes de dépistages actif TB avec les radios mobiles Prise en charge dans les centres médico-universitaires
CDI	XX	XX	XX	Programme d'échanges de seringues dans le cadre de la réduction des risques Offre de dépistage intégré Traitement substitutif aux opiacés (méthadone) Prévention et prise en charge des overdoses Accompagnement psychologique et sociale Réinsertion socio-professionnel
PS	X	XX	XX	Offre de dépistage intégré Prévention combinée avec les interventions essentielles LILO et PreP Disponibiliser les prélèvements vaginaux dans les sites de référence Prévention du cancer du col de l'utérus chez la femme Prévention et prise en charge des VBG
HSH	X	XX	XX	Offre de dépistage intégré Prévention combinée avec les interventions essentielles LILO et PreP Disponibiliser les prélèvements génitaux dans les sites de référence Prévention des IST et prise en charge proctologique Prévention et prise en charge des VBG

Populations prioritaires	TB	VIH/IST	HBV	Interventions spécifiques
Populations en situation de Handicap	XX	XX	XX	Organisation de campagnes de dépistage actif de la tuberculose Prévention primaire Dépistage intégré Campagnes de dépistages actif TB avec les radios mobiles Services adaptés de prise en charge
Contacts TB	XX			Campagnes de dépistages actif TB avec les radios mobiles VAD- VAT TPT
Pauvres urbains	X			Organisation de campagnes de dépistage actif de la tuberculose
Malnutris	XX			Dépistage systématique de la TB et du VIH dans les UREN et CREN Appui nutritionnel (paquet alimentaire, éducation nutritionnelle) Organisation de dépistage actif de la TB lors des activités de dépistage de masse de la malnutrition organisées par les DRS et la CNDN
Miniers	XX	XX	XX	Offre de dépistage intégré Campagnes de dépistages actif de la TB avec l'UMRN avec IA
PVVIH	XX		XX	Offre de dépistage intégrés/index Services essentiels : accompagnement psychosociale, observance/ éducation thérapeutique, appui nutritionnel Screening systématique TB et TPT
Personnel de santé	XX	XX	XX	Offre de dépistage intégré , AES Vaccination contre les Hépatites virales Screening TB et TPT Sécurité des injections et de l'élimination des déchets biomédicaux
Population en zones transfrontalières	XX	XX	XX	Offre de services intégrés en collaborations avec les autorités administratives, médicales et les OSC dans les zones concernées Collaboration dans la prise en charge et la recherche de perdus de vue Activités DH contre la stigmatisation et la Discrimination Intégration de la TB dans la plateforme transfrontalière existante du VIH

4.4.2 Orientations stratégiques pour la prise en charge des Coinfections et des Comorbidités

4.4.2.1 Coinfection VIH et Tuberculose

La réduction de la charge croisée des morbidités de l'infection VIH et de la tuberculose est une des priorités du PSNI. D'importants progrès ont été enregistrés dans le cadre de la PEC de la coinfection TB-VIH grâce aux activités collaboratives mises en œuvre par les deux programmes.

Les activités de lutte contre la co-infection TB-VIH ont été mises en place par le Comité national intégré en 2007. Cette collaboration a permis de réaliser des progrès notables depuis lors avec l'amélioration progressive des indicateurs. La proportion de patients co-infectés TB-VIH a diminué de 10% en 2010 à 4% en 2024. Toutefois, les taux de coïnfection relativement élevés sont notés à Kolda (11%), Ziguinchor (8%) et Kaffrine (8%) en 2024. Ces régions constituent des carrefours et sont situées dans des zones transfrontalières caractérisées par une mobilité importante des populations.

En 2024, la proportion de malades tuberculeux connaissant leur statut VIH était à 91%, soit une diminution de deux points par rapport à 2023. La majorité des DRS ont pu dépasser un taux de 95%. Cependant malgré les efforts réalisés la cible des 100% n'est pas atteinte suite à des contre-performances notées à Kolda avec un taux de réalisation du test VIH de 52%, Matam 80% et Thiès 82%. Par ailleurs, des ruptures de stock de tests rapides du VIH ont été relevés dans certains CDT lors des missions de supervision.

La proportion de malades co-infectés TB-VIH mis sous TARV a chuté à 73% en 2024 contre 96% en 2023.

L'analyse de l'issue du traitement de la cohorte de co-infectés TB-VIH de 2023 a montré sur un total de 504 cas de TB/VIH notifiés 416 cas guéris ou traitement terminé ont été notés soit un taux de succès à 82% en amélioration continue. Ce taux de succès est proportionnellement corrélé à un taux élevé de décès de 2% chez les coinfectés.

Quant à la mise sous TPT des PVVIH éligibles, elle s'est progressivement améliorée jusqu'en 2023 pour baisser à 73% en 2024. Les prestataires de santé n'ont pas encore systématisé le dépistage actif et le TPT chez les PVVIH éligibles.

Les principaux défis à prendre en charge dans la prise en charge de la co-infection TB-VIH sont :

- L'intégration encore incomplète des services TB et VIH ; bien que des avancées existent, la PEC TB-VIH demeure souvent fragmentée avec les services séparés, les rendez-vous multiples, les dossiers non harmonisés, occasionnant des charges supplémentaires pour les malades et aboutissant dans certains cas à des interruptions de traitements ;
- La stigmatisation et déterminants sociaux : la double stigmatisation TB-VIH, associée à la pauvreté, à la malnutrition et à la mobilité (zones urbaines périphériques, milieux carcéraux), affecte l'adhérence au traitement et la continuité des soins ;

La coordination entre les services de PEC du VIH et ceux de la TB est encore insuffisante malgré les actions menées depuis plusieurs années. Ceci occasionne dans certains sites une perte d'informations tout au long du continuum de soins.

4.4.2.2 VIH et Hépatites

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

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

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



4.4.3 Orientations stratégiques pour la prise en charge de la Tuberculose Multirésistante (TB-MR)

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

La prise en charge de la tuberculose pharmaco résistante a débuté en 2010 en ambulatoire au Sénégal. Assurée jusqu'en 2020 par le Comité national de pilotage de la PEC de la TB MR, la coordination a été décentralisée au niveau des directions régionales de la santé . Quatre comités inter-régionaux ont été mis en place sur quatre axes (nord, ouest, centre et sud-est) mais ils étaient également peu fonctionnels.

La prise en charge de la TB-MR est gratuite (médicaments et bilans paracliniques). Elle est décentralisée dans les CDT en suivant la cartographie des malades dépistés (38 sites étaient fonctionnels en décembre 2025). Les cas graves ou compliqués sont hospitalisés à l'unité de référence et de prise en charge du service de Pneumologie du CHN de Fann qui présente une capacité de 13 lits. Les patients TB-MR bénéficient d'un appui nutritionnel et d'un appui psychosocial. L'appui aux frais de transport pour suivre le TDO quotidien est insuffisant ; il n'est réservé qu'à 20% de la cohorte annuelle.

Des protocoles de traitement entièrement oraux (9 ou 20 mois) sont en vigueur depuis 2022. Les derniers protocoles de traitement (BPAL / BPALM) recommandés par l'OMS ne sont pas encore adoptés.

Les médicaments de deuxième ligne ainsi que ceux pour la prise en charge des effets indésirables sont disponibles en quantité suffisante et sont acquis grâce au financement du Fonds mondial. Des efforts ont été notés pour rendre plus accessibles le diagnostic à travers le renforcement de la disponibilité des tests moléculaires rapides (test Xpert MTB/Rif/Ultra, test LPA) et la culture, soutenue par un système de transport des échantillons Des sessions de formation des prestataires sont annuellement organisées. La prise en charge des effets indésirables ainsi que l'enquête et le suivi des personnes contacts de malades TB MR sont également pris en charge avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

L'analyse des données du programme montre une nette amélioration de la notification des cas de TB MR. Toutefois, il persiste un gap de détection d'environ 2/5 des cas attendus. La réalisation de la culture par le LNR a été plus régulière en 2024 avec la fonctionnalité du laboratoire P3 après plusieurs années de suspension des activités. L'implication communautaire dans le suivi des cas de TB MR est timide voire inexistante. La notification des effets indésirables est faiblement réalisée.



Synthèse de l'analyse pour la prise en charge de la Tuberculose Multirésistante (TB-MR)

Forces

Décentralisation de la PEC de la TB MR au niveau des CDT

Disponibilité des médicaments de deuxième ligne ainsi que ceux pour la prise en charge des effets indésirables

Gratuité des médicaments et bilans paracliniques pour les patients TB MR

Appui nutritionnel , psychosocial et aux frais de transport aux malades TB MR

Accessibilité du diagnostic à travers la disponibilité des tests moléculaires rapides (test Xpert MTB/Rif/Ultra, test LPA)

Adoption de protocoles entièrement oraux
Existence d'un service de référence de la PEC de la TB MR au CHU de Fann

Coordination de la PEC assurée par un Comité national pluridisciplinaire avec ses démembrements régionaux



Faiblesses

Gap persistant de détection des cas TB-MR (40% des cas estimés)

Peu de fonctionnalité des comités régionaux (Task-force TB)

Faible proportion des bénéficiaires aux appuis sociaux (20% de la cohorte annuelle pour l'appui au transport)

Derniers protocoles de traitement (BPAL / BPALM) recommandés par l'OMS ne sont pas encore adoptés

Timide implication communautaire dans le suivi des cas de TB MR

Forte dépendance aux financements extérieurs (produits de diagnostic et médicaments)



Opportunités

Opportunités

Extension des plateformes de diagnostic moléculaire

Collaboration avec des laboratoires de référence (IRESSEF, Cotonou)

Développement du télé-TDO et du suivi digital



Menaces

Risque d'augmentation de la TB multirésistante (Lié au retard diagnostique et aux interruptions de traitement)

Charge socio-économique élevée pour les patients TB-MR

Fragilité du système de pharmacovigilance (Sous-notification compromettant la sécurité thérapeutique)



Interventions prioritaires pour la prise en charge de la Tuberculose Multirésistante (TB-MR)

Renforcement de la détection et du traitement de la tuberculose pharmacorésistance précoce et de qualité : L'augmentation des tests moléculaires rapides (appareils GeneXpert **;** Truenat, etc.)ainsi que l'amélioration du système de transport des échantillons permettra d'augmenter de manière significative l'accès au dépistage universel pour une augmentation de la notification des cas de tuberculose pharmaco résistante. D'autres activités déjà mises en œuvre seront intensifiées à savoir le renforcement de capacités des prestataires à tous les niveaux, la mise à disposition régulière et en quantité suffisante des médicaments de deuxième ligne de qualité et du paquet pour la surveillance et la PEC des effets indésirables. Des supervisions et coaching sur site périodiques permettront d'assurer un suivi régulier de la PEC des malades. Des révisions des directives nationales de dépistage et de prise en charge seront effectuées avec la publication de nouvelles lignes directrices par l'OMS. La collaboration avec des laboratoires de haut niveau comme l'IRESSEF et le laboratoire supranational de Cotonou sera renforcée en vue d'assurer la réalisation des tests de sensibilité non disponibles au LNR (séquençage) et le contrôle de qualité des différentes techniques.

Coordination de la prise en charge de la TB MR : La coordination de la mise sous traitement et du suivi des malades sera désormais assurée au niveau de chaque DRS par la Taskforce TB (Unité de Coordination régionale ou UCR) qui rend compte au Comité national TB MR. Les experts des UCR seront formés ainsi que les agents du programme sur la gestion programmatique de la TB MR à travers des cours nationaux ou internationaux. Le Comité national TB MR, les UCR seront appuyées dans leurs fonctionnement notamment dans la tenue de réunions dans le cadre de la coordination pour une réduction des délais de prise en charge des malades nouvellement diagnostiqués et le suivi des patients présentant des difficultés. Les sites de PEC de la TB MR recevront également un appui institutionnel pour le fonctionnement.

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

L'appui au patient pour le maintien dans le continuum de soins sera renforcé par une inscription aux mutuelles de santé.

Surveillance et prise en charge des effets indésirables (Pharmacovigilance)
La contractualisation avec les laboratoires au niveau des directions régionales de la santé et les officines privées, permettront un diagnostic précoce et une prise en charge plus adéquate des effets indésirables. La notification des effets indésirables dans le système de pharmacovigilance nationale sera renforcée avec la formation et un meilleur suivi des prestataires des sites de traitement TB MR.

Accompagnement communautaire renforcé, centré sur le patient, comme levier majeur d'amélioration de l'adhésion, des résultats thérapeutiques et de la qualité de vie : suivi communautaire régulier des patients TB-MR par des agents de santé communautaires formés, appui à l'observance (DOT communautaire, DOT digital, rappels téléphoniques), détection précoce des effets indésirables et référencement rapide, conseils individualisés et groupes de parole animés par des pairs (anciens patients TB-MR),etc.

4.4.4 Promotion des services de lutte contre les IST complets avec la sensibilisation, la prévention, le dépistage, la prise en charge des cas et le suivi des partenaires

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

Selon les données de routine recueillies en 2024 au niveau des sites de prise en charge, les IST ont concerné un total de 79215 cas selon les syndromes notifiés. Le profil épidémiologique du Sénégal, montre une recrudescence des cas d'IST selon les catégories de populations considérées.

La persistance d'une forte prévalence des IST souligne l'urgence de renforcer et de dynamiser l'offre de services dans ce domaine. Plusieurs insuffisances programmatiques limitent aujourd'hui l'efficacité de la réponse nationale, notamment : (i) des ressources financières insuffisantes pour soutenir les activités de prévention et de prise en charge ; (ii) le retard dans l'actualisation du guide national de prévention et de prise en charge des IST, qui devrait intégrer les dernières recommandations de l'OMS ; (iii) une coordination insuffisante entre les parties prenantes clés (VIH, DSME, universitaires, Programme Hépatites, société civile, laboratoires) ; (iv) le manque de formation continue des prestataires de santé (médecins généralistes, services d'accueil des urgences, sage-femmes d'État, ICP, etc.) sur le diagnostic des IST ; (v) des capacités limitées en matière de formation des acteurs communautaires, notamment auprès des jeunes sexuellement actifs et des populations clés ; (vi) une faible couverture des interventions ciblant les personnes les plus exposées au sein de la population générale (clients et clientes des PS et HSH, entre autres) ; (vii) l'insuffisance d'indicateurs et d'outils de collecte primaire adaptés au niveau des points de prestation ; (viii) l'absence de surveillance de la pharmacorésistance aux molécules utilisées dans les algorithmes nationaux de prise en charge syndromique et ix) la gestion insuffisante des données et l'absence de données d'enquête sur la prévalence des IST.

Les réformes doivent être accélérées et les interventions renforcées pour améliorer durablement la prévention, le dépistage et la prise en charge des IST.



Synthèse de l'analyse pour la promotion des services de lutte contre les IST complets avec la sensibilisation, la prévention, le dépistage, la prise en charge des cas et le suivi des partenaires

Forces

Existence d'un paquet de services IST opérationnel

Disponibilité d'algorithmes nationaux de prise en charge syndromique

Réseau national étendu de points de prestation de services offrant des services IST (structures publiques, communautaires, scolaires et universitaires offrent un potentiel de couverture large)



Faiblesses

Retard dans la mise à jour des directives nationales pour la lutte contre les IST

Recrudescence des cas d'IST (efficacité limitée des interventions actuelles)

Insuffisantes des ressources financières pour soutenir les activités de prévention et de prise en charge des IST

Formation insuffisante des prestataires de santé

Insuffisance dans la gestion des données (définition des cas et outils obsolètes)

Absence de surveillance de la pharmacorésistance aux antibiotiques

Absence d'enquêtes nationales de prévalence des IST

Défaut de toucher les partenaires des personnes atteintes d'IST pour freiner la chaine de transmission

Insuffisance des capacités des prestataires de santé en matière de prise en charge des HSH et de mise en œuvre de l'approche syndromique des IST



Opportunités

Intégration du diagnostic et de la prise en charge des IST dans les structures de SSR et PF

Révision annoncée des directives nationales sur les IST
Introduction de diagnostics biologiques avancés (PCR, multiplex)

Possibilité de rendre le dépistage IST sans prescription
Existence des équipements pour l'approche étiologique



Menaces

Risque d'augmentation continue des IST non traitées ou mal traitées (faute de diagnostic précis et de suivi adéquat)
Développement de résistances aux antibiotiques
Faible priorité politique accordée aux IST
Faible adhésion des partenaires sexuels au suivi
Augmentation de la charge de l'infection chez les jeunes sexuellement actifs, exposant à un risque élevé de propagation rapide faute d'interventions de prévention ciblées



Interventions prioritaires pour la lutte contre les IST

Amélioration de la coordination avec les autres programmes impliqués dans la PEC des IST/HPV dans le cadre des approches différenciées.

Mise à jour des directives nationales/ guidelines de prévention et prise en charge des IST y compris la révision des algorithmes de diagnostic aux laboratoires et de prise en charge des IST.

Renforcement de la formation initiale et continue des prestataires (structures sanitaires, CCA, centres médicaux scolaires et universitaires, structures privées) sur la prophylaxie et le traitement des IST et des acteurs communautaires impliqués dans l'IEC.

Mise en place d'un programme d'IEC et de prévention en direction des populations clés et des jeunes filles et garçons.

Définition d'un programme de prévention (vaccination incluse) et de prise en charge des affections liées au HPV chez les PVVIH femmes et populations exposées au HPV(dépistage du cancer du col par FCV et test de détection des HPV).

Ciblage auprès des hommes, des jeunes mais également auprès des populations clés

Rendre les moyens de diagnostic et les traitements accessibles voire gratuits surtout pour les populations clés (dépistage systématique chez les pop clés) en mettant en place l'approche étiologique

Rendre disponible les tests PCR, multiplex pour le diagnostic

Rendre le dépistage IST sans prescription
Mettre à jour et vulgariser les outils de collecte des informations dans les PPS
Réviser les algorithmes de PEC des IST notamment **les recommandations thérapeutiques dans le PEC** syndromique des IST en tenant compte des résistances aux antibiotiques

Réaliser une enquête nationale de prévalence des IST et mettre en place un système de surveillance de routine plus robuste.



4.4.5 Orientations stratégiques pour la prévention de la transmission de l'hépatite, du VIH et de la tuberculose dans les établissements de santé

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

La lutte contre les infections et la sécurité des injections permet de minimiser le risque de transmission de l'hépatite B et C, du VIH dans les établissements de soins de santé. La gestion de la transmission de l'hépatite B et C dans les établissements sanitaires est un défi de la lutte contre les hépatites virales.

Les travailleurs de la santé, en raison du contact direct avec les patients ou du contact avec des matériaux infectés, sont plus exposés à la contamination par l'hépatite B et par l'hépatite C. De même, les agents de santé infectés peuvent exposer les patients à un haut risque d'hépatite. Les mesures de contrôle de l'infection pour les hépatites virales en milieu de soins sont essentiellement l'application rigoureuse des précautions universelles pour toutes les interventions médicales invasives, la promotion des mesures de sécurité des injections et la sécurité des produits sanguins.

Au Sénégal, des directives existent pour la prise en charge des accidents avec exposition au sang et aux liquides biologiques dans le cadre du VIH. Concernant les hépatites virales, le personnel soignant et les professionnels de santé en formation (étudiants en médecine, pharmacologie, odontologie, étudiants en soins infirmiers, etc.) sont dépistés et vaccinés s'ils sont naïfs de vaccination (3 doses au total, avec 1 dose tous les deux mois). Cette intervention a permis la vaccination de plus de 10 000 élèves de l'école Médecine/Pharmacologie/Odontologie et de l'UFR de santé de Thiès, soit 8000 personnels de santé au cours des 5 dernières années.

Concernant la tuberculose, on note des insuffisances persistantes dans l'application des mesures de contrôle de la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé au Sénégal. La politique nationale de prévention et de contrôle de l'infection tuberculeuse dans les structures sanitaires a été révisée et vulgarisée en 2022. La mise en œuvre des protocoles de tri, d'isolement et de ventilation reste incomplète et variable selon les structures.

Le manque de formation continue et l'insuffisance d'équipements de protection individuelle limitent l'efficacité des pratiques de prévention du personnel. Ces lacunes exposent davantage les patients et les soignants au risque de transmission, compromettant les objectifs de sécurité sanitaire.

Synthèse de l'analyse pour la prévention de la transmission de l'hépatite, du VIH et de la tuberculose dans les établissements de santé

Forces

Existence de directives pour la prise en charge des accidents avec exposition au sang et aux liquides biologiques dans le cadre du VIH

Politique de dépistage et de vaccination contre l'hépatite B du personnel de santé et les professionnels de santé en formation (étudiants en médecine, pharmacologie, odontologie, étudiants en soins infirmiers, etc.)

Disponibilité des précautions universelles comme norme de référence

Existence d'une politique nationale de PCI de la tuberculose qui a été révisée en 2022

Reconnaissance de la sécurité des injections et des produits sanguins comme priorités

Faiblesses

Application incomplète et hétérogène des mesures de PCI dans les structures de santé

Faible proportion de structures de santé mettant en œuvre des protocoles de tri, d'isolement et de ventilation

Manque de formation continue du personnel Disponibilité limitée des équipements de protection individuelle (EPI)

Insuffisance de l'application des normes environnementales PCI (bâtiments, ventilation)

Intégration insuffisante de la PCI dans la culture institutionnelle des soins

Opportunités

Investissements possibles dans les infrastructures sanitaires à travers le plan de renforcement du système de santé

Menaces

Contraintes budgétaires limitant l'achat des EPI et la mise aux normes des infrastructures

Charge élevée de patients TB dans certaines structures (augmentation du risque de transmission nosocomiale)

Faible appropriation des normes PCI par certains établissements privés

Insuffisance de supervision régulière des pratiques PC Vieillissement des infrastructures sanitaires

Interventions prioritaires pour la prévention de la transmission de l'hépatite, du VIH et de la tuberculose dans les établissements de santé

- **Dépister et vacciner obligatoirement contre l'hépatite B** le personnel de santé y compris les étudiants en formation : le dépistage annuel de tous les agents de santé pour l'hépatite B et C est recommandé. Il permettra le diagnostic précoce des cas. La vaccination du personnel de santé sera étendue à tous les agents non couverts. Cette politique sera appliquée aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Le risque de transmission sera réduit, les professionnels de la santé mieux protégée, la qualité de la prise en charge des patients s'améliorera du fait que les cliniciens et les patients sont plus au courant des facteurs de risque et des comportements protecteurs.

- **Assurer la disponibilité du traitement** pour le personnel de santé et les étudiants dépistés positifs à l'hépatite B et éligibles au traitement : le lien au soin sera défini pour une prise en charge des cas détectés parmi le personnel de santé. Une politique de gratuité du traitement sera mise en place pour le personnel de santé dépisté positif.

- **Assurer la formation des prestataires sur les précautions pour éviter les AES** et les liquides biologiques : au-delà du renforcement de capacité des agents sur la détection et la prise en charge des cas chez les clients, la formation intégrée mettra l'accent sur l'importance de la prévention en milieu de soin. Il faudra s'assurer que les directives nationales en matière de prévention sont disponibles dans tous les établissements de santé publics et accessibles.

- **Pour la Tuberculose, le PNT et les DRS** appuieront , coordonneront et suivront la planification, le financement, la mise en œuvre et l'évaluation continue des plans d'action des districts sur le contrôle de l'infection TB. Ils veilleront à la mise aux normes environnementales de PCI (bâtiments, équipements) et aux normes de protection individuelle (masques chirurgicaux pour le malade et masques filtrant les particules pour le personnel).

- **Les compétences du personnel seront renforcées en matière de PCI** à tous les niveaux du système de santé.

4.5 Orientations stratégiques transversales et communes aux maladies



4.5.1 Orientations stratégiques pour la protection et la promotion d'une approche fondée sur les droits Humains et le genre

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

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

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

Au Sénégal, l'accès des PVVIH, des patients tuberculeux, des patients souffrant d'IST, des populations clés et vulnérables aux services de santé se heurte à la persistance de la stigmatisation et de la discrimination. Ces dernières sont notées dans divers contextes notamment en milieux sanitaires, éducatifs, professionnels, familiaux, et d'urgence etc.

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

Cependant, l'environnement socio-culturel peu favorable a ralenti la mise en œuvre des interventions à l'endroit des populations clés.

La loi N°2010-03 du 09 avril 2010 relative au VIH a été promulguée au Sénégal pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination, protéger les personnes vivant avec le VIH et encadrer les interventions VIH.

Néanmoins, cette loi comporte quelques insuffisances notamment dans ses dispositions relatives à la transmission volontaire , le consentement au dépistage volontaire et à la prise en charge des enfants. Son applicabilité constitue également un défi majeur.

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

- La déclaration universelle des droits de l'homme ;
- La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale ;
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
- La Convention internationale relative aux droits de l'enfant ;
- La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille ;
- La Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées ;
- La charte africaine des droits de l'homme et des peuples ;
- La charte africaine des droits et bien-être de l'enfant ;
- Le protocole de Maputo.

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

Par ailleurs, les études Index Stigma 2.0 ainsi que des initiatives communautaires de collectes d'information sur les violations des droits humains à travers entre autres l'outil REACt et le programme ITPC au Sénégal avec le réseau des personnes vivant avec le VIH ont permis de documenter plusieurs cas de violations de droits humains.

La mise à jour de l'étude stigma index 2.0 en 2023 avec l'appui de FHI 360 et du RNP+ ainsi que la réalisation d'autres études spécifiques sur les droits humains et VIH ont permis de disposer plus d'évidences sur la problématique.

Concernant la tuberculose, le Sénégal ne dispose pas de lois ou de politiques qui reconnaissent et protègent spécifiquement le droit à la vie privée des personnes touchées par la tuberculose. Selon le Partenariat Stop TB, les évaluations faites dans 13 pays avec l'Outil du Community Right and Gender (CRG), révèlent que la plupart de ces pays n'ont pas de lois ou de politiques qui définissent les circonstances, les procédures ou les protections pour l'isolement des personnes atteintes de tuberculose. La Déclaration des droits des personnes touchées par la tuberculose souligne en outre divers droits liés au genre, notamment le droit de ne pas subir de discrimination liée au genre et le droit de disposer d'informations adaptées en fonction de son genre.

Les obstacles juridiques, politiques, du système de santé, de l'engagement communautaire ainsi que les déterminants sociaux empêchent les personnes d'avoir accès à une prévention, un diagnostic, des soins et un soutien, efficaces contre la tuberculose en particulier ceux considérés comme des populations clés et vulnérables.

S'attaquer à ces obstacles à l'accès aux soins et aux services de soutien de qualité nécessite une approche des droits de l'homme face à la tuberculose. Cette approche donne la priorité aux besoins des marginalisés pour une plus grande équité. (enquête barrières à l'accès aux soins antituberculeux , PNT 2023).

Synthèse de l'analyse pour la protection et la promotion d'une approche fondée sur les droits Humains et le genre

Forces

Partenariats établis avec le Ministère de la Justice (DDH, CFJ)

Existence d'une cellule (ou Point focal) genre au sein des programmes VIH et Tuberculose

Implication structurée des réseaux communautaires

Disponibilité d'évidences actualisées (Stigma Index 2.0 ou l'enquête DHG avec l'outil CRG)

Existence de plans spécifiques de lutte contre les obstacles liés aux DHG pour la tuberculose et le VIH

Existence d'un cadre juridique national spécifique au VIH

Existence d'outils communautaires de documentation des violations (REAct, ITPC, DIVA, One Impact TB renforcent la surveillance communautaire)

Expérience nationale du programme « Lever les barrières »

Institutionnalisation des outils de surveillance communautaire (CLM, REAct)

Renforcement de la collaboration avec le secteur judiciaire

Faiblesses

Applicabilité limitée de la loi VIH de 2010

Absence de cadre juridique spécifique pour la TB en matière de droits humains

Faible intégration du genre dans les programmes IST et hépatites virales

Capacités limitées des prestataires de soins sur l'éthique médicale et les droits des patients

Mécanismes de référencement juridique encore peu structurés

Faible coordination inter programmatique sur les droits humains et le genre (Fragmentation des initiatives)

Faible prise en compte des DHG dans la PEC des hépatites virales

Opportunités

Reconnaissance des droits humains et du genre comme priorités stratégiques

Ratification par le Sénégal des principales conventions internationales et régionales

Alignement avec l'Agenda Sénégal 2050 (équité et justice sociale)

Menaces

Stigmatisation et discrimination persistantes constituant des obstacles majeurs à l'utilisation des services de prévention, de dépistage et de prise en charge

Environnement socio-culturel peu favorable aux populations clés

Résistance socio-culturelle persistante aux approches droits humains et genre

Cadres légaux défavorables à certaines populations clés

Insuffisance de coordination intersectorielle effective (Santé, justice, intérieur, éducation, protection sociale)

Appropriation limitée et interprétation incorrecte des notions de genre et de droits humains par certains acteurs

Risque de recul des acquis en l'absence d'institutionnalisation forte des droits humains et genre

Interventions prioritaires pour la protection et la promotion d'une approche fondée sur les droits Humains et le genre

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

Plaidoyer pour un environnement favorable axé sur le droit à la santé : Un plaidoyer sur les droits des patients VIH, Tuberculose, Hépatites virales et IST sera régulièrement organisé à l'attention des porteurs de voix (leaders communautaires), des parlementaires, des acteurs religieux et coutumiers, des magistrats, de l'administration pénitentiaire et des forces de défense et de sécurité et des agents de l'administration générale. Pour renforcer le plaidoyer au niveau international et nouer des partenariats, les équipes nationales participent également aux rencontres internationales (exemple: à la rencontre annuelle de la commission africaine des droits de l'homme et des peuples).

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

Réduire la stigmatisation, la discrimination et les violences contre les PVVIH, les patients tuberculeux et les populations clés et vulnérables. Cette intervention vise, dans un premier temps, à produire des évidences relatives aux données sur les obstacles que rencontrent ces populations. Les résultats de l'enquête sur la stigmatisation liée à la tuberculose utilisant les outils du Community Rights and Gender (CRG) de Stop TB Partenariat réalisée en 2023 ont permis d'élaborer un plan d'action de prise en charge des gaps prioritaires. Les aspects sexo-spécifiques pour les ripostes nationales au VIH, aux IST, à la tuberculose, aux hépatites, à l'environnement juridique et à la stigmatisation associée à ces maladies seront analysés.

Les résultats des enquêtes sur la stigmatisation et la discrimination serviront de base pour planifier des activités visant la réduction de la stigmatisation et de la discrimination des personnes atteintes et adresser les gaps documentés. Les données obtenues à travers l'outil « REAct », serviront de base pour la mise en œuvre d'activités de réduction de la stigmatisation et de la discrimination. Un circuit de référencement pour la prise en charge des survivants sera aussi élaboré. Une aide et des services juridiques seront mis à la disposition des survivants.



Renforcer les capacités des acteurs de la justice : pour réduire la vulnérabilité des survivants de violations et de discriminations liées aux maladies. Cette stratégie sera mise en œuvre en collaboration avec le ministère de la justice à travers la Direction des Droits Humains (DDH) afin de pérenniser les acquis du plaidoyer envers les acteurs de la justice. Un module de formation sur les droits humains et la santé sera mis en place à l'endroit du Centre de Formation Judiciaire (CFJ) et des magistrats en exercice pour renforcer la formation de base et continue des différents acteurs. Par ailleurs, seront impliquées les organisations communautaires et la société civile qui travaillent dans l'accompagnement juridique des PVVIH, des populations clés des personnes atteintes d'hépatites virales, de tuberculose, les victimes de stigmatisation, de discrimination et autres violations des droits à la santé.

Mobilisation et sensibilisation des communautés : adoptant l'approche centrée sur le client, la surveillance à Base Communautaire (CBM) à l'image de l'outil One Impact TB de Partenariat Halte à la Tuberculose, de l'outil DIVA et du REAct ont été mis en place. Cette approche permettra de faire participer les patients affectés par la Tuberculose, le VIH, les hépatites virales et les IST dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des clients, par le suivi des déclarations d'obstacles liées à l'accès aux services, la déclaration des effets indésirables des médicaments, la qualité des services ainsi que des stigmas expérimentés dans les structures sanitaires, la communauté ou le lieu de travail. Des formations pour le renforcement de capacités à l'endroit des organisations communautaires de bases et des populations clés et groupes vulnérables seront mises en œuvre afin de leur permettre de défendre leurs droits. Les acteurs communautaires, la société civile ainsi que les organisations des personnes infectées et/ ou affectées par les quatre maladies, vont réaliser des séances de sensibilisation auprès de la communauté afin de s'attaquer aux normes et stéréotypes de genre néfastes et autres obstacles liés aux droits humains.

Éducation aux droits légaux et humains et formation à l'éthique médicale : Un partenariat a été établi avec le ministère de la justice notamment la Direction des Droits Humains pour l'élaboration de modules de formation sur le droit à la santé à l'endroit du Centre de Formation Judiciaire. Les modules de formations des prestataires de soins intègrent une session spécifique sur les droits du patient et les mécanismes de recours disponibles. Un partenariat avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et le Ministère de l'Enseignement supérieur devra aussi être établi afin d'intégrer un module de formation droits humains à l'endroit de l'ENTSS et ENDSS.



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

Institutionnalisation des approches intégrant le genre dans les stratégies des quatre maladies : un document de politique nationale genre spécifique aux quatre maladies sera élaboré et la composante genre et masculinité positive sera incluse dans des modules de formations intégrées. Un paquet d'activités sera organisé à l'endroit des femmes/filles sur l'autonomisation, le leadership et les techniques de plaidoyer. Une cellule genre a été mise en place pour le programme VIH suivie d'une évaluation nationale de la prise en compte du genre dans la riposte au VIH. Cette cellule genre sera élargie aux autres maladies en intégrant les points focaux genres qui existent à la DLSI, au PNLH et au PNT.

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

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

Réforme des textes règlementaires et légaux en déphasage avec le contexte actuel de la riposte : l'amélioration de l'environnement légal passe par les réformes juridiques, l'adoption de décrets, arrêtés, circulaires, politiques publiques, l'utilisation de la jurisprudence, pour une meilleure application des lois en vigueur. A cet effet, une évaluation de la loi VIH sera effectuée et un plaidoyer sera mené pour sa révision.

Des articles relatifs aux droits des patients et à la stigmatisation liée à la Tuberculose sera proposée et incluse dans la révision de la loi VIH. Un plaidoyer pour l'adoption et la promulgation du code des drogues révisées sera fait pour permettre d'avoir un cadre juridique sur la RdR.

4.5.2 Renforcement et consolidation du système national intégré de surveillance, de suivi-évaluation et de gestion de l'information sanitaire

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

La gestion efficace de l'information sanitaire nécessite, entre autres, une révision des outils de collecte pour une intégration des besoins en information des parties prenantes pour la prise de décision. Les outils de collecte et rapports automatisés sont paramétrés dans le DHIS2 national et des fichiers Excel par certains au niveau des programmes. Le passage à la maturation du DHIS2 permettra de disposer d'un seul outil de collecte des informations sanitaires. Dans le cadre de la digitalisation du système d'information sanitaire, le MSHP, à travers ses services (DLSI, PNT, Direction du Système d'Information Sanitaire et Social), en collaboration avec le Secrétariat Exécutif du CNLS, avait procédé au cours de ces dernières années au paramétrage des modules DHIS2 et Tracker. L'association du DHIS2 avec le module Tracker VIH et Tracker TB permettra d'optimiser la collecte des données patients. Pour le Tracker VIH, la saisie dans le système n'est pas encore effective à l'échelle nationale dû à un certain nombre de facteurs liés à l'insuffisance dans l'opérationnalisation du Tracker VIH au niveau de tous les sites de prise en charge, l'insuffisance de certaines thématiques communautaires dans le Tracker VIH et l'appropriation du module Tracker VIH par les acteurs au niveau site.

Cependant, plusieurs défis sont à relever, notamment les problèmes en ressources humaines, techniques et logistiques qui impacte la qualité des données parmi lesquels on peut citer :

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

D'autres difficultés observées relèvent principalement : i) d'une complétude et une promptitude i) tous les rapports ne sont pas saisis, à tous les niveaux ; ii) des divergences entre les données issues des documents sources et celles enregistrées dans le DHIS2 ; iii) limites dans le paramétrage du système ; iv) ainsi que l'impact des mouvements de grève, qui entraînent fréquemment une rétention des données sanitaires. Toutes ces insuffisances impactent la qualité des informations sanitaires.

Concernant spécifiquement la tuberculose, les outils de gestion du PNT ont été révisés en 2025 pour intégrer les dernières orientations de la lutte et certaines comorbidités. Les outils de rapportage sont standardisés pour tous les CDT (registres, formulaires de rapportage, etc.). Les outils de collecte et rapportage sont paramétrés dans le DHIS2 national et des fichiers Excel utilisés au niveau du PNT sont disponibles pour le volet laboratoire et la compilation du suivi des malades TB MR (dépistage, enrôlement, suivi bactériologique mensuel des malades traités). La digitalisation de l'information sur la tuberculose est en cours avec l'opérationnalisation du module Tracker TB qui permet un enregistrement et un suivi en ligne des malades traités pour une tuberculose pharmacosensible, une tuberculose pharmacorésistante et le traitement préventif de la tuberculose au niveau des CDT.

Les données individuelles TB MR sont compilées sur fichier Excel. Des missions d'audit de la qualité des données sont effectuées chaque année, conjointement avec le programme VIH. Par ailleurs, le paramétrage actuel du module Tracker TB ne permet pas de générer automatiquement les rapports périodiques malgré qu'il soit un outil du DHIS2. La saisie en ligne des données communautaires sur la tuberculose a démarré dans l'outil DHIS2 en 2024.

Synthèse de l'analyse pour le renforcement et consolidation du système national intégré de surveillance, de suivi-évaluation et de gestion de l'information sanitaire

Forces

Déploiement du Dossier Patient Unique (DPUi) et des TRACKERS VIH/TB

Intégration des données communautaires dans le DHIS2

Existence de mécanismes réguliers d'audit de la qualité des données

Interopérabilité Tracker TB/VIH avec les rapports périodiques

Disponibilité de certaines données pour la planification sanitaire et la prise de décision

Processus de digitalisation en cours

Systématisation de l'enquête annuelle sur le taux de survie

Introduction du système d'identification biométrique, offrant un potentiel d'amélioration du suivi, de la continuité des soins et de la qualité des données

Intégration des indicateurs PTME dans le tableau de cotation journalière (TACAJO) et leur prise en compte dans les critères d'évaluation des DRS et des MCD



Faiblesses

Performance limitée du système d'information, caractérisée par une faible complétude, promptitude et des problèmes de fiabilité et de cohérence des données

Utilisation persistante d'outils parallèles (Excel)

Fragmentation du système d'information et risque d'incohérences

Insuffisance dans la sécurisation et la confidentialité des données individuelles

Faible capitalisation des données du secteur privé

Saisie incomplète des données dans le Tacker

Faible saisie des données sur les hépatites virales dans le DHIS2

Limites du paramétrage du Tracker, entravant l'automatisation des rapports périodiques et affectant l'efficience du système d'information

Insuffisance des ressources humaines qualifiées en suivi et évaluation à tous les niveaux

Insuffisance de matériels (ordinateurs, Internet, etc.) pour les gestionnaires de données VIH, tuberculose et Hépatites virales



Opportunités

Utilisation du système national DHIS2 par les trois programmes

Volonté de convergence vers un outil unique de collecte Digitalisation du système de santé



Menaces

Impact négatif des mouvements de grève sur la disponibilité des données

Pannes techniques et instabilité de la connectivité Internet



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

Renforcement des capacités humaines, techniques et logistiques en matière de suivi évaluation : Les résultats de la revue externe du programme de lutte contre la tuberculose ont ressorti une insuffisance des ressources humaines qualifiées en suivi évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il est important de procéder au recrutement au niveau national de certains profils clés indispensables à l'analyse approfondie des données de la LAT (épidémiologistes, statisticiens). Pour plus d'efficience et dans le but d'appuyer les responsables de prise en charge des guichets uniques, il est proposé de nommer un profil spécifique (Médecin coordonnateur) pour la gestion intégrée des données des quatre maladies au niveau des 79 districts sanitaires. En outre, il faudra assurer un renforcement de capacités des agents impliqués dans le dispositif de suivi évaluation en analyse approfondie et utilisation des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour la prise de décisions (logiciel de gestion et d'analyse des données, DHIS2). L'interopérabilité du module Tracker TB avec les formulaires de rapports périodiques sur la tuberculose permettra d'assurer une meilleure promptitude et une qualité améliorée des données. Il est nécessaire de doter d'outils informatiques adaptés et de connexion internet continu tous les acteurs du système de gestion des données.

Amélioration de la qualité des données VIH, IST, TB et Hépatite virale : l'objectif est d'assurer la qualité des données rapportées à tous les niveaux. Il s'agit dans ce sens de disposer d'outils de collecte intégrés et adaptés à tous les niveaux y compris le niveau communautaire. En vue d'améliorer la qualité des données dans le DHIS2, des procédures opérationnelles standardisées seront mises en place pour la saisie et le contrôle de cohérence des données. Également certaines règles de validation seront révisées et renforcées en collaboration avec la DSISS pour le VIH, les hépatites virales, les IST et la Tuberculose. Des réunions de validation et des missions conjointes d'audit de la qualité des données seront régulièrement organisées. L'opérationnalisation des modules Tracker VIH et TB ainsi que leur interopérabilité avec le DHIS2 permettra une bonne amélioration de la gestion des données. Un suivi sera fait par les entités de suivi-évaluation des différents programmes pour une saisie régulière et dans les délais des données sur les quatre maladies. Par ailleurs, un audit externe du système de suivi et évaluation des différents programmes est envisagé en 2026 à travers une assistance technique.

Renforcement du système de collecte, de surveillance, d'analyse, d'utilisation et de dissémination des données. il s'agit de tenir des revues bilans annuels et d'analyse des données, au niveau des districts sanitaires intégrant les données communautaires, celles des directions régionales de la santé et au niveau central afin de permettre aux différents intervenants d'échanger sur les performances, d'identifier les problèmes prioritaires et de donner des orientations pour l'amélioration des résultats. Des logiciels d'analyse approfondie des données seront acquis et le personnel formé à leur utilisation. Pour plus d'efficience, les entités de coordination régionales et opérationnelles seront intégrées et les formats de réunions adaptés aux contextes pour plus d'efficacité en matière de contrôle et de validation des données (réunion Task force régional, revue régionale TB, élaboration rapport de performance annuelle , comités médicaux techniques, etc.).

Renforcement de la coordination et de l'intégration des activités de suivi évaluation des programmes VIH, TB, Hépatites et IST : les données générées par le système doivent servir dans la prise de décision au niveau national et infranational y compris communautaire. Par ailleurs, un manuel de suivi et évaluation des quatre maladies sera élaboré. Les résultats des quatre programmes seront périodiquement vulgarisés et serviront à l'élaboration de documents de plaidoyer auprès des décideurs nationaux et des PTF.

Promotion de l'évaluation des stratégies de lutte intégrée : il s'agit de l'intégration des systèmes de suivi et d'évaluation interne du PNT, de la DLSI mais aussi du programme hépatite. Elle implique la mise en place d'un plan de suivi évaluation, des instances de suivi périodique du plan, la disponibilité d'un manuel de procédures intégrées de gestion des données , des ressources humaines en qualité et en quantité suffisantes.

Améliorer la surveillance et la génération de données désagrégées par âge (enquêtes de prévalence, registres, notifications) pour orienter les interventions régionales et populationnelles

Amélioration de la surveillance épidémiologique, la surveillance des résistances aux antibiotiques et la recherche sur les IST.



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

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

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

Dans le cadre de la lutte contre les quatre maladies (VIH, tuberculose, hépatites virales et IST), la SEN-PNA est spécifiquement chargée de l'acquisition des médicaments antituberculeux de première ligne, des médicaments antirétroviraux (ARV) ainsi que des intrants de laboratoire financés par l'État. Par ailleurs, elle assure le stockage, la gestion des stocks et la distribution des médicaments, intrants et équipements de laboratoire financés par le Fonds mondial ou d'autres partenaires techniques et financiers, à travers des mécanismes d'approvisionnement tels que Wambo, le Global Drug Facility (GDF) et d'autres plateformes dédiées.

La majeure partie des produits des quatre maladies suivent le circuit des médicaments essentiels (SEN-PNA ; SR-PRA ; district/EPS ; Poste de santé) sauf les médicaments antituberculeux de seconde ligne et les intrants Truenat pour lesquels la distribution est assurée par le PNT du fait du nombre limité de sites de PEC de la TB MR et les sites utilisant cette technique de diagnostic (07 appareils Truenat dont les 03 sont à Dakar).

La périodicité moyenne des commandes diffère d'un niveau à l'autre en fonction de la pyramide sanitaire. Le niveau central fait des commandes annuelles alors que les PRA, les districts et les hôpitaux font des commandes trimestrielles. Les points de prestation de service (EPS, centre de santé, poste de santé, centre spécialisés, etc.) font des commandes mensuelles à partir des dépôts de districts sanitaires. Des formulaires de commande périodique sont mis en place par les programmes de santé en collaboration avec les parties prenantes. Ce dispositif permet de rationaliser les stocks et de minimiser les pertes.

La mobilisation des ressources financières de la contrepartie de l'État par le ministère de la santé et la SEN PNA est insuffisante entraînant des tensions dans les stocks des produits de santé et la quasi inexistence du stock de sécurité. Il n'existe pas de fonds spécifiques pour l'acquisition des produits t pour la prise en charge des IST et des hépatites virales.

Le personnel pour la gestion des stocks au niveau des districts sanitaires est insuffisant. Malgré les formations réalisées par le ministère de la santé. Il demeure un gap de personnels qualifiés du fait des mouvements du personnel. En outre, la majeure partie du personnel de ces structures dédiée à la gestion des stocks n'a pas reçu une formation diplômante pour la réalisation des tâches assignées.

Le système d'information et de gestion logistique révèle quelques insuffisances dans le remplissage des données des formulaires de suivi de stocks et des commandes ainsi que la saisie incomplète dans le DHIS2 et l'ERP de la SEN-PNA. Le système de contrôle de qualité des intrants de laboratoire et des médicaments devrait être renforcé et se faire de manière intégrée pour optimiser les ressources.

Synthèse de l'analyse du système national de Gestion des Approvisionnements et des Stocks

Forces

Existence d'allocations nationales pour l'achat des médicaments et des produits de diagnostic

Mécanismes d'acquisition, de stockage et de distribution des médicaments et produits de diagnostic acquis avec le budget de l'Etat sous forme contractuelle avec la SEN-PNA

Recours à des mécanismes internationaux d'approvisionnement performants (Wambo, GDF, plateformes dédiées), constituant un levier majeur pour l'accès à des intrants de qualité à moindre coût

Accessibilité géographique des intrants et produits de santé de qualité

Existence d'une bonne stratégie de distribution des médicaments à travers la SEN-PNA



Faiblesses

Retard dans la mobilisation des ressources financières allouées par l'État entraînant des tensions dans les stocks des produits de santé

Gap financier pour couvrir l'intégralité des besoins des différents programmes

Insuffisance de personnels qualifiés pour la gestion des stocks au niveau des districts sanitaires et des points de prestations de service

Insuffisance du système d'information et de gestion logistique

Faiblessess structurelles des capacités de stockage, entraînant des risques accrus de détérioration et de pertes de produits de santé)

Absence d'intégration des activités de contrôle de qualité des intrants de laboratoire et des médicaments des quatre maladies

Tensions voire ruptures des stocks fréquents des produits des programmes au niveau des SR-PRA, districts sanitaires, Hôpitaux



Opportunités

Circuit national des médicaments essentiels bien structuré

Engagement des partenaires techniques et financiers Volonté institutionnelle de renforcer le SIGL et l'interopérabilité DHIS2



Menaces

Dépendance persistante aux financements extérieurs (Risque de rupture en cas de retrait des partenaires)



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

Sécuriser l'acquisition régulière de médicaments et d'intrants de laboratoire pour les maladies (TB, VIH, Hépatites virales, IST) : un plaidoyer sera mené pour l'augmentation du budget de l'État et des mécanismes seront développés pour la mobilisation à temps par la SEN-PNA des fonds destinés aux maladies.

Elaboration de plans d'approvisionnement et de mitigation des risques, avec un stock de sécurité d'au moins 6 mois, pour éviter les ruptures de stock à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Améliorer les conditions de gestion des stocks à tous les niveaux : la capacité, la sécurité, les normes et conditions de stockage seront améliorées aussi bien au niveau des magasins de la SEN-PNA que des SR-PRA et des points de prestation de services (PPS). De même, des formations continues seront réalisées pour le renforcement des capacités du personnel concerné. Un plaidoyer sera fait auprès du MSHP pour l'affectation ou le recrutement de ressources humaines qualifiées à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. La gestion des approvisionnements et des stocks a connu des évolutions avec la stratégie « End TB » occasionnant l'utilisation de nouvelles molécules et de nouveaux moyens de diagnostic et de dépistage. Ainsi, un manuel intégré de procédures GAS sera mis en place afin que les acteurs du niveau central et du niveau opérationnel aient un référentiel en matière de gestion des produits utilisés dans les différents programmes A la suite de la disponibilité du guide, les acteurs seront formés en cascade en insistant sur la décentralisation des formations GAS. De même, le catalogue des produits et intrants pour le VIH sera mis à jour pour prendre en compte les réactifs des autres maladies et en tenant compte du changement de certains intrants de laboratoire.



Renforcer la communication et les cadres de concertations des acteurs de la chaîne d'approvisionnement au niveau national et décentralisé : l'organisation de réunions des Comités GAS mis en place par le MSHP, de façon trimestrielle au niveau régional et semestrielle au niveau national, permettra de renforcer la coordination entre les acteurs des différents programmes et d'avoir un suivi régulier de l'approvisionnement et des stocks à tous les niveaux. L'intégration des gestionnaires de stocks (pharmaciens/dépositaires) dans les revues intégrées TB/VIH/Hépatites/IST permettra une meilleure appropriation de la gestion de ces produits. La participation des équipes GAS aux conférences scientifiques sera promue car elle contribue à renforcer leurs connaissances sur les nouvelles molécules et moyens de diagnostic ainsi que la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Optimiser le système d'information et de gestion logistique (SIGL) : Suite à l'évaluation nationale du SIGL, un plan d'action a été élaboré. Sa mise en œuvre est assurée par le MSHP (DGS). Ce qui permet l'harmonisation des outils du SIGL par les programmes, la SEN-PNA et la DGSP et permettra d'avoir une visibilité sur l'ensemble des stocks périphériques.

Les dépositaires de districts et des hôpitaux seront dotés en équipements informatiques et formés sur la saisie des informations dans le DHIS2 et le Tracker (VIH et TB). Afin de garantir une meilleure gestion des stocks (entrées et sorties) au niveau des programmes , il est nécessaire d'avoir un système logistique performant pour la traçabilité électronique des produits au niveau du magasin central et au dépôt de stockage du LNR. Ce dispositif intégrera les médicaments, intrants et produits de laboratoire pour le PNLH.

Assurer un suivi efficace et régulier de la gestion des stocks : des plans de transitions seront élaborés pour tout changement thérapeutique. Des missions de supervisions intégrées et spécifiques GAS seront organisées régulièrement à tous les niveaux de la chaîne pour un suivi efficace de la disponibilité des produits. Des réunions périodiques de suivi de stocks des produits des programmes seront organisées entre les programmes de santé et la SEN-PNA. Des missions de suivi et des supervisions régionales seront organisées pour un meilleur suivi des stocks afin de minimiser les pertes et risques de rupture à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Une logistique roulante sera mise à la disposition du PNT pour assurer la rationalisation des stocks et la mise à disposition des produits de LAT au besoin dans les sites après analyse des stocks au niveau régional et opérationnel. L'interopérabilité du système de gestion logistique avec le DHIS2 assurera le suivi des stocks à temps réel et des prises de décisions précoces pour garantir la disponibilité pérenne des produits de programmes.

Garantir l'Assurance qualité des médicaments et des intrants de laboratoire : les programmes tiendront des réunions annuelles d'harmonisation des activités de contrôle qualité en collaboration avec l'Agence de la Réglementation pharmaceutique du Sénégal (ARP) et la DGSP dans le but de réaliser le contrôle qualité annuel des produits de programmes au niveau du laboratoire national de contrôle qualité des médicaments et des laboratoires internationaux pré-qualifiés par l'OMS.

Renforcer la surveillance des médicaments , le guide DSM adapté avec l'appui de l'OMS-TDR en 2022 sera révisé en intégrant le VIH, les hépatites virales et les IST. Ce guide intégré de pharmacovigilance sera vulgarisé en collaboration avec l'ARP.

Vulgariser les outils et les circuits de remontée des données pour la pharmacovigilance relatifs aux effets indésirables des médicaments utilisés dans le traitement des quatre maladies en formant le personnel à leur utilisation et définissant un plan de suivi.

4.5.4 Renforcement du Système National de Laboratoire et d'imagerie

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

Le système national de laboratoire a été renforcé avec les fonds Covid et dans le cadre du renforcement du système de santé. Les investissements du Gouvernement combinés avec ceux du Fonds Mondial, du PEPFAR et des autres partenaires financiers ont permis de renforcer les capacités des laboratoires jusqu'au niveau décentralisé.

Toutes les régions disposent d'appareils conventionnels et/ou de Point Of Care (POC) pour la mesure de la charge virale VIH, le diagnostic précoce du VIH, le diagnostic de la tuberculose et de la résistance aux antituberculeux. Ces équipements sont aujourd'hui utilisés dans le diagnostic des infections à HPV et dans la réalisation des tests de charge virale pour l'hépatite B dans certaines régions.

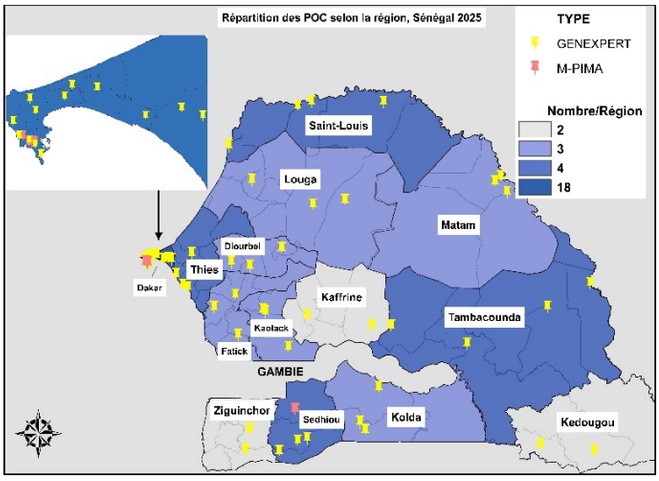
Des appareils GeneXpert à 16 modules ont été acquis en 2024 pour assurer l'intégration des tests VIH/ HPV/CT/NG /TB.

Par ailleurs, des plateformes conventionnelles pour le diagnostic de la TB/HPV/CT/NG ont été optimisées pour le diagnostic précoce et la mesure de la charge virale du VIH et des Hépatites virales.

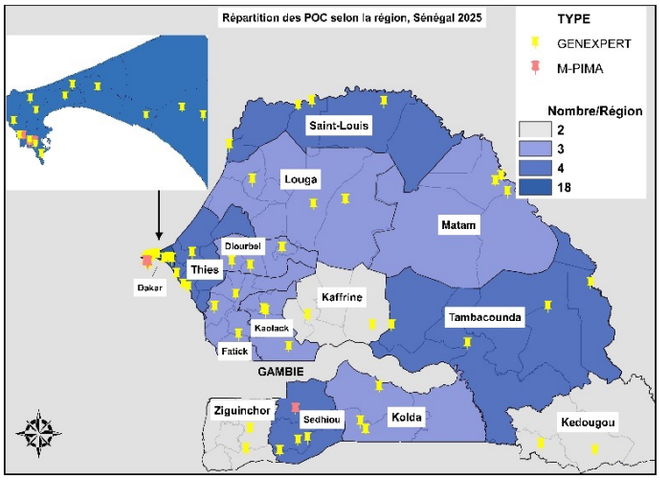
Pour corriger les disparités régionales, l'offre pour les examens biologiques de routine, y compris la CV, a été étendue avec l'introduction du Projet Point Of Care (POC) appuyé par l'initiative de CHAI et UNICEF ainsi que la mise en œuvre du projet CAR « Collecte Acheminement et Rendu des Résultats pour la charge virale et la PCR, les CD4 et autres ». Pour booster davantage la CV et le dépistage précoce, un plan de mise à l'échelle a été mis en œuvre pour couvrir plusieurs sites au niveau du pays.

Pour le GeneXpert, une optimisation a été faite pour la CV et la PCR et de nouvelles acquisitions ont été effectuées. En 2025 le réseau national de GeneXpert compte 76 appareils dont 52 optimisés pour le VIH. Le pays dispose également de 23 plateformes conventionnelles pour le diagnostic précoce et la mesure de la charge virale. L'utilisation de ces équipements avec un bon approvisionnement en intrants de laboratoire a permis de réaliser le test de CV en 2024 pour 21231 patients soit une couverture de 56,4% ; cependant, il existe encore des gaps à combler pour atteindre le 3ème 95.

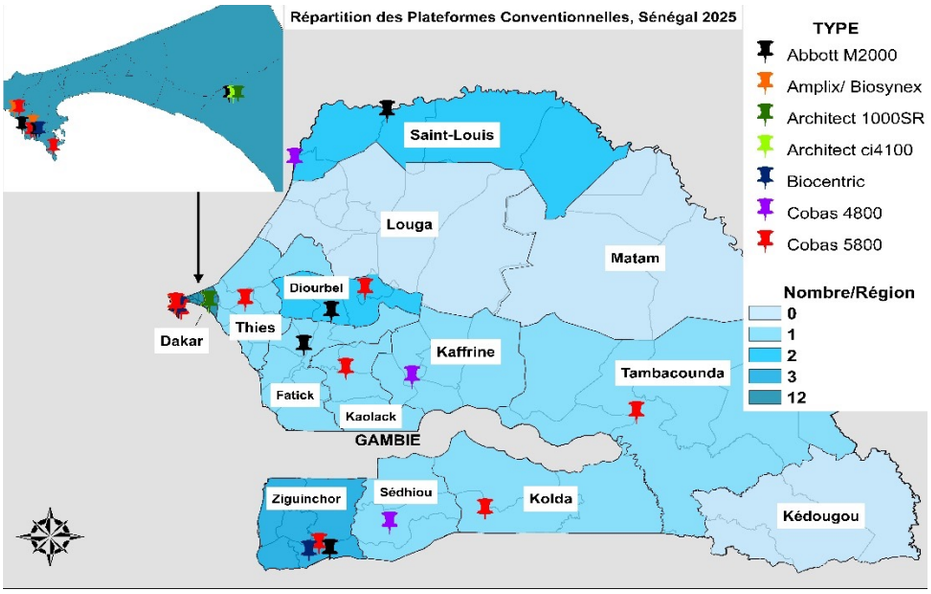




Carte 1 : Répartition des POC selon les régions, 2025



Carte 2 : Répartition des GeneXpert selon les régions, 2025



Carte 3 : Répartition des plateformes conventionnelles selon les régions, 2025

Les résultats du projet EPIC/FHI-360 obtenus dans 25 sites de Prise en charge du VIH répartis dans 7 régions (Dakar, Thies, Saint Louis, Kaolack, Kolda, Sédhiou et Ziguinchor) ont montré qu'une bonne coordination permettait d'améliorer significativement le taux de couverture en charge virale (75% dans les sites EPIC versus 56,4% au plan national), avec un meilleur taux de suppression virologique (95% dans les sites EPIC versus 92% au plan national). Pour le diagnostic précoce , 1288 prélèvements ont été testés en 2024 dont 56% de PCR réalisés à la naissance et 81% réalisés avant 8 semaines de vie. Cependant le nombre d'enfants attendus n'a pas été atteint avec 1560 femmes enceintes séropositives attendues soit un gap de 17,4%. Malgré ces investissements, des problèmes demeurent. Le système de laboratoire doit être renforcé dans le cadre du renforcement du système de santé. Les guides sur les bonnes pratiques de laboratoire ne sont pas standardisées et actualisés. Les algorithmes doivent être actualisés et régulièrement mis à jour pour intégrer les directives de l'OMS. Le diagnostic de chlamydia trachomatis, de la gonococcie et de HPV doit être renforcé et les réactifs disponibles.

En matière de contrôle de qualité, les dernières évaluations se sont déroulées dans 62% des sites de laboratoire et 13% des postes de santé. Ces évaluations ont montré des difficultés pour la réalisation de la charge virale pour le VIH-2, l'absence de fonctionnalité des certains équipements liés à des pannes de modules de Gene Xpert et un défaut de maintenance préventive par les utilisateurs. Pour pallier la couverture insuffisante en laboratoire, des initiatives locales et régionales sont prises pour le transport des échantillons pour le VIH et la TB. Cependant, l'intégration des quatre maladies dans un même système constitue une priorité et pourrait améliorer la coordination du transport des échantillons

Pour le diagnostic de la tuberculose, il faut noter :

- l'utilisation des tests Xpert MTB/RIF/Ultra en première intention dans les 23 districts sanitaires régions à forte charge TB pour le diagnostic de la tuberculose est effective depuis 2024 ;
- l'introduction du test TB LAM en 2025 pour la détection de la TB chez les PVVIH éligibles ;

Le réseau de microscopie du PNT compte 140 unités de microscopie réparties dans les 79 districts en 2025. Dans le cadre du renforcement de la qualité des prestations de diagnostic de la tuberculose, le contrôle de qualité de la microscopie se fait chaque semestre par la méthode de relecture des lames par les pairs. Les laboratoires régionaux assurent la relecture des lames du niveau opérationnel et le LNR contrôle celles du niveau régional. Le secteur privé non lucratif participe également au contrôle de qualité des lames. Le LNR participe aussi au contrôle de qualité externe effectué par le Laboratoire supranational de Cotonou. Le LNR a reçu une accréditation des techniques de microscopie et de Genexpert de la SOAC selon la norme ISO 15189 version 2022 au courant de l'année 2024.

Le programme de renforcement de la qualité se poursuit au niveau du LNR. Pour combler les gaps de couverture en équipement de diagnostic, des initiatives de transport des échantillons (projet CAR et acteurs communautaires) sont mises en œuvre et ne sont pas encore optimales. D'autres initiatives ont été prises par le PNT et ses partenaires à l'endroit des populations clés TB comme l'appui au transport des femmes présumées TB orientées par les OCB vers les structures de santé et le remboursement du transport des relais communautaires pour la collecte des prélèvements réalisés à domicile chez les femmes présumées TB pour minimiser leurs déplacements. En 2024, 38 modules ont été remplacés soit un peu plus de la moitié ;

Il est prévu la signature d'un contrat de maintenance de 53 appareils GeneXperts avec le fabricant Cepheid en 2026. Cette solution devrait permettre de réduire considérablement les délais de remplacement des modules en panne et autres composants à travers la mise en place de stock tampon dans le pays. Par ailleurs, aucune solution de connectivité des appareils GeneXpert n'est encore mise en place faute de financement. Pour assurer la continuité des services de diagnostic avec les pannes de modules GeneXpert, le PNT a introduit une nouvelle technique moléculaire rapide, le Truenat (07 appareils acquis) qui est en phase test. Il est prévu d'étendre son utilisation si l'évaluation de la phase pilote est concluante.

Dans le cadre de l'appui du LNR au renforcement de la gestion du réseau de laboratoire, 17 biologistes régionaux ont été formés en 2024. Dans cette même année, la complétude des données saisies dans la plateforme DHIS2 était plus satisfaisante comparée aux années précédentes.



Synthèse de l'analyse du système National de Laboratoire et d'imagerie

Forces

Investissements massifs récents dans le système de laboratoire

Disponibilité nationale d'équipements de diagnostic décentralisés

Extension et densification du réseau GeneXpert
Renforcement du réseau national TB et de la qualité diagnostique
Accréditation ISO 15189 du LNR TB
Utilisation des tests Xpert MTB/RIF/Ultra en première intention dans les 23 districts sanitaires régions à forte charge TB
Introduction du test TB LAM



Faiblesses

Absence de guides nationaux actualisés de bonnes pratiques de laboratoire pour le VIH
Ruptures fréquentes d'intrants de diagnostic VIH
Insuffisance du diagnostic biologique des IST (CT/NG, HPV)
Couverture incomplète du contrôle de qualité des laboratoires (62 % (90/145) des laboratoires enrôlés)
Pannes fréquentes de modules GeneXpert et maintenance insuffisante
Gaps de couverture en équipement de diagnostic,
Systèmes de transport des échantillons non optimaux



Opportunités

Renforcement du diagnostic intégré VIH–TB–IST–HPV
Extension potentielle du Truenat après la phase pilote
Signature prévue d'un contrat national de maintenance GeneXpert (2026)
Alignement avec l'Agenda Sénégal 2050 (Fenêtre politique favorable à des investissements durables)



Menaces

Persistance des ruptures d'intrants critiques
Dépendance élevée aux financements extérieurs
Retards dans la mise en œuvre de la maintenance contractuelle
Faible connectivité numérique des équipements



Interventions prioritaires pour le renforcement du système de laboratoires

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

Renforcement des Ressources Humaines et des capacités des prestataires à travers la mise à disposition de personnel qualifié et en qualité suffisante au sein des laboratoires décentralisés afin de renforcer la détection des cas de VIH, TB, hépatites virales et IST. Il s'agira d'un recrutement de biologistes et de techniciens de laboratoires qui seront formés sur les différentes techniques.

Mettre à jour le guide des actes de biologie du VIH en intégrant les aspects liés au diagnostic des autres maladies

Réhabiliter le laboratoire national de référence du VIH/IST (construire un nouveau laboratoire qui répond aux normes de sécurité et qui permettrait de prendre en compte le diagnostic du VIH et des IST, des hépatites virales et de la Tuberculose), d'assurer la surveillance de la résistance aux ARV et de réaliser la validation des nouveaux lots d'intrants de diagnostic sérologique et moléculaire.

Mise en place des outils de diagnostic de haute portée prenant en compte, le VIH, la TB, l'hépatite et les IST en intégrant les outils de dépistage systématique : L'augmentation de la couverture en appareils pour le diagnostic moléculaire rapide (GeneXpert multiplex, Truenat, Cobass 5800, etc.) et la diversification des outils de diagnostic du VIH, de la Tuberculose, des hépatites virales et des IST, constituent une importante composante pour l'atteinte des objectifs d'élimination des quatre maladies d'ici 2030. Le réseau sera renforcé avec l'acquisition d'appareils GeneXpert, de TrueNat, FluoroCycler® XT, etc.

Les tests triplex VIH/VHB/VHC et les tests duo VIH/syphilis seront mis en place dans tous les sites de dépistages intégrés et leur approvisionnement sera assuré.

Renforcement des missions de supervisions au profit de tous les laboratoires réalisant le diagnostic et le suivi de l'efficacité des traitements y compris les laboratoires privés : des missions de supervision formatives intégrées par axe au niveau des laboratoires des centres de santé et hôpitaux y compris les laboratoires privés par le niveau central seront périodiquement organisées. Un appui sera octroyé à la Direction des Laboratoires pour organiser ces missions de supervisions en raison de 15 à 20 laboratoires par année.

Étendre progressivement l'évaluation externe de la qualité (EEQ) à l'ensemble des laboratoires publics et privés du pays réalisant les tests de diagnostic du VIH, de la syphilis et des Hépatites virales.

Étendre progressivement l'EEQ des testeurs à l›ensemble des testeurs au niveau des postes de santé

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

Renforcement de la surveillance de la résistance aux médicaments utilisés dans le traitement du VIH, de la TB, des Hépatites virales et des IST : l'OMS recommande aux pays en plus de la surveillance de routine de la résistance à travers des sites sentinelles, de faire des enquêtes périodiques afin d'évaluer la prévalence de la pharmacorésistance aux antimicrobiens. Des enquêtes de prévalence seront organisées, elles seront complétées par la surveillance primaire continue selon les directives propres à chaque programme.

Amélioration de la maintenance des équipements biomédicaux pour les quatre maladies, du dispositif de dépistage actif et de la biosécurité : pour améliorer la performance et la longévité, la maintenance des équipements sera optimisée avec la souscription à des extensions de garanties et des contrats de maintenance. Toutefois, des modules de rechange seront prévus pour les GeneXpert.

Pour une pérennité, les maintenanciers de la DIEM seront formés sur l'entretien du réseau de laboratoire. Des mesures seront également mises en place pour le renforcement de la biosécurité du personnel, des infrastructures et de l'environnement. Des logiciels permettant de digitaliser, de centraliser et d'automatiser la gestion nationale des dispositifs GeneXpert afin d'améliorer le suivi opérationnel, la disponibilité des machines, la maintenance préventive et curative, la disponibilité des consommables, la production de rapports fiables en temps réel comme la documentation de la maintenance seront utilisés.

Amélioration du Système de Management de la Qualité : Les laboratoires d'analyses de biologie médicale doivent mettre en place un Système de Management de la qualité selon les exigences de la norme ISO 15189 version 2022. L'objectif qualité est d'atteindre d'ici à 2026, l'accréditation des laboratoires de références du VIH et de la Tuberculose selon la norme ISO 15189 v 2022.

Afin d'assurer la maintenance des appareils de l'UMRN, chaque année, un contrôle de qualité de la radioprotection de l'UMRN sera effectué par l'Autorité de Radioprotection et de Sureté nucléaire.

Par ailleurs, il faudra assurer un accompagnement en assurance qualité de l'UMRN en collaboration avec la chaire de radiologie de l'Université Cheikh Anta Diop (Contrat d'assistance technique nationale).

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

Renforcement du volet laboratoire et de radiographie spécifiques à la tuberculose

Accélération de la décentralisation de la microscopie : la décentralisation du diagnostic permettra un meilleur accès des populations aux services de diagnostic de la tuberculose. Il s'agira de créer 35 nouvelles unités de microscopie (ou autre unité de diagnostic moléculaire comparable à la microscopie) et de renforcer celles existantes d'ici 2030 pour le diagnostic et le suivi du traitement en raison de 5 unités, par année.

Un manuel sera élaboré pour décrire un circuit clair, s'appuyant sur les acteurs communautaires, pour acheminer les échantillons de la population vers les structures sanitaires avec une implication des structures privées.

Contrôle de qualité et supervision des activités du réseau des laboratoires de microscopie TB : la supervision du réseau de laboratoire est intégrée à celle semestrielle organisée par le PNT en collaboration avec le programme VIH dans les structures de santé au niveau des régions et des districts.

En sus des visites de routine, une autre sera organisée dans chaque DRS de manière spécifique par les biologistes régionaux dans les laboratoires à problèmes. Une procédure décrivant l'organisation de cette activité est développée par le LNR et sera diffusée. Le Volet concernant les hépatites virales sera intégré.

Extension de l'utilisation du test moléculaire rapide pour le diagnostic de la tuberculose (Xpert MTB/Rif, Truenat, etc.) en première intention de la tuberculose. Selon les recommandations de l'OMS, le PNT étendra l'utilisation du test moléculaire rapide en première intention chez tous les cas présumés tuberculeux au niveau des 14 DRS. Les laboratoires seront dotés en quantité suffisante d'intrants et de produits de diagnostic comme les cartouches Xpert MTB RIF ultra (ou autres selon le type d'appareils exemple : Truenat).

Amélioration de la disponibilité permanente des cultures sur milieux liquide et solide et des tests de pharmacosensibilité au LNR, à Kaolack et à Ziguinchor pour couvrir les besoins nationaux : la culture sur milieux liquide et solide et les tests de pharmacosensibilité seront effectués au LNR, à l'hôpital de la Paix de Ziguinchor et au laboratoire régional de Saint Louis qui bénéficieront d'une maintenance régulière. L'ouverture de ces nouveaux laboratoires de culture dans ces deux régions permettront de prendre en charge les besoins des malades dans ces régions et celles voisines (pôles régionaux de culture de la tuberculose).

Renforcement en ressources humaines du LNR et la gestion des données : le laboratoire du LNR sera renforcé en ressources humaines qualifiées qui seront formées sur les spécificités de la tuberculose.

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

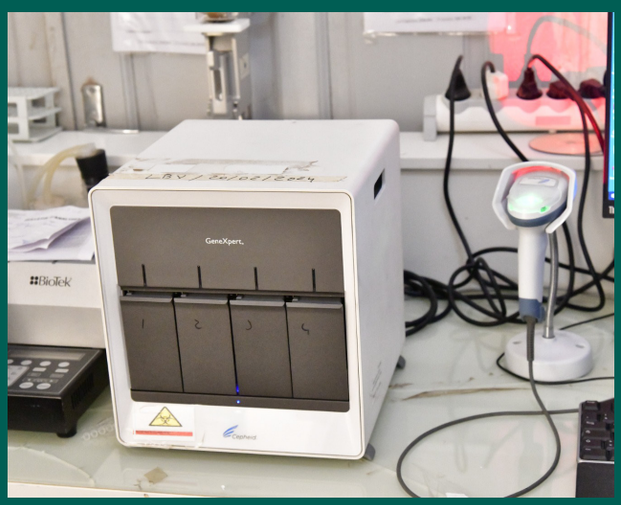
Les six régions à plus forte charge morbide de tuberculose (Dakar, Thiès, Diourbel, Ziguinchor, Saint-Louis et Kaolack) seront «également dotées, en priorité, chacune d'un appareil d'unité de radiographie mobile avec intelligence artificielle pour une meilleure décentralisation et une fréquence plus adaptée de la réalisation de campagnes de dépistage actif ciblées sur les populations vulnérables à la tuberculose Le PNT assurera les campagnes de dépistage actif dans les huit DRS restantes avec ses nouveaux appareils.

Par ailleurs, 23 unités de radiographie numérique mobiles avec des logiciels d'aide à la lecture (intelligence artificielle) seront acquises et installées au niveau des centres de santé de référence des 23 districts sanitaires notifiant le plus grand nombre de cas de TB (74% des cas). Les locaux seront réhabilités pour les 23 structures ciblées pour l'installation des nouveaux appareils, la maintenance annuelle des appareils et la formation des techniciens sur leur utilisation seront réalisées. En outre, ces appareils contribueront aussi à l'amélioration du diagnostic des cas difficiles chez les adultes (PVVIH, diabétiques, cas pulmonaires pauci bacillaires, etc.) et des personnes contacts de malades tuberculeux notamment les TB MR.

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

L'acquisition d'équipements de radioprotection et la contractualisation avec l'Agence nationale de Radioprotection seront assurées annuellement pour la maintenance et la protection des manipulateurs de ces différents appareils de radiographie.







4.5.5 Décentralisation et renforcement de l'offre de services privés

Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

La décentralisation et l'intégration des services sont les principes de base de l'offre pour une amélioration de l'accès des services aux populations. La couverture géographique pour la dispensation du paquet d'interventions et de services intégrés sera élargie aux postes de santé prioritaires des différents districts. La décentralisation de la prestation de services est mise en place en tenant compte du contexte local, accompagnée d'investissements pour renforcer les infrastructures, la formation du personnel de santé et des agents communautaires, afin de maintenir la qualité des services et la confiance des usagers.

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

Le renforcement de l'offre de services de santé privé au Sénégal est important pour l'atteinte des résultats du PSNI. La cartographie, réalisée en 2017, comptabilise 2 754 Structures Privées Sanitaires (SPS). A Dakar, l'offre de service médicale privée fait 6 fois l'offre publique. Les données sur la contribution du secteur privé dans la PTME ainsi que la notification des cas pour le VIH et la TB doivent être recueillies. Toutefois, une cartographie des structures de santé privé est en cours de réalisation en 2025 et la publication des résultats est prévue en 2026.

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

Un atelier de réflexion sur l'offre de services antituberculeux et la transmission des données par le secteur privé sanitaire a été organisé par le PNT en 2024 pour jeter les bases de la formalisation de la collaboration. Ainsi, une convention sera signée avec l'Alliance nationale du secteur privé de la santé pour la mise en place d'une feuille de route en vue de la dispensation de services de prévention et de soins intégrées VIH, tuberculose, Hépatites virales et IST dans des structures ciblées. Concernant la tuberculose, les officines privées participeront à l'identification et l'orientation des tousseurs chroniques pour le diagnostic ; les agents de comptoirs sont formés sur la tuberculose et des contrats de partenariats seront signés en collaboration avec l'association des pharmaciens privés.

Synthèse de l'analyse de la décentralisation et Renforcement de l'offre de services privés

Forces

Alignement avec les principes de décentralisation et d'intégration des services

Poids important du secteur privé dans l'offre de soins nationale

Décentralisation de la prestation de services jusqu'au niveau des postes de santé

Formalisation de la collaboration avec des partenariats public privé



Faiblesses

Faible disponibilité de données sur la contribution réelle du secteur privé

Hétérogénéité de la qualité des services offerts

Insuffisance de la formation du personnel privé sur les protocoles nationaux intégrés

Faible implication actuelle du privé dans la prise en charge TB et VIH

Faible intégration des laboratoires privés dans la stratégie nationale



Opportunités

Réseau étendu de structures privées sanitaires

Existence de structures confessionnelles et à but non lucratif bien implantées

Volonté institutionnelle de formaliser la collaboration public–privé

Intégration des officines privées dans la lutte antituberculeuse

Réflexions lancées sur l'offre de services et la transmission des données par le secteur privé sanitaire



Menaces

Faible régulation et contrôle de la qualité dans certaines structures privées

Réticence de certaines structures privées à partager les données sanitaires

Faible appropriation des normes nationales par le personnel des structures privées de santé

Insuffisance de supervision régulière des structures privées



Interventions prioritaires pour la décentralisation et le renforcement de l'offre de services privés

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

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



Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

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

Malgré les efforts de l'État et de ses partenaires, la tuberculose reste méconnue par une large partie de la population. L'enquête CAP de 2017 a révélé que seulement 52,6 % des populations disposaient de connaissances de base correctes sur la TB. La communication en matière de prévention, de détection, de prise en charge et d'appui psychosocial doit être renforcée, avec un focus sur les six régions les plus touchées. Plusieurs groupes sociaux demeurent insuffisamment informés sur les causes, les manifestations et les mesures à prendre en cas de TB.

Le PNT, en collaboration avec le CNLS, organise régulièrement des campagnes de sensibilisation et de dépistage actif de la TB à l'endroit des populations clés du VIH. Des outils de communication (boite à images, flyers, carte conseil, affiches, etc.) ainsi que des spots ont été développées sur la co-infection TB/VIH. Cependant, en dehors des outils et canaux classiques de communication, les différents programmes utilisent surtout les TIC innovantes et adaptées aux cibles (Site Internet, Facebook, Tiktok, Instagram, Linkedin, X, etc.) ainsi que des plateformes numériques mises en place pour mieux atteindre les cibles, même si aujourd'hui, le défi majeur est l'adaptation des messages aux différentes plateformes. Des émissions sont organisées à travers les radios ou télévisions et des bulletins périodiques sont régulièrement partagés avec les agents de santé.

Par ailleurs, l'accessibilité des rapports, études et évaluations dans le site web du CNLS est à saluer et symbolise la transparence dans la gestion. Du côté du PNT, la sensibilisation de proximité se fait également en contractualisant avec les radios communautaires dans six régions où des émissions interactives ainsi que des spots sur la TB ont été diffusés. Les célébrations de la Journée Mondiale de la Tuberculose (24 mars) et de la journée mondiale contre le Sida (01 Décembre) sont organisées au niveau national et dans toutes les régions.

Les principales lacunes identifiées concernent le **faible niveau de connaissances sur les IST, le VIH et la tuberculose** : seuls environ un tiers des adolescents et des jeunes âgés de 15 à 24 ans disposent d'une connaissance complète du VIH et de la tuberculose. **S'agissant des hépatites**, des insuffisances notables sont également observées dans les stratégies et contenus de communication. En effet, la communication sur les hépatites virales est peu ressentie et doit être renforcée en mettant l'accent sur les besoins en termes de prévention, de diagnostic et de traitement.

Par ailleurs, une **stagnation des connaissances sur le VIH** est constatée depuis près d'une décennie, situation largement attribuable à l'insuffisance des financements alloués aux programmes de prévention ciblant les adolescent.e.s et les jeunes. Cette situation est aggravée par la **faible implication des jeunes dans l'élaboration des politiques et des interventions**, en particulier la prise en compte limitée des adolescent.e.s et des jeunes issus du secteur informel.

En outre, les **supports et canaux de communication actuellement utilisés apparaissent peu adaptés** à la cible prioritaire. Le maintien d'investissements importants dans des supports papier et des médias traditionnels, tels que les affiches, les dépliants et les émissions radio sans interactivité numérique, ne permet plus d'atteindre efficacement une jeunesse évoluant désormais dans un environnement fortement digitalisé et marqué par l'essor des technologies numériques et de l'intelligence artificielle.


LE SIDA A LES TEMPS D'EN FINIR
LES FORCES ARMEES
SENEGALAISES "ENGAGEE"

Synthèse de l'analyse sur la communication

Forces

Existence de cellules dédiées à la communication au sein des programmes VIH et TB
Expérience avérée en campagnes nationales de sensibilisation

Production d'outils de communication diversifiés

Utilisation croissante des TIC et des réseaux sociaux

Collaboration entre le PNT et le CNLS pour la communication intégrée TB/VIH

Mobilisation des radios communautaires

Implication des agents de santé dans la diffusion des messages
Réalisation régulière d'enquêtes sur les connaissances des maladies par les populations



Faiblesses

Niveau de connaissance insuffisant sur la TB, le VIH et les IST, notamment chez les jeunes, caractérisé par une faible proportion (environ 33 %) disposant d'une connaissance complète du VIH
Communication insuffisante sur les hépatites virales

Prise en compte limitée des jeunes du secteur informel

Supports de communication peu adaptés aux pratiques numériques actuelles

Couverture inégale des actions IEC/CCC selon les régions

Faible évaluation de l'impact réel des actions de communication



Opportunités

Expansion rapide de l'usage du numérique et des réseaux sociaux chez les jeunes
Développement des technologies numériques et de l'intelligence artificielle
Mobilisation accrue des influenceurs, leaders communautaires et pairs éducateurs
Déploiement de plateformes numériques nationales de santé



Menaces

Persistance de la désinformation et des rumeurs sur les réseaux sociaux
Évolution rapide des usages numériques
Faible priorité budgétaire accordée à la communication
Inégalités d'accès au numérique selon les zones et les groupes sociaux



Interventions prioritaires pour l'IEC/CCC

Le renforcement de la communication nécessite de mettre en œuvre des stratégies de communication et de sensibilisation innovantes et audacieuses sensibles au genre et inclusive. Par ailleurs, les données des trois programmes ont montré une prévalence plus élevée de la maladie dans la population jeune ainsi que les populations clés. Un accent particulier sera mis sur ces cibles. Des stratégies de communications plus adaptées aux différentes cibles seront mises en place (tranche d'âge, déterminants comportementaux etc.).

Le personnel de santé sera également ciblé dans les différentes stratégies pour leur meilleure implication dans la prévention (renforcement de capacités, sensibilisation, paquet de services global).

IEC/CCC et utilisation des technologies de communication et des réseaux sociaux dans la diffusion de messages de sensibilisation et de prévention du VIH, de la tuberculose, des hépatites et des IST chez les adolescents et adolescentes et les jeunes de moins de 20 ans.

La stratégie prévoit des séances d'information, d'éducation, de communication et de renforcement des capacités pour les changements de comportements avec l'utilisation de toutes les TICs transformantes et innovatrices. Pour cette cible, un plan national de communication digitale et numérique sur les quatre maladies est développé et sera vulgarisé ainsi que des activités de promotion et de marketing social du préservatif. En plus, deux stratégies de digitalisation adaptées aux jeunes seront promues. Il s'agit :

du «Guichet Unique Numérique» : Création d'une plateforme nationale unique et mobile (application mobile/web-app) pour l'accès confidentiel et anonyme aux services SSR/VIH/TB/HV/IST. Il s'agit d'une application ou un hub simple, attractif et facile à utiliser permettant aux jeunes d'avoir accès à : i) des vidéos courtes de sensibilisation sur les quatre maladies ; ii) une rubrique Questions / Réponses sur le VIH et la prévention ; iii) la localisation des structures sanitaires proches ; v) la possibilité de réserver un rendez-vous ou de demander un autotest en retrait discret à l'image de LEERLOUWER pour les points de prise en charge.

du « Chat Bot » User-Friendly : Mettre en place une chat bot interactif de mobilisation de feedback bidirectionnel (via SMS, WhatsApp, Messenger) s'inspirant du modèle U-Report pour engager massivement les adolescent.e.s et les jeunes. Le principe repose sur l'envoi fréquent de messages de prévention et de sensibilisation sur les quatre maladies, de séries de quizz à réponses directes. Il est réalisable sous forme de sms push, le chat bot est accessible dans toutes les zones couvertes par les réseaux de téléphonie dans le pays. Le feedback du chat bot permettra d'évaluer le niveau de connaissance des quatre maladies.

D'autres interventions spécifiques cibleront les jeunes âgés de moins de 20 ans présentant le VIH, la Tuberculose ou les hépatites virales ou des jeunes appartenant aux populations clés pour les quatre maladies. Des outils de communications spécifiques pour la prévention et une vie positive seront mis en place ainsi que d'autres activités visant à renforcer la prévention et l'estime de soi.

Afin d'assurer l'efficacité des interventions ciblant les jeunes, il est impératif de réorienter les budgets. Par conséquent, le financement et la production de supports d'IEC/CCC non numériques (supports papiers, affiches génériques, etc.) seront réduits au profit de la création, de la maintenance et de la promotion des contenus numériques (vidéos, Chat-bot, Guichet Unique) et de la collaboration avec les influenceurs. Les acteurs communautaires impliqués dans la santé maternelle et infantile, particulièrement les Bajenu Gox seront fortement mobilisés à travers des conventions pour la dispensation d'un paquet de services. Les conventions avec les Bajenu Gox vont intégrer une composante de formation aux outils numériques de sensibilisation et d'orientation (utilisation de l'application «Guichet Unique Numérique») et de feedback.

Prévention des infections VIH, TB, HV et IST dans la population des adultes de plus de 20 ans **:**

Les interventions de communication prévues pour cette cible sont la promotion et le marketing social du préservatif, du port du masque et du matériel d'injection avec entre autres la mise en place de points de distribution de préservatifs. Des activités de stratégies avancées seront mises en œuvre dans les lieux de concentration des jeunes adultes et des personnes âgées (milieu universitaires, écoles de formations, etc.). Par ailleurs, des activités de plaidoyers seront déployées dans chaque région en direction des religieux, des autorités administratives, judiciaires, pénitentiaires locales, etc. Les aspects liés au genre seront pris en compte, des interventions dans les lieux de concentrations des hommes, et pour la cible féminine, en collaboration avec les « Bajenu gox ».

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

Sensibilisation du personnel de santé : le personnel de santé est inclus dans la cible pour la communication sur les quatre maladies pour améliorer la prise en charge et la prise en compte des droits humains et du genre dans leurs prestations. Des séances d'informations sur les thématiques prioritaires du sida, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST, seront organisées à l'intention du personnel de santé. Une composante de cette formation portera sur l'utilisation et la promotion des outils de santé numérique auprès des jeunes, ainsi que sur l'importance du feedback numérique. Leur implication et leur leadership sont essentiels dans l'amélioration des indicateurs du PSNI. Pour renforcer la communication sur le VIH à travers les numéros verts, des formations à l'attention des téléopérateurs du SNESS et des CTA sont également prévues.

4.7 Renforcement du système communautaire



Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

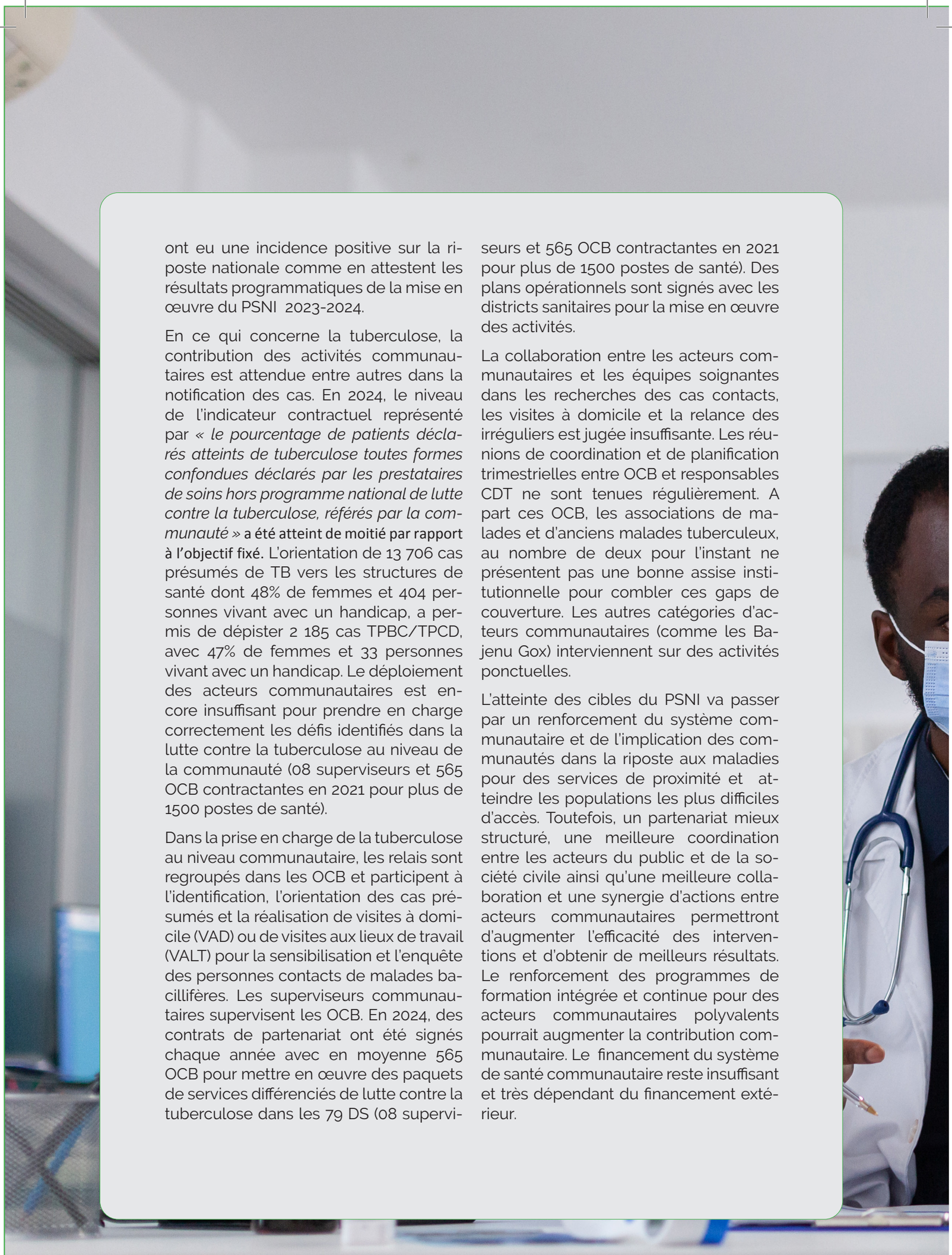
Le système communautaire est l'un des piliers de la politique nationale de santé au Sénégal. L'action communautaire portée par les ONG, les organisations communautaires de base (OCB) et leurs réseaux est venue compléter celle des structures institutionnelles pour le bien-être des populations. En effet,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

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

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

Cet engagement et ce dynamisme des organisations communautaires ont largement contribué à la mise en œuvre des approches novatrices et multisectorielles en direction des PVVIH, des populations clés et des groupes les plus vulnérables touchés par le VIH, la tuberculose et/ou les hépatites virales, à travers la mise en place de services adaptés et de proximité. L'implication et l'engagement des acteurs communautaires ont permis d'augmenter la couverture géographique des interventions, même si cela reste modeste au regard de la taille des populations cibles. Avec l'utilisation des relais communautaires, des médiateurs communautaires, des volontaires communautaires, des marraines 'Bajenu Gox' et Mother mentors, l'offre de services communautaires s'est beaucoup développée mais devrait être mieux formalisée.

Cette augmentation substantielle des volumes de prestations par les travailleurs de proximité à travers la mise en œuvre d'un paquet de services tels que l'IEC/CCC, le dépistage démédicalisé, l'autotest, la mise en œuvre de la PrEP à l'endroit des populations clés, la distribution communautaire des ARV, l'accompagnement des PVVIH, l'observance du traitement ambulatoire, la recherche des perdues de vue et l'accompagnement social



ont eu une incidence positive sur la riposte nationale comme en attestent les résultats programmatiques de la mise en œuvre du PSNI 2023-2024.

En ce qui concerne la tuberculose, la contribution des activités communautaires est attendue entre autres dans la notification des cas. En 2024, le niveau de l'indicateur contractuel représenté par « *le pourcentage de patients déclarés atteints de tuberculose toutes formes confondues déclarés par les prestataires de soins hors programme national de lutte contre la tuberculose, référés par la communauté* » a été atteint de moitié par rapport à l'objectif fixé. L'orientation de 13 706 cas présumés de TB vers les structures de santé dont 48% de femmes et 404 personnes vivant avec un handicap, a permis de dépister 2 185 cas TPBC/TPCD, avec 47% de femmes et 33 personnes vivant avec un handicap. Le déploiement des acteurs communautaires est encore insuffisant pour prendre en charge correctement les défis identifiés dans la lutte contre la tuberculose au niveau de la communauté (08 superviseurs et 565 OCB contractantes en 2021 pour plus de 1500 postes de santé).

Dans la prise en charge de la tuberculose au niveau communautaire, les relais sont regroupés dans les OCB et participent à l'identification, l'orientation des cas présumés et la réalisation de visites à domicile (VAD) ou de visites aux lieux de travail (VALT) pour la sensibilisation et l'enquête des personnes contacts de malades bacillifères. Les superviseurs communautaires supervisent les OCB. En 2024, des contrats de partenariat ont été signés chaque année avec en moyenne 565 OCB pour mettre en œuvre des paquets de services différenciés de lutte contre la tuberculose dans les 79 DS (08 superviseurs et 565 OCB contractantes en 2021 pour plus de 1500 postes de santé). Des plans opérationnels sont signés avec les districts sanitaires pour la mise en œuvre des activités.

La collaboration entre les acteurs communautaires et les équipes soignantes dans les recherches des cas contacts, les visites à domicile et la relance des irréguliers est jugée insuffisante. Les réunions de coordination et de planification trimestrielles entre OCB et responsables CDT ne sont tenues régulièrement. A part ces OCB, les associations de malades et d'anciens malades tuberculeux, au nombre de deux pour l'instant ne présentent pas une bonne assise institutionnelle pour combler ces gaps de couverture. Les autres catégories d'acteurs communautaires (comme les Bajenu Gox) interviennent sur des activités ponctuelles.

L'atteinte des cibles du PSNI va passer par un renforcement du système communautaire et de l'implication des communautés dans la riposte aux maladies pour des services de proximité et atteindre les populations les plus difficiles d'accès. Toutefois, un partenariat mieux structuré, une meilleure coordination entre les acteurs du public et de la société civile ainsi qu'une meilleure collaboration et une synergie d'actions entre acteurs communautaires permettront d'augmenter l'efficacité des interventions et d'obtenir de meilleurs résultats. Le renforcement des programmes de formation intégrée et continue pour des acteurs communautaires polyvalents pourrait augmenter la contribution communautaire. Le financement du système de santé communautaire reste insuffisant et très dépendant du financement extérieur.

Synthèse de l'analyse du système de santé communautaire

Forces

Présence active et expérimentée des ONG, OCB et réseaux communautaires

Contribution significative aux résultats programmatiques

Forte mobilisation communautaire

Expertise reconnue du secteur communautaire dans l'application d'approches différenciées, favorisant l'atteinte des populations prioritaires

Existence de cadres contractuels avec les districts sanitaires

Existence d'un mécanisme de suivi dirigé par les communautés (CLM)

Intégration des données communautaires dans le système d'information sanitaire

Faiblesses

Faible intégration des différentes maladies dans les interventions communautaires

Couverture communautaire insuffisante au regard des besoins

Contribution communautaire à la détection TB en deçà des attentes

Insuffisance de coordination entre acteurs communautaires et structures de soins

Absence de programme structuré de formation intégrée et continue, entraînant un manque d'acteurs communautaires polyvalents

Hétérogénéité des coûts opérationnels des activités communautaires

Digitalisation des données communautaires incomplète

Opportunités

Reconnaissance institutionnelle de la santé communautaire comme pilier du système de santé

Acceptabilité élevée des services communautaires par les populations

Intégration de la santé communautaire dans la CSU

Menaces

Faible assise institutionnelle des associations de malades

Dépendance élevée aux financements extérieurs
Insuffisance du financement domestique dédié à la santé communautaire

Fragmentation des interventions communautaires

Interventions prioritaires pour le renforcement du système communautaire

Capacitation et professionnalisation des acteurs communautaires : l'intégration des quatre maladies demande une organisation et une mise à niveau des acteurs communautaires impliquées dans la lutte contre les quatre maladies. Il sera important, dans un premier temps, de faire une cartographie exhaustive des différents acteurs communautaires et de la société civile. Cet exercice permettra de déterminer les besoins en formation mais aussi d'avoir un aperçu global sur le profil des ACS en vue d'élaborer un programme national de formation continue et/ou de certification afin d'harmoniser les interventions.

Digitalisation des interventions communautaires : la mise en place d'une plateforme numérique interopérable avec le DHIS2 et fonctionnelle en offline avec une synchronisation dès qu'une connexion internet est disponible, permettra d'améliorer la complétude des données communautaires. Cette plateforme numérique dotée d'un système de messagerie bidirectionnel (notification rapide, feedback aux relais) sera utilisée systématiquement par les acteurs communautaires de santé (ACS) lors de la mise en œuvre de leurs activités de réponse contre le VIH, la tuberculose, les hépatites et les IST. Ainsi, les délais de diagnostic et de prise en charge seront significativement réduits. Pour ce faire, des outils numériques (tablettes, smartphones) auxquels les acteurs communautaires seront formés pour la collecte de données, la remontée des alertes, le suivi du calendrier de traitement seront introduits.

Renforcement de l'implication communautaire et de la société civile dans les cadres de concertation et de coordination de la réponse au VIH/TB/hépatites virales/IST : les acteurs communautaires et de la société civile seront impliqués dans toutes les instances de décisions relatives au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST. En effet, ils seront représentés dans les instances de planification stratégique et opérationnelle, les revues périodiques, les réunions de coordination et les évaluations à mi-parcours et finale du PSNI, pour une meilleure prise en compte de leurs contribution dans les décisions de santé publique.

Mise en place d'un cadre de partenariat public-communautaire à travers des contrats sociaux ou mécanismes similaires : il s'agira de définir des accords de partenariat entre les OCB/OSC, le MSHP et les PTFs dans le cadre de la lutte intégrée contre le VIH, la TB, les HV et les IST avec des financements basés sur les résultats. Ce partenariat sera soutenu par une implication forte des Comités de Développement sanitaire (CDS), des Collectivités territoriales, mais aussi par des subventions et des fonds rotatifs communautaires pour sa durabilité. Dans le cadre de ce partenariat, des contrats de performance seront signés entre les OCB/OSC et les districts sanitaires pour la mise en œuvre d'un paquet de service intégré. Dans le cadre de la CSU, ces acteurs porteront le plaidoyer pour l'inscription des populations hautement vulnérables dans les mutuelles de santé communautaires.

Réduction de l'incidence des maladies par la prévention et la promotion dans les groupes spécifiques et dans la population générale : les acteurs communautaires seront fortement impliqués dans le renforcement et l'adaptation des stratégies et interventions par la mise en œuvre de la communication sur le changement social et comportemental centré sur les quatre maladies. Le paquet de services communautaires pour la population générale et les groupes vulnérables sera développé.

Une attention particulière sera donnée aux stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge communautaire intégrant le VIH, la TB, l'Hépatite et les IST, à la gestion de cas contacts des patients TB et des partenaires de cas index VIH, d'hépatites virales et d'IST. Des formations en cascade et coordonnées par les districts sur le guide communautaire intégré seront organisées dans les 79 districts sanitaires. L'engagement des collectivités et des écoles sera renforcé par le financement local d'activités et l'intégration de leçons de vie sur les quatre maladies dans les programmes scolaires.

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

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

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

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

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

Sur cette base, elles établissent des boucles de rétroaction rapides avec les gestionnaires de programmes et les décideurs en matière de santé pour améliorer la prestation de services et créer un environnement propice. Des réunions de coordination et d'harmonisation seront organisées avec les quatre programmes pour partager et prendre en charge les difficultés prioritaires.

4.8 Promotion de la Recherche et de l'Innovation



Analyse de la réponse et lacunes programmatiques

La recherche et l'innovation contribuent fortement à l'amélioration de la performance des programmes de santé. Plusieurs institutions de recherche et universités appuient les différents programmes. Dans cette optique, le PNT a mis en place depuis 2015 une task-force nationale de recherche opérationnelle sur la tuberculose, regroupant le PNT, d'autres services du MSHP, les université, les institutions publiques et privées et les ONG. Aussi, le CRCF avec l'appui de l'ANRS et l'IRD appuie le programme VIH dans la définition des stratégies prioritaires et assurent la promotion de la recherche et le renforcement des capacités des acteurs opérationnels. Pour compléter les informations stratégiques pour la prise de décision et pour répondre à des questions opérationnelles dans la mise en œuvre des programmes, des enquêtes sont régulièrement programmées et un plan national de recherche élaboré. Cependant, la mise en œuvre de l'agenda de la recherche est souvent confrontée à la disponibilité des ressources financières.

Au niveau communautaire, des institutions comme Enda Santé, plan International, ANCS mènent des activités opérationnelles. On note cependant une insuffisance de l'implication des organisations communautaires de base et associations des patients dans la recherche.

L'intégration des cadres de concertation et des sujets de recherche ainsi que le renforcement des capacités techniques pour la mise en œuvre de recherches opérationnelles et fondamentales sont prioritaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Synthèse de l'analyse la Recherche et de l'Innovation

Forces

Existence d'une Task-force nationale de recherche opérationnelle TB
Implication des universités et institutions de recherche nationales
Alignement de la recherche avec les besoins programmatiques
Contribution de la recherche à l'amélioration de la performance des programmes



Faiblesses

Faible intégration des cadres de concertation et des agendas de recherche
Financement très limité de la recherche et de l'innovation
Faible mise en œuvre des plans et agendas de recherche
Faible réalisation de la recherche fondamentale



Opportunités

Intérêt croissant des partenaires techniques et financiers pour la recherche appliquée
Disponibilité de financements internationaux dédiés à la recherche opérationnelle
Intérêt croissant pour l'évaluation des stratégies intégrées VIH–TB–Hépatites–IST



Menaces

Faible priorité budgétaire nationale accordée à la recherche
Dépendance excessive aux financements extérieurs
Contraintes administratives et éthiques pouvant retarder les études
Pression opérationnelle sur les programmes de santé (Peu de temps et de ressources consacrés à la recherche)



Interventions prioritaires pour la promotion de la recherche et de l'innovation

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

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

Valorisation scientifique et utilisation des résultats de la recherche : l'optimisation de la recherche passe par la coordination des activités de recherche sur les quatre maladies et la vulgarisation de ses résultats. Elle permettra d'améliorer les méthodes d'échange de données pour favoriser les découvertes scientifiques et faciliter l'incorporation des données de la recherche dans les politiques nationales de diagnostic, de prise en charge et de prévention de la tuberculose.

La dissémination nécessite un partage des résultats de la recherche avec les acteurs concernés au cours des journées scientifiques et dans les revues intégrées avec les acteurs de la recherche (journal, publications etc.). Ces données factuelles vont influencer la prise de décisions dans la lutte contre les maladies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Renforcement de la recherche fondamentale : la recherche fondamentale consiste en des travaux expérimentaux ou théoriques entrepris principalement en vue d'acquérir de nouvelles connaissances sur les fondements des phénomènes et des faits observables en rapport avec les maladies, sans envisager une application ou une utilisation particulière à court terme. Cette recherche fondamentale sera menée en partenariat avec l'université et les instituts de recherche. Il convient de mettre l'accent sur la recherche biomédicale fondamentale et la biologie de la tuberculose pour générer de nouvelles données sur l'origine moléculaire et biochimique de cette maladie. Ces données favoriseraient des innovations considérables pour le diagnostic, le traitement, les soins et la prévention de la tuberculose. Les découvertes de la recherche clinique sur les quatre maladies permettront de mettre au point des outils de diagnostic d'un coût abordable. Le renforcement des capacités des acteurs sur la recherche fondamentale permettra d'améliorer leurs niveaux de connaissance sur ce volet. En plus, ils seront capacités pour les bonnes pratiques de manière fondamentale. Cette intervention ouvrira des opportunités de collaboration avec les Université et les Instituts de recherche.

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

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

Mener une enquête nationale de prévalence de la tuberculose pour la stabilisation de l'incidence qui fluctue annuellement avec les estimations de l'OMS car dépendant fortement des méthodes utilisées;

Mener une enquête nationale de prévalence des IST.

Élaboration, promotion et mobilisation de ressources pour le plan stratégique national intégré de recherche opérationnelle sur la tuberculose, le VIH, les hépatites virales et les IST.

Diffusion des résultats de la recherche à travers l'organisation tous les 2 ans des journées scientifiques intégrées dédiées au VIH, à la TB, aux Hépatites virales et aux IST et la publication des articles scientifiques sur la recherche sur le VIH, la TB, les Hépatites virales et les IST dans des revues internationales et lors des conférences internationales.

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

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

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

Renforcement des capacités et implication des agents de santé publique, des acteurs communautaires et des OSC sur les stratégies de recherches en collaboration avec l'OMS, les partenaires bilatéraux, les institutions de recherches au Sénégal et à l'étranger à travers la recherche fondamentale, la Bio-informatique, les stages nationaux dans les institutions de recherches et les laboratoires de référence (LBV, IRESSEF, Pasteur, Cours international en ligne de l'OMS, etc.).

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

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

Thématique	Sujets prioritaires de recherche
Personnes âgées	· Évaluer le dispositif de prise en charge des personnes âgées affectées par une ou plusieurs comorbidités · Mener une étude sur les obstacles à l'intégration des services de prise en charge des comorbidités (VIH, TB, hépatites virales, IST, diabète, HTA, cancer du col) · Mener une étude sur l'adaptation de la prise en charge gériatrique en contexte décentralisé · Evaluation d'impact des interventions de communication pour un changement de comportement envers les personnes âgées · Mener une étude sur les particularités de la prise en charge de la tuberculose chez les personnes âgées
Adultes	· Mener une étude sur les déterminants de l'inaccessibilité des hommes aux services de prévention et de soins · Mener une recherche opérationnelle sur l'amélioration de la qualité de la PSD au Sénégal · Étudier le profil de la résistance primaire aux ARV au Sénégal · Mettre en place un projet pilote de confirmation des tests VIH au niveau des postes de santé · Faire une étude pilote sur l'allégement thérapeutique en bithérapie à base de DTG/3TC chez les patients stables et n'ayant pas de coinfection VHB ou formes injectables · Réaliser une étude pilote pour la prise en charge de la MVA au niveau de 5 sites · Mener une étude sur le traitement discontinu (4 jours sur 7 par ex) chez les patients ayant une CV supprimée durablement · Réaliser une étude sur la proportion de couples séro-différents, les facteurs associés à la positivité d'un des conjoints et les obstacles au partage du statut sérologique au sein du couple · Renforcer la recherche sur la PEC de VHB (incidence de la cure fonctionnelle (perte HBs), du CHC, de la proportion de porteurs chroniques à traiter, l'incidence de l'atteinte rénale sous TDF · Réaliser une étude pilote pour le diagnostic de la TB latente par les tests IGRA chez les sujets contacts dans trois régions. · Réaliser une étude sur les complications métaboliques du DTG · Mener une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires · Réaliser une étude pilote sur l'efficacité des nouvelles molécules de sauvetage (fostemsavir, Lenacapavir) chez les patients multirésistants aux ARV · Mener la troisième enquête nationale sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations sur la tuberculose · Réaliser l'enquête nationale sur les coûts catastrophiques liés à la prise en charge supportés par les patients tuberculeux et leurs familles au Sénégal · Accréditer le Laboratoire national de référence du PNT pour son implication dans la recherche fondamentale · Réaliser la cartographie moléculaire des mycobactéries circulantes au Sénégal chaque année (LNR/IRESSEF/Laboratoire de mycobactérie du CHNU de Fann, HALD et autres…) · Mener une étude opérationnelle sur l'utilisation du protocole court BPaL/BPaLM chez les patients TBMR au Sénégal · Évaluer la prise en charge de la tuberculose au niveau transfrontalier. · Mener une étude sur les facteurs associés à l'échec thérapeutique de la TB pharmaco sensible dans les districts sanitaires avec des taux d'échec élevés · Réaliser une enquête sur les capacités de dépistage et sur le dispositif de soins des quatre maladies au niveau des 37 établissements pénitentiaires et de 3 sites d'orpaillages de Kédougou · Mener une étude sur les déterminants sociaux des cas manquants (TB, VIH, Hépatites et IST) au Sénégal · Mener une recherche opérationnelle sur les outils digitaux de pharmacovigilance pour la déclaration et la remontée des effets adverses des médicaments utilisés dans le traitement de la TB, du VIH, des Hépatites virales et des IST · Mener une analyse situationnelle sur le Genre et les déterminants sociaux de la TB du VIH, des Hépatites et des IST · Mener une évaluation de l'impact des autotests au niveau du 1er 95 au niveau communautaire

Thématique	Sujets prioritaires de recherche
Enfants et adolescents	· Évaluer les déterminants de la tuberculose et les principaux obstacles rencontrés par les adolescents pour accéder aux services de diagnostic et de traitement de la tuberculose · Mener une étude sur l'association Tuberculose et pneumonie au niveau des services pédiatriques du Sénégal · Réaliser une étude sur la comorbidité tuberculose et diabète chez l'enfant et l'adolescent · Mener une étude sur l'acceptabilité et la complétude du traitement préventif de la tuberculose (TPT)chez les adolescents · Mener une étude sur la comorbidité Tuberculose/ Diabète chez l'enfant et l'adolescent au Sénégal · Mener une étude pilote sur l'acceptabilité et la complétude de la chimio prophylaxie TB chez les adolescents · Mener une étude sur l'application du traitement préventif chez les sujets contacts de patients TB MR · Mener une étude pilote dans un centre pédiatrique de Dakar sur la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage systématique de la TB chez l'enfant, puis sa mise à l'échelle.

4.9 Changements climatiques et le PSNI

Le changement climatique représente aujourd'hui l'un des défis majeurs pour la santé publique mondiale. Il fragilise les systèmes de santé, accentue les inégalités sociales et compromet les bases environnementales, économiques et sociales nécessaires au bien-être des populations. Pour les groupes les plus vulnérables, déjà confrontés à la pauvreté, aux maladies et parfois aux conflits, ses effets ne relèvent pas d'un risque futur, mais d'une réalité immédiate qui aggrave leur précarité et met en péril leur survie.

Le Sénégal est fortement exposé aux effets du changement climatique : hausse des températures, variabilité des pluies, inondations, sécheresses et érosion côtière. Ces phénomènes aggravent les risques sanitaires en favorisant la résurgence des maladies vectorielles (paludisme, dengue), hydriques (choléra, diarrhées) et nutritionnelles, tout en augmentant le stress thermique, la malnutrition et les troubles mentaux liés aux crises environnementales. Face à ces défis, le Sénégal a engagé des actions d'adaptation à travers la mise en œuvre de plans nationaux climat-santé, le renforcement de la surveillance épidémiologique, la promotion des services WASH, la nutrition résiliente et l'intégration de la dimension climatique dans la planification sanitaire

Concernant le PSNI, ces effets du changement climatique compromettent l'atteinte des résultats du PSNI, en particulier dans les zones à forte vulnérabilité climatique et sociale comme Dakar, Saint-Louis, Matam, Tambacounda et Kédougou marquées ces dernières années par des inondations occasionnées par les crues du fleuve ou les fortes pluies.

Face à ces enjeux, l'intégration du climat dans la gestion du PSNI repose sur trois axes stratégiques : une planification et gouvernance sensibles au climat, incluant l'analyse de la vulnérabilité climatique et la coordination multisectorielle ; un suivi-évaluation renforcé intégrant des indicateurs climat–santé et l'utilisation de données climatiques pour anticiper les risques sanitaires ; et le renforcement de la résilience des services à travers l'approche communautaire, les services mobiles, la dispensation multi-mois des traitements et le développement d'infrastructures sanitaires durables.

Chapitre V :

Cadre de Coordination et de Mise en œuvre du PSNI

5.1 Cadre de coordination

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

Ce Plan s'aligne sur les objectifs de développement nationaux et les politiques sectorielles, en soutenant le renforcement des systèmes sociaux et de santé. Il contribue à rationaliser les ressources et à faire face aux nouveaux enjeux de la santé pour atteindre les objectifs mondiaux pour le développement durable.

L'atteinte des résultats ambitieux dans le contexte de baisse des financements internationaux impose une repriorisation, une rationalisation et une mobilisation accrue des ressources domestiques. Cela justifie la mise en place d'un leadership au plus haut niveau et un système de pérennisation institutionnelle et programmatique afin que ces quatre maladies ne soient plus des problèmes de santé publique. Un cadre institutionnel sera développé avec la mise en place de processus de planification et de coordination intégrées, plus légers et moins coûteux, aussi bien au niveau national qu'au niveau décentralisé.

Les résultats escomptés seront fortement dépendants d'un accroissement des ressources internes et externes, d'une meilleure appropriation politique et d'une redevabilité mutuelle. Les différents niveaux de responsabilités sont :

1. Leadership, Orientation et Décision : Primature/CNLS, MSHP
2. Coordination stratégique : DGS/DLM, SE/CNLS, DGES, DGAS, DPRS, CCM, Secteur privé, Organisations des patients, Réseaux des organisations communautaires, OSC, PTF, Universités, Delivry Unit des ministères.
3. Coordination technique : PNT, DLSI, PNLH, DRS, DEPrS, Organisations communautaires, ONG
4. Mise en œuvre : Districts sanitaires, Organisations communautaires, OSC, secteurs, universités, institutions de recherche, services spécialisés, hôpitaux, structures et organisations privées et confessionnelles.



5.1.1 Leadership, orientation et décision : Primature, Ministère en charge de la santé

Pour une meilleure efficacité de l'action du Gouvernement, des choix stratégiques sont opérés en privilégiant la durabilité des interventions à haut impact et à impulser une approche multi-sectorielle de gouvernance et de gestion de la lutte contre les maladies.

C'est ainsi qu'une réforme doit être mise en œuvre pour permettre de gagner le pari de la pérennisation des acquis afin de capitaliser les résultats déjà obtenus dans la lutte contre les maladies et de renforcer les approches de partenariats multisectoriels.

Cette réforme doit permettre la mise en place au niveau de la Primature d'une organisation avec un processus souple, performant, opérant avec efficience pour combattre efficacement les maladies prioritaires.

Un appui technique des structures de l'Etat en charge de développement institutionnel saura conseiller sur l'opportunité de la création d'une instance mettant en relief les spécificités de la riposte aux pandémies du sida, de la tuberculose et des hépatites virales, prenant en compte les orientations stratégiques pour le renforcement des systèmes de santé communautaires et des systèmes sociaux.

Des mesures doivent être prises pour accompagner cette réforme au-delà des missions dévolues aux programmes, et pour appuyer les défis et enjeux du système de santé publique du Sénégal. Il est important enfin de voir comment l'héritage et les acquis des programmes du MSHP et du CNLS pourraient être capitalisés pour servir de conseil au gouvernement en matière de politiques de santé publique, de riposte aux pandémies et dans le renforcement du système de santé.

5.1.2 Coordination stratégique : DGS/DLM, SE/CNLS, DGES, DGAS, DPRS, Delivery Units, CCM, Secteur privé, Réseaux des OSC, PTF, Réseaux des organisations communautaires, Organisations des patients

La coordination stratégique nécessite un cadre de concertation des partenaires nationaux et internationaux intervenant sur les quatre maladies. Ce cadre permet de faire le point sur l'état d'avancement de la réponse aux épidémies à tous les niveaux, d'échanger sur les informations stratégiques, d'évaluer les performances du plan stratégique, d'identifier les gaps et solutions et de faire des recommandations.

Compte tenu de la dimension multisectorielle et pluridisciplinaire de la riposte aux épidémies, tous les secteurs de développement, de la santé et des secteurs non santé, les organisations du secteur privé et celles de la société civile, ciblant les populations vulnérables aux maladies ciblées, ainsi que leurs comorbidités seront impliqués.

L'instance de coordination mise en place garantira la pleine participation de tous les intervenants clés impliqués dans la lutte contre ces quatre maladies, qui sont les programmes, les ministères sectoriels, la société civile, le CCM, les PTF, associant le ministère des Finances dans la définition des priorités et le suivi. Cette instance de coordination supervisera la mise en œuvre d'un plan pluriannuel pour la pérennisation des financements des programmes. Elle veillera à :

- La synergie des financements des programmes en particulier et de la santé en général ;
- La mobilisation et le suivi des ressources intérieures ;
- L'intégration effective des interventions transversales des programmes VIH/TB/Hépatite virale et le suivi des patients dans le système de santé ;
- La coordination du partenariat avec la société civile et les ONG.

5.1.3 Organes de coordination Stratégique et Technique : DGS/DLM, SE/CNLS, DGES, DGAS, DPRS, CCM, Secteur privé, Réseaux des OSC, PTF, PNT, DLSI, PNLH, DRS, DEPrS, ONG, Organisations communautaires, Organisations des patients

Un cadre de coordination nationale multisectoriel est mis en place entre les programmes VIH/IST, TB et Hépatites virales, la société civile ainsi que les autres secteurs de développement intervenant dans la lutte contre ces pathologies (Éducation, Collectivités Territoriales, Urbanisme, Jeunesse, Intérieur, Justice, Forces Armées, Action sociale, Famille Sécurité alimentaire, etc.). Ce cadre associe les comorbidités comme le diabète, la malnutrition, l'HTA, les cancers, et le tabagisme. Le leadership du Ministère en charge de la Santé est incarné à travers la Direction de la Lutte contre la Maladie qui assure la mise en œuvre de l'intégration et la coordination des différents programmes.

Au niveau régional et au niveau district, des comités multisectoriels intégrés de lutte contre le VIH, la TB, les IST et les Hépatites virales prenant en compte le diabète, la malnutrition, l'HTA, les cancers, et le tabagisme sont mis en place sous le leadership des gouverneurs et des préfets et sous la coordination technique des DRS. Pour ces instances, un acte administratif de la Primature est initié pour l'intégration de toutes ces maladies dans les comités régionaux et départementaux de lutte contre le sida.

Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) est l'organe politique d'orientation et de décision de la riposte au sida. Sa mission est de définir les orientations nationales, assurer le leadership dans la mobilisation nationale, le partenariat national et international, le plaidoyer au plus haut niveau et la mobilisation des ressources financières nationales et internationales pour la riposte au sida. Il veille au respect de l'intégration, de la multisectorialité et à l'effectivité de la décentralisation, mais aussi au respect de l'éthique, du genre et des droits humains en rapport avec la riposte au sida ainsi que le suivi et le respect des engagements internationaux du Sénégal en matière de lutte contre le sida. Le CNLS est représenté au niveau décentralisé par le Comité Régional de Lutte contre le sida (CRLS). Le Secrétariat Exécutif du CNLS est la structure de coordination nationale de la riposte multisectorielle au sida. C'est l'organe national de planification, de plaidoyer, de coordination et de suivi de la composante VIH du PSNI.

Les ministères, les institutions nationales publiques et privées, les organisations communautaires contribuant à la lutte contre le sida ont des structures de coordination appelées Comité interne ou Comité sectoriel de coordination de la lutte contre le sida dont le rôle est d'apporter un appui aux différents services et projets dans l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de leurs plans opérationnels. Ces Comités vont intégrer la tuberculose et les hépatites virales.

Le ministère de la Santé joue un rôle clé dans la prévention et la prise en charge thérapeutique du sida, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST. Son leadership sera renforcé au vu de l'ampleur de l'ambition du PSNI et du rôle attendu pour répondre aux défis de la coordination de la riposte du secteur de la santé et de l'appui technique aux autres secteurs de développement dans le cadre de la mise en œuvre de leurs plans sectoriels . La coordination interne au sein du ministère de la Santé est assurée par la **Direction de la lutte contre la Maladie** qui va mettre en place un comité de coordination de la lutte contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST.

Les interventions prioritaires sont planifiées par les services et programmes à tous les niveaux : national, régional, districts sanitaires, selon leurs mandats respectifs. Les activités programmées seront autant que possible intégrées au plan d'action des services et programmes de santé concernés, en particulier la DLSI, le PNT, le PLNH, la DSME, ainsi que les DRS.

La Division de lutte contre le sida et les IST (DLSI) coordonne les activités sectorielles de lutte contre le sida du ministère de la Santé. Elle met en place une coordination pluridisciplinaire en s'appuyant sur des **groupes consultatifs (PTME, GAS, PREP, PEC, etc.)** composés **des experts, des universitaires, des structures et services spécialisés et/ou de référence pour le VIH, des responsables des programmes de santé sexuelle et de la reproduction, de la tuberculose et des hépatites virales**.

Seront membres de ces groupes, les représentants des secteurs public et privé concernés, les réseaux des personnes vivant avec le VIH et les populations clés, les organisations de la société civile participant à la mise en œuvre des activités, et les partenaires au développement finançant et appuyant le PSNI.

Le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT), coordonne la réponse nationale contre la tuberculose. Il pilote la mise en œuvre de la stratégie END-TB pour mettre fin à la tuberculose. La lutte contre la tuberculose est intégrée à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris le niveau communautaire. L'unité opérationnelle est située au niveau du district. Il existe 98 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) situés au niveau des centres de santé et des hôpitaux. Le responsable du CDT est chargé du dépistage, de l'enregistrement, du traitement, du suivi et de la notification des cas de tuberculose. A ces CDT, s'ajoutent les unités de traitement décentralisées au niveau des postes de santé, infirmeries de garnison et des établissements pénitentiaires. Dans le but de garantir une gestion et une offre de services de qualité dans la lutte antituberculeuse à tous les niveaux, le PNT met en place une unité de coordination au niveau national et dans chaque DRS pour améliorer la gestion administrative, financière et technique.

La gestion de la tuberculose au niveau communautaire est animée par des relais formés, qui assurent l'éducation sanitaire des populations, l'orientation des tousseurs chroniques vers le poste de santé et le suivi et le soutien du malade sous traitement en collaboration avec les équipes des districts sanitaires. **Les associations de malades ou anciens malades tuberculeux** encore faiblement assises sur le plan institutionnel compléteront les actions des acteurs communautaires .

L'implication du secteur privé dans la lutte contre la tuberculose sera mieux formalisée. L'approche multisectorielle sera renforcée avec les neuf secteurs prioritaires identifiés par le Programme : **Famille, Femmes , Justice, Enseignement supérieur, Éducation nationale, Transport, Jeunesse, etc**.

L'opportunité sera saisie avec le renforcement des instances de coordination déjà existantes avec le VIH pour améliorer la collaboration et la redevabilité de ces différents secteurs. Les conventions de partenariat signées entre la MSHP et les Ministères de la Justice et de l'Enseignement supérieur seront révisées pour prendre en compte les nouvelles priorités.

Les équipes régionales seront mieux responsabilisées avec le développement et la mise en œuvre de plans opérationnels annuels et le renforcement de la coordination locale de la lutte antituberculeuse autour des autorités sanitaires et administratives régionales. Des interventions spécifiques de gestion de la tuberculose dans les zones transfrontalières seront intégrées dans les plans des régions concernées. La gestion de la tuberculose multirésistante (TB MR) jadis assurée par les quatre Comités inter-régionaux, est intégrée dans l'Unité de coordination régionale (Task-force régionale TB) avec la nomination d'un Médecin Point focal TB MR.

Le Programme National de Lutte contre les Hépatites (PNLH) est l'organe national de coordination et d'appui de l'ensemble des activités relatives à la lutte contre les hépatites virales dans le cadre de l'exécution du PSNI.

Il a pour mission d'élaborer, en partenariat avec les acteurs, la stratégie nationale de lutte contre les hépatites virales et d'en assurer une bonne mise en œuvre. Il assure le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités aux différents niveaux d'exécution. Il est administré par un coordinateur supervisé par un comité de pilotage et assisté par un comité d'appui stratégique.

Ses objectifs sont de : (i) réduire l'incidence des hépatites B et C ; (ii) diminuer la morbidité et la mortalité attribuables aux hépatites chroniques B et C et (iii) maintenir en dessous de 2% la prévalence de l'infection par le virus de l'Hépatite C dans la population générale. Le PNLH assure la coordination nationale des interventions décrites dans le plan ainsi que le suivi- évaluation.

La coordination au niveau régional et au niveau district sera renforcée en intégrant les hépatites virales dans les instances du VIH et de la tuberculose déjà mises en place. La mise en place des guichets uniques sera saisie comme une opportunité pour accélérer la décentralisation de la prise en charge des hépatites virales.

Le réseau des associations de lutte contre les hépatites virales contribue au niveau opérationnel à réduire la progression de la maladie, à améliorer l'accès aux services de santé et les conditions des patients atteints d'hépatites virales.

Les services spécialisés et les instituts de formation et de recherche, qui sont des structures d'expertise et d'appui technique, interviennent dans la lutte contre les quatre maladies dans des domaines précis. Ils mettent en œuvre leurs plans opérationnels d'activités en conformité avec leurs mandats, selon les besoins et les priorités des programmes.

La Société civile est coordonnée au niveau de plusieurs organisations d'encadrement et réseaux d'ONG, d'organisations communautaires, d'organisations de malades et d'associations opérant sur les quatre maladies. Les paquets de services sont exécutés par les organisations de la société civile en complémentarité des actions gouvernementales conformément aux orientations du PSNI. L'offre de services de santé communautaire sera renforcée et formalisée à travers la signature de conventions, de contrats sociaux ou de lettres de partenariat. Ceci permettra de renforcer le mécanisme de remontée des données pour une bonne capitalisation des résultats des acteurs communautaires à tous les niveaux.

Un cadre d'intervention des organisations de la société civile et des acteurs communautaires intervenant sur les quatre maladies sera formalisé pour coordonner, faciliter et suivre la mise en œuvre des interventions communautaires intégrées. Ce cadre intègre les réseaux des religieux, des journalistes en santé et des ONG de droits humains qui seront impliqués dans le plaidoyer pour un environnement favorable.

L'offre privée de santé sera formalisée par un cadre d'intervention et de coordination pour prendre en compte la contribution de ce secteur dans l'atteinte des résultats et pour intégrer les processus du privé pour l'assurance qualité et l'orientation vers plus de performance.

Tableau XII: Cadre institutionnel et organisationnel de coordination du PSNI

Niveau de responsabilité	Principales parties prenantes	Missions/responsabilités
1. Leadership, Orientation et Décision	Primature/CNLS, MSHP	▪ Leadership et décision politique ▪ Plaidoyer pour le financement du PSNI ▪ Réforme pour la mise en place d'un processus de coordination souple, performant et efficient ▪ Arrêté de la primature pour réformer les CRLS et CDLS et intégrer la tuberculose et les hépatites virales
2. Coordination stratégique	DGS/DLM, SE/CNLS, DGAS, DPRS, DGES, CCM, Réseaux des OSC, PTF, Secteur Privé, Delivry Units	▪ Renforcement du cadre multisectoriel de concertation des partenaires en charge de la lutte contre le sida, la tuberculose, les IST et les hépatites virales ▪ Mettre en place des comités techniques pour les interventions transversales des quatre programmes ▪ Synergie et complémentarité des financements des maladies en particulier et du renforcement du système de santé en général ▪ Plaidoyer et mobilisation des ressources intérieures et suivi des ressources ▪ Intégration effective des interventions transversales des programmes VIH/TB/Hépatite et suivi des patients dans le système de santé ▪ Coordination et partenariat avec la société civile et les ONG
3. Coordination technique	PNT, DLSI, PNLH, DRS, DEPrS Coordination Société civile, ONG	▪ Animation des cadres techniques de coordination nationale multisectorielle entre les programmes VIH, TB, Hépatites virales ▪ Réactualisation de la note relative au comité national TB/VIH en intégrant les autres maladies comme l'hépatite virale et prenant en compte les comorbidités comme le diabète, la malnutrition, autres comorbidités et pandémies ▪ Planification / Organisation des interventions / Suivi et Évaluation ▪ Appui technique et renforcement des capacités ▪ Définition des normes et Protocoles
4. Mise en œuvre	Districts sanitaires, OCB, OSC, secteurs, universités, institutions de recherche, services spécialisés, hôpitaux, structures et organisations privées et confessionnelles.	▪ Planification des interventions prioritaires par les services et programmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon leurs mandats respectifs et leur intégration au plan d'action des DRS, de la DGS, du DL, de la Division Sida/IST, de la DSME, et du PNT, PNLH. ▪ Mobilisation des ressources locales avec une efficacité allocative et un cadre de redevabilité ▪ Animation des comités techniques intégrés dans les districts. ▪ Définition d'un cadre d'interventions du secteur privé pour la mise en œuvre du PSNI.

5.2 Mise en œuvre du Plan stratégique intégré

Pour la mise en œuvre du PSNI au niveau du secteur santé, les interventions prioritaires seront planifiées par les services et programmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon leurs mandats respectifs. Les activités programmées sont intégrées au plan d'action des districts sanitaires, DRS, de la DGS, de la DL, de la DLSI, de la DSME, du PNT, du PNLH et des services déconcentrés des autres secteurs.

Les ministères ayant en charge des secteurs pour le développement de la santé sont impliqués dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de plans sectoriels découlant du PSNI et vont intégrer la lutte contre la tuberculose et les hépatites virales dans les comités internes, les Directions ou Divisions nationales, les services ou centres de référence spécialisés. Au niveau des structures de santé, l'intégration des soins au niveau opérationnel doit garantir la qualité et l'accessibilité géographique des services. Les interventions ci-après ont été proposées pour un paquet intégré adapté à chaque niveau.

- ***Décentralisation des services et des soins pour une amélioration de l'accès aux services par les populations***. La prise en charge intégrée des quatre maladies est élargie dans tous les districts sanitaires (centres et postes de santé prioritaires) du pays. La décentralisation de la prestation de services est décidée en fonction du contexte local, et accompagnée d'investissements pour renforcer l'infrastructure, la formation du personnel de santé et des agents de santé communautaires, afin de garantir la qualité des services et la confiance des usagers. Une cartographie des zones de provenance des patients ainsi que l'existence de populations vulnérables dans la zone sera aussi prise en compte dans le choix des sites de décentralisation. La délégation des tâches et les approches communautaires ainsi que le déploiement des services de laboratoires vont accompagner cette politique.

- ***Renforcement de l'organisation des soins dans les hôpitaux de référence*** *:* en collaboration avec les services administratifs d'hôpitaux, le parcours du patient propre à chaque hôpital sera validé. Les différents intervenants dans les services pour le VIH/IST/Hépatites virales, la détection ou la prise en charge des cas de TB, seront identifiés et formés.

- ***Définition et mise en place dans les guichets uniques d'un paquet de services intégré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire :*** la définition d'un paquet de service minimum à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est indispensable pour une définition claire des tâches. Ce paquet de service répond aux normes en vigueur au niveau international et adaptées au contexte du pays. Le plan opérationnel de mise en œuvre du PSNI permettra de définir avec précision les différents intervenants à chaque niveau ainsi que le paquet d'intervention. Les guides techniques et modules de formations intégrées seront développés sur la prise en charge intégrée de l'adulte et de la personne âgée ainsi que pour la prise en charge de l'enfant, de l'adolescent et de la femme enceinte. Un investissement sera fait en faveur des innovations pour le renforcement des capacités, de la formation continue et de l'encadrement de soutien des agents de santé, y compris la formation initiale et postuniversitaire des agents affectés aux établissements et des agents de santé communautaire à tous les niveaux. Les technologies numériques seront promues pour la formation.



- ***Application de l'approche qualité dans pour la détection des cas aux niveau des structures sanitaires :*** Cette approche innovante « PQE Programme Quality Efficiency » expérimentée pour la tuberculose, sera étendue au VIH, aux Hépatites virales et aux IST. Il s'agit d'améliorer le dépistage et la détection des cas dans les services de santé par une recherche systématique des signes de la maladie et la proposition du test VIH parmi tous les demandeurs de soins avec une approche différenciée adaptée à chaque cible, selon le cycle de vie. Les points de prestations, le laboratoire les services de prises en charge seront tous impliqués dans la mise en œuvre de PQE.

- ***Exploiter les innovations pour améliorer la couverture et la qualité des interventions sanitaires :*** Dans les structures dites prioritaires, les avantages croissants de la technologie numérique comme l'intelligence artificielle seront exploités pour améliorer la capacité des prestataires dans la prise de décision, et la qualité de l'information sanitaire.





Chapitre VI :

Cadre de Suivi Évaluation du PSNI

L'atteinte des objectifs du PSNI 2026-2030 requiert la mise en place de mécanismes robustes de suivi et d'évaluation (S&E) permettant d'apprécier de manière régulière et objective le niveau d'atteinte des résultats, tout en assurant la production et la diffusion d'informations pertinentes et en temps opportun au profit de l'ensemble des parties prenantes, afin d'éclairer la prise de décision fondée sur des données probantes.

La mesure des résultats du PSNI s'appuie sur les dispositifs existants du système national d'information sanitaire ainsi que sur les directives et référentiels internationaux, notamment les **« Trois principes »,** dont celui relatif à l'existence d'un cadre unique de suivi et d'évaluation au niveau national.

Véritable levier de transparence et de redevabilité, le dispositif de suivi et d'évaluation permet à l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PSNI de produire des données régulières, fiables, harmonisées et accessibles. Ces données constituent une base factuelle commune permettant aux parties prenantes d'apprécier les performances, d'analyser les progrès réalisés et d'orienter les ajustements stratégiques et opérationnels.

Dans ce contexte, la transition vers une digitalisation complète du système de santé est en cours d'opérationnalisation. Elle repose sur l'intégration progressive d'outils numériques interopérables visant à renforcer la gestion des données et à améliorer la continuité des soins. Le déploiement du **Dossier Patient Unique intégré (DPUi**), à travers le **TRACKER VIH et le TRACKER TB**, permet une structuration normalisée et centralisée des informations cliniques, avec une synchronisation quasi en temps réel grâce à des infrastructures reposant sur des serveurs nationaux et des mécanismes d'authentification sécurisés.

Par ailleurs, l'introduction et la mise à l'échelle nationale du **Système d'Identification Biométrique par Empreintes Digitales (SIBED)** va contribuer à garantir l'unicité des enregistrements des patients, à réduire les doublons dans les bases de données et à améliorer la cohérence entre les registres cliniques et les plateformes de surveillance.

L'interopérabilité avec le DHIS2 va assurer une remontée automatique, fiable et cohérente des indicateurs agrégés et individuels. L'ensemble de ce dispositif intégré constitue un environnement numérique robuste, favorisant la qualité des données, la cohérence inter-systèmes et un pilotage stratégique fondé sur des informations exhaustives et actualisées.

Toutefois, malgré les avancées enregistrées, plusieurs défis subsistent et appellent une attention stratégique afin de garantir une mise en œuvre effective et durable de la digitalisation. Il s'agit notamment : (i) d'une appropriation encore limitée des outils numériques par certains acteurs opérationnels, en lien avec des niveaux de compétences hétérogènes et un besoin continu de renforcement des capacités ; (ii) de la disponibilité et de la stabilité des infrastructures informatiques, en particulier dans les zones enclavées où la connectivité et l'alimentation électrique demeurent insuffisantes ; (iii) des enjeux de gestion du changement, marqués par la persistance de pratiques papier et des résistances à l'adoption de nouveaux processus ; et (iv) des exigences liées à la maintenance, à la sécurité et à la protection des données, nécessitant des protocoles rigoureux et une expertise technique pérenne.

Dans cette dynamique, plusieurs partenaires techniques et financiers accompagnent le ministère de la Santé dans le déploiement et la consolidation de ces innovations. Leur appui se traduit notamment par le renforcement des capacités des équipes, l'équipement des structures sanitaires, le développement d'infrastructures numériques adaptées, ainsi que l'optimisation des processus de collecte, de gestion, d'analyse et d'utilisation des données. Cet accompagnement contribue à sécuriser la mise en œuvre opérationnelle, à améliorer l'appropriation des outils digitaux et à promouvoir une utilisation efficace des informations produites pour l'amélioration continue de la qualité des services.

Ainsi, le présent cadre définit les grandes orientations du mécanisme d'appréciation des résultats du PSNI. Il est complété par un Plan national de suivi et d'évaluation, aligné sur le système national d'information sanitaire, qui précise les modalités de mesure de la chaîne de résultats (produits, effets et impacts), les dispositifs d'assurance qualité des données, ainsi que les mécanismes de diffusion des données et des produits d'information destinés à appuyer la prise de décision à tous les niveaux.

6.1 Organisation et structures de Suivi & Évaluation

Le cadre de suivi et évaluation du PSNI s'aligne au dispositif du système national d'information sanitaire. Ainsi, il s'appuie essentiellement sur trois niveaux (opérationnel, intermédiaire et central).

Le niveau opérationnel est constitué des cases de santé, des postes de santé, des centres de santé, des établissements publics de santé, des laboratoires, des structures sanitaires du secteur privé et des entités de mise en œuvre du secteur communautaire et des ministères sectoriels. Quant aux niveaux intermédiaire et central, ils concernent respectivement les directions régionales de la santé et les unités de suivi évaluation et recherche des programmes. Ainsi, les acteurs de chaque niveau jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation de ce système de suivi et d'évaluation. Au niveau opérationnel, les données sont collectées à partir d'outils harmonisés puis transmises au niveau intermédiaire qui constitue le niveau d'agrégation, d'analyse et d'interprétation des résultats, avant de les partager avec le niveau central à travers le DHIS2 et les rapports de routine. L'approche district qui est développée dans le pays permet une analyse systématique des données au niveau opérationnel pour une prise de décision basée sur des données factuelles. Certains partenaires accompagnent déjà ce processus au niveau de certains districts sanitaires et une mise à l'échelle est envisagée dans le cadre de ce PSNI avec une approche centrée sur le patient et la mise en place du code d'identification unique tout en garantissant la confidentialité et la protection des données personnelles.

6.2 Collecte des données et informations non routinières

Le mécanisme de collecte des données routinières est complété par des enquêtes, d'évaluation et d'études pour apprécier certains indicateurs d'effet, et d'impact et de dresser les profils épidémiologiques des différentes maladies. Pour ce faire, la collaboration avec la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques et l'ANSD sera renforcée pour la prise en compte des préoccupations spécifiques des programmes dans les enquêtes et évaluations d'envergure nationale. Un agenda intégré de recherche est également élaboré et intégré dans le plan de suivi et évaluation du PSNI.

6.3 Système de surveillance et de notification

Dans le contexte actuel visant à mettre fin aux épidémies et faire progresser la CSU, les soins de santé primaires et la sécurité sanitaire, le système de suivi et d'évaluation mettra le focus sur les personnes dépistées, le suivi des patients infectés et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne. Ainsi le système de notification des cas sera étendu dans toutes les régions. La notification des cas devrait permettre de suivre le patient tout au long de son parcours de soins et sera facilitée par la mise en place du code d'identifiant unique.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce PSNI, chaque programme utilisera ses outils propres de notification et de rapportage dans le DHIS2 en prenant en compte les mises à jour nécessaires relatives au PSNI. Des outils intégrés de gestion de l'information seront renforcés pour les comorbidités (par exemple co-infection TB-VIH co-infection VIH-Hépatites virales) ou mis en place pour prendre en compte les priorités. Ce système de surveillance sera adapté en cas de survenue d'un événement particulier de santé.

6.4 Supervisions

Dans le cadre du suivi des activités du PSNI, les programmes, les structures spécialisées, les partenaires techniques et financiers, les directions régionales de la santé et les districts sanitaires dont le niveau communautaire, vont effectuer des supervisons régulières des prestataires de la consultation primaire curative, des unités de traitement, des centres de traitement, des dépôts de médicaments, des sites de prise en charge et des laboratoires. Des supervisions conjointes semestrielles des programmes seront renforcées à tous les niveaux. Par ailleurs, des supervisions formatives du niveau communautaire seront renforcées pour garantir la qualité des prestations et des données.

6.5 Cadre de performance

Ce cadre de performance défini dans ce PSNI renseigne uniquement sur les résultats d'impact. Le cadre de performance complet (Impact Effet et couverture) est mentionné dans le plan national de suivi et évaluation du PSNI. Le tableau XII présente les indicateurs clés d'impact des quatre maladies, les situations de référence et les cibles pour l'horizon temporel du PSNI.

Tableau XIII: Cadre de performance pour les indicateurs d'impact du PSNI

N°	Code	Indicateurs	Données de base			Valeurs cibles					
			Valeur	Année	Source	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Indicateurs d'impacts											
1	HIV I-14	Nombre de nouvelles infections par le VIH pour 1000 habitants non infectés.	< 0,1	2024	SPECTRUM	0.082	0.0797	0.0774	0.0751	0.0728	0.0705
2	HIV I-4	Nombre de décès liés au sida pour 100 000 habitants.	xx	2024	SPECTRUM	3.91	3.66	3.46	3.28	3.12	2.99
3	HIV I-9a	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH.	45%	2024	IBBS			14,0%		10,0%	
	HIV I-9b	Pourcentage de personnes transgenres vivant avec le VIH.	38%	2024	IBBS			28%		18%	
4	HIV I-10	Pourcentage de travailleurs et travailleuses du sexe vivant avec le VIH.	2,8%	2024	IBBS			2.0%			1.20%
5	HIV I-11	Pourcentage de personnes qui consomment des drogues injectables vivant avec le VIH.	3.70%	2019	PARECO			1.70%			0.70%
6	HIV 1-12	Pourcentage de personnes handicapées vivant avec le VIH	1.90%	2015	ENSC			1.00%			0.50%
7	HIV I-15	Pourcentage de personnes incarcérées vivant avec le VIH.	2.00%	2019	ENSC			1.50%			1.00%

Tableau XIV: Cadre de performance pour les indicateurs d'impact du PSNI

N°	Code	Indicateurs	Données de base				Valeurs cibles				
			Valeur	Année	Source	2025	2026	2027	2028	2029	2030
8	TB/HIV I-1	Taux de mortalité de la tuberculose/VIH (pour 100 000 habitants).	1,8	2024	Profil OMS	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER
9	TB I-2	Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants.	132	2024	Profil OMS	100	95	88	81	73	64
10	TB I-3	Taux de mortalité de la tuberculose pour 100 000 habitants	20	2024	Profil OMS	12	11	9	8	7	3
11	TB I-4	Prévalence de la tuberculose résistante à la rifampicine (TB-RR) et/ou de la tuberculose multirésistante (TB-MR) chez les nouveaux patients atteints de tuberculose : proportion de nouveaux patients TB-RR/TB-MR.	2.3	2024	Profil OMS	0.009	0.009	0.009	0.009	0.009	0.009
12		Prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B chez les enfants de moins de 5 ans	ND	ND	ND	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER
13		Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite B	16 306	2019	Plan Stratégique PNLH 2019-2023	4649	4035	3420	2942	2595	2349
14		Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite C	6060	2019	Plan Stratégique PNLH 2019-2023	5827	5643	5458	5241	5022	4791
15		Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite C chez les consommateurs de drogue par injection	ND	ND	ND	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER

16		Nombre annuel de décès dus à l'hépatite B	2869	2019	Plan Stratégique PNLH 2019-2023	2082	1795	1507	1210	1128	1099
17		Nombre annuel de décès dus à l'hépatite C	1897	2019	Plan Stratégique PNLH 2019-2023	2163	3811	5458	5241	5022	4791
18		Nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite B chez la femme enceinte	8922	2022	Rapport DLSI	5669	4535	3402	2268	1134	446
19		Nombre annuel de nouveaux cas d'écoulements génitaux chez les adolescents et les adultes (15-49 ans)	105 867	2022	Rapport DLSI	68373	54698	41024	27349	13675	10587
20		Nombre annuel de nouveaux cas d'ulcérations génitales chez les adolescents et les adultes (15-49 ans)	9642	2023	Rapport DLSI	6227	4982	3736	2491	1245	964
21		Nombre annuel de nouveaux cas de syphilis chez les personnes âgées de 15 à 49 ans	6573	2022	Rapport DLSI	4245	3396	2547	1698	849	658
22		Nombre annuel de cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes	ND	ND	ND	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER
23		Pourcentage de filles complètement vaccinées contre le papillomavirus humain à l'âge de 15 ans	ND	ND	ND	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER	A DETERMINER

Chapitre VII :

Financement du Plan stratégique intégré

Dans le cadre de sa nouvelle vision politique, le Sénégal compte préserver ses acquis, renforcer sa souveraineté sanitaire et progresser vers l'élimination des épidémies.

Le financement du PSNI 2026-2030 s'inscrit dans les efforts du Gouvernement vers un financement durable, transparent et redevable de la santé au Sénégal. En effet les réformes des finances publiques et du financement de la santé mettent l'accent sur l'alignement stratégique entre les politiques sectorielles, le cadre macroéconomique, le cadre des dépenses à moyen terme et les budgets annuels.

Ces réformes intègrent les mécanismes de financement innovant comme les surtaxes sur les produits nocifs à la santé (tabac, alcool, jeux de hasard) la redevabilité des acteurs et des institutions, en cohérence avec les principes de rigueur dans la gestion qui appelle à une responsabilité partagée, une transparence accrue, et un engagement collectif envers les résultats.

Au Sénégal, le financement des activités de lutte contre le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST est assuré par le Gouvernement et les partenaires internationaux. Le Gouvernement en plus des ressources humaines, garantit la fourniture des médicaments antirétroviraux et réactifs pour le sida, des médicaments antituberculeux, des équipements, des réactifs et des intrants pour le diagnostic de la tuberculose, des médicaments et vaccins contre les hépatites virales.

L'atteinte des résultats fixés est donc fortement liée à la disponibilité en continue de ces produits et aux mesures qui seront prises pour augmenter la part des ressources domestiques (État, Secteur Privé et collectivités territoriales) dans le financement du PSNI.

Les initiatives locales, comme la participation des comités de développement sanitaire, dans le financement des activités de lutte antituberculeuse, l'engagement des villes dans la riposte au sida sont à développer au niveau des districts sanitaires. Les conventions de partenariat signées entre secteurs ministériels et les organisations communautaires vont intégrer les autres pathologies pour accompagner l'engagement communautaire qui constitue un levier essentiel pour mettre fin aux épidémies.

7.1 Cadrage budgétaire du Plan stratégique national intégré 2026 - 2030

Le cadrage budgétaire du Plan stratégique national pour une riposte multisectorielle intégrée contre le VIH/sida, la tuberculose, les hépatites virales et les IST constitue un levier essentiel pour garantir l'atteinte des résultats du PSNI 2026-2030. Il vise à aligner les ressources disponibles sur les priorités nationales, à optimiser l'allocation des financements et à renforcer la durabilité des interventions. Le processus doit permettre de sécuriser un financement cohérent, transparent et soutenable, en mobilisant l'ensemble des parties prenantes et en assurant une gouvernance financière efficace au service de l'impact.

L'estimation budgétaire a été réalisée sur la base du cadre de résultats et des interventions prioritaires du PSNI, en s'appuyant sur l'approche de budgétisation axée sur les résultats et sur le modèle de coûts unitaires.

Les ressources financières nécessaires pour l'atteinte des résultats du PSNI 2026-2030 sont estimées à **247 590 556 732 FCFA** dont 36,27% d'investissement pour le renforcement du système de santé, 30,99% pour la riposte spécifique au VIH et aux IST, 15,36% pour la tuberculose et 17,38 % pour les hépatites virales comme le montre le tableau et le graphique ci-après.

	TOTAL
TB	38 015 132 331
Hépatites	43 038 004 755
IST/VIH	76 729 647 770
RSS	**89 807 771 876**
TOTAL	**247 590 556 732**

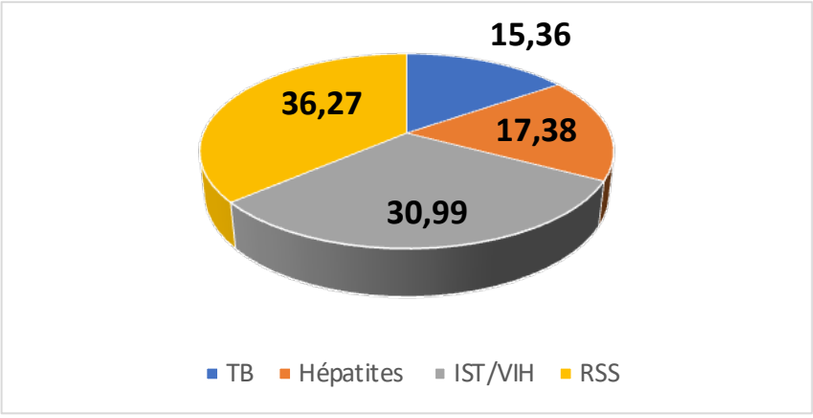


Figure 41 : Répartition du budget du PSNI 2026-2030 en % selon les composantes maladies et le RSS

La répartition du budget selon les résultats d'effets, par année et selon les composantes maladies est présentée dans les tableaux ci-après.

***Tableau XV :** Répartition du budget par composante maladie et RSS en F.CFA*

Effets	TOTAL	%
Résultat d'effet 1.1 : D'ici 2030 la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de l'Hépatite et de la Syphilis est effective	11 536 627 470	4,66%
Résultat d'effet 1.2 : D'ici 2030, l'approche de prévention intégrée développée pour le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et les IST est utilisé pour au moins 90% des cibles prioritaires.	7 354 167 221	2,97%
Résultat d'effet 1.3 : D'ici 2030, l'offre de dépistage et le diagnostic intégré du VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST est assurée pour au moins 95% des cibles prioritaires.	19 163 054 830	7,74%
Résultat d'effet 1.4 : 95 % des populations clés à risque d'infection par le VIH, la TB, les Hépatites (B et C) et les IST utilisent des options de prévention combinées et intégrées efficaces et adaptées à la situation	17 346 833 521	7,01%
Résultat effet 2. 1 : D'ici 2030, 95% des personnes atteintes de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et d'IST obtiennent un succès thérapeutique tout au long du cycle vie	121 087 202 682	48,91%
Résultat effet 2.2 : D'ici 2030, 95% des personnes atteintes de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et d'IST et appartenant aux groupes, clés et vulnérables pris en charge selon des approches différenciées obtiennent un succès thérapeutique	5 964 947 893	2,41%
Résultat effet 2.3 : D'ici 2030, 90% des cas de TB- RR/MR obtiennent un succès thérapeutique	181 707 500	0,07%
Résultat d'effet 3 : Les obstacles qui entravent l'accès aux soins et aux traitements des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des personnes souffrant de la TB et de l'hépatite, sont réduits	9 703 372 120	3,92%
Résultat d'effet 4 : La gouvernance, le renforcement du système de santé, la mobilisation communautaire pour des services intégrés soutenus par une couverture de santé universelle sont efficaces et réduisent les coûts catastrophiques	55 252 643 495	22,32%
TOTAL	**247 590 556 732**	**100,00%**

Tableau XVI : Répartition du budget selon les années en F.CFA

PAR ANNEE	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030	TOTAL
MONTANT EN FCFA	54 622 356 533	46 296 081 236	53 466 163 502	46 703 505 120	46 502 450 341	247 590 556 732

Tableau XVII : Répartition du budget de la composante IST/VIH selon les années

PAR ANNEE	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030	TOTAL
MONTANT EN FCFA	31 377 655 029	26 223 380 904	31 404 540 109	27 545 049 505	27 369 821 839	
76 729 647 770						

Tableau XVIII: Répartition du budget de la composante tuberculose selon les années

PAR ANNEE	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030	TOTAL
MONTANT EN FCFA	12 829 354 844	11 259 045 765	11 653 919 601	10 486 774 634	10 478 613 208	
38 015 132 331						

Tableau XIX: Répartition du budget de la composante Hépatites virales selon les années

PAR ANNEE	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030	TOTAL
MONTANT EN FCFA	10 415 346 660	8 813 654 566	10 407 703 791	8 671 680 980	8 654 015 295	43 038 004 755

7.2 Paysage financier

L'estimation des ressources et des dépenses en matière de riposte au VIH, à la TB, aux hépatites virales et aux IST montre que la riposte intégrée bénéficie de deux principales sources de financement. Il s'agit des financements extérieurs qui comprennent les partenaires multilatéraux, bilatéraux, des fondations et autres financements internationaux et ceux nationaux constitués essentiellement des ressources du Gouvernement.

Aussi le contexte international de baisse de l'aide au développement ainsi que les nouvelles orientations de la politique nationale ancrées sur la souveraineté sanitaire imposent la mise en place de ressources internes pour atteindre des résultats durables. Une stratégie de mobilisation des ressources domestiques sera mise en place comme indiqué dans la stratégie de financement de la santé du pays. En préparation à la transition, la contribution attendue des ressources domestiques devient de plus en plus importante. Le Gouvernement prévoit d'allouer davantage de ressources aux programmes nationaux, afin de poser les jalons de l'affranchissement des financements extérieurs. Cet engagement symbolise la volonté du Gouvernement d'assurer la viabilité financière des programmes à long terme.

Par ailleurs, certaines entreprises privées manifestent également leur intérêt à accompagner la riposte nationale intégrée, ce qui entrainerait un effet catalytique pour la mobilisation des ressources domestiques. Dans cette optique, le rapport d'évaluation de l'état de préparation à la transition et à la pérennité du Programme national de lutte contre le VIH montre les atouts et opportunités dont dispose le pays pour enclencher et réussir l'affranchissement des financements extérieurs dans le long terme. Les programmes de lutte contre la tuberculose et les hépatites virales bénéficieraient des mêmes opportunités de financement dans le cadre de cette intégration à travers une stratégie de mobilisation des ressources.

7.3 Stratégies pour la mobilisation des ressources

La diminution progressive des financements externes menace la riposte nationale intégrée au VIH, à la tuberculose, aux IST et aux hépatites virales, alors que les besoins restent importants.

Pour préserver les acquis, assurer la continuité des services et atteindre les objectifs d'élimination, le Sénégal va renforcer la mobilisation des ressources domestiques et intégrer davantage ces trois programmes dans le système national de financement de la santé.

L'objectif stratégique est d'assurer un financement durable, équitable et intégré du VIH, de la tuberculose et des hépatites virales en augmentant les ressources nationales, en améliorant l'efficience des dépenses et en diversifiant les mécanismes de financement. Les axes prioritaires de la stratégie de mobilisation des ressources du PSNI sont :

- **L'intégration des programmes dans le financement national de la santé**

Il s'agit d'augmenter et de consolider les lignes budgétaires dédiées et pluriannuelles VIH–TB–hépatites virales dans le Budget Programme du MSHP, d'aligner les trois programmes sur les mécanismes nationaux : AMO/AMU, contractualisation, crédits décentralisés. Pour cela il est important de renforcer la participation du CNLS, du PNT et du programme Hépatites dans la planification budgétaire du ministère des Finances.

Accroissement des ressources domestiques

Une stratégie de mobilisation des ressources domestiques sera mise en place comme indiqué dans la stratégie de financement de la santé du pays. Ainsi, en préparation de la transition, la contribution attendue des ressources domestiques augmentera au fil des années pour atteindre au moins 50% des besoins à la fin du PSNI.

Un plaidoyer sera fait pour l'utilisation des taxes des produits qui affectent la santé (tabac, alcool, boissons sucrées, produits nocifs) pour financer durablement les maladies transmissibles et non transmissibles. Les collectivités territoriales seront mises à contribution pour le financement des quatre maladies dans le cadre de la mise en œuvre des compétences transférées. Un cadre de redevabilité sera mis en place pour le suivi de leurs engagements dans les politiques de santé au niveau territorial. Mobiliser les secteurs à fort potentiel (télécoms, extractif) via des contributions de responsabilité sociétale (RSE) orientées vers les priorités de santé comme le VIH, la TB et les hépatites virales.

Efficience, transparence et gouvernance

Pour avoir plus d'efficience et de transparence dans la gestion des programmes, les stratégies qui seront mises en œuvre concernent l'amélioration de la chaine d'approvisionnement (achats groupés, digitalisation, réduction des ruptures). Aussi le suivi budgétaire sera renforcé avec un tableau de bord unifié des dépenses et résultats VIH–TB–hépatites. L'implication de la société civile et des communautés dans la redevabilité et le suivi de la qualité des services sera développé à travers la Community Lead Monitoring (CLM).

Financements innovants

Un Fonds national catalytique pour les maladies infectieuses, alimenté par les taxes santé, la diaspora et le privé pourrait être crée. Des mécanismes innovants développés comme les obligations à impact, les financements basés sur la performance, les micro-prélèvements solidaires via mobile money. Il s'agira aussi de promouvoir les partenariats publics privés (PPP) pour l'infrastructure, le laboratoire, la logistique et la production locale de médicaments.

Partenariats internationaux et transition soutenable

Pour assurer une transition soutenable, une stratégie de cofinancement progressif avec les partenaires (Fonds mondial, Banque mondiale, BAD, etc.) devra être mise en place.

Le Sénégal devra renforcer les capacités d'analyse de coûts, de données et de performance pour rester éligible et attractif et se positionner comme pays champion de la durabilité dans les instances régionales et continentales.

Chapitre VIII :

Menaces, Risques/Urgences sanitaires et autres- Mesures de mitigation – Mécanisme d'audit et d'assurance

8.1. Menaces, risques organisationnels de gestion intégrée, risques d'urgence sanitaires et autres risques

8.1.1. Risques/Menaces liés à la gestion du PSNI

- **Coordination et financement**

Les principaux risques (et/ou menaces) qui pourraient entraver l'atteinte des objectifs fixés dans ce PSNI sont liés à une insuffisance des ressources pour la gestion intégrée des activités du plan à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (national, régional, district sanitaire) et dans la collaboration avec les partenaires techniques et financiers et les programmes impliqués, les acteurs techniques et communautaires au niveau opérationnel.

- **Ressources Humaines pour la santé y compris communautaires**

L'insuffisance des ressources humaines de qualité et motivées au niveau des programmes, des équipes de coordination régionale mais aussi des districts sanitaires (y compris communautaires), pourrait constituer un frein à la planification, la coordination, la mise en œuvre et le suivi des activités du plan. La précarité de certains postes clés (mobilité du personnel) au niveau opérationnel constitue une réelle menace au continuum des soins. La mise en place de paquet de soins intégrés devant être délivré par des prestataires de santé (y compris communautaires) a été longtemps dévolus à un seul programme.

- **Système de laboratoire**

L'insuffisance de la disponibilité des équipements, des intrants et réactifs adaptés pour un diagnostic précoce des différentes maladies corrélée à des systèmes de transport des échantillons peu fonctionnels, pourrait freiner l'amélioration de l'accès au diagnostic et au suivi des traitements. En plus, l'absence de plan intégré de la maintenance des appareils de laboratoire constitue une réelle menace à la continuité des services.

- **Chaîne d'approvisionnement**

La faible disponibilité des ressources humaines qualifiées pour assurer une gestion efficace des approvisionnements et des stocks de médicaments, réactifs et autres intrants de laboratoires constitue un facteur majeur de risque de mauvaise gestion. L'insuffisance de la coordination des intervenants à différents niveaux, une mauvaise estimation des besoins souvent liée à un déficit dans l'information logistique corrélée au manque de respect des plans d'approvisionnement par la Sen-PNA constituent de véritables facteurs de risque de rupture de stocks et de péremption. A cela, il faut ajouter le retard de mobilisation des financements de l'Etat destinés à l'acquisition des médicaments et autres produits de santé.

- **Information stratégique**

La coordination et le suivi intégré des activités du PSNI pourraient rencontrer des difficultés dans la mise en œuvre au cas où les équipes cadre de districts ne s'impliqueraient pas suffisamment tout au long du processus pour assurer la complétude, la promptitude et la validation des rapports.

Le climat social qui prévaut ces dernières années dans le système de santé occasionnant la rétention des données pourrait compromettre un suivi correct de la mise en œuvre et de l'atteinte des objectifs.

8.1.2. Risques liés aux urgences sanitaires

Au Sénégal, des cadres et lignes directrices définis au plan régional et international, comme le Règlement Sanitaire International (2005) et ses contraintes juridiques, les stratégies intégrées de surveillance de la maladie et de riposte, ainsi que la gestion des risques de catastrophe sont adoptées et mis en œuvre. Malgré l'existence de ces cadres, lignes directrices et stratégies, la gestion des urgences sanitaires reste parmi les points à améliorer dans le système de santé. Pour l'essentiel, les difficultés tiennent à la mise en œuvre fragmentée des interventions expliquée d'une part par une collaboration intersectorielle limitée, à l'insuffisance de ressources, à la Faiblesses du système de santé et à l'insuffisance des ressources humaines. Dans ce contexte, une gestion intégrée apparaît comme indispensable en vue de gagner en efficacité et d'assurer une meilleure optimisation des ressources et des financements. Une organisation adéquate, y compris en matière de gestion des risques, permettra une collaboration intersectorielle effective, indispensable à l'atteinte des objectifs communs.

8.1.3. Autres risques

En dehors des risques et menaces évoqués ci-haut, il est important de tenir compte des autres types de risques pouvant influer l'atteinte des objectifs du PSNI, tels que les risques financiers (risque comptables et financiers, risque de fraude financière, contrôle interne insuffisant, corruption et vol).

8.2. Mesures d'atténuations

8.2.1 Mesures d'atténuation liées à la gestion du PSNI

- **Coordination et Financements**

La transition des financements doit être amorcée pour garantir la préservation des acquis décrits dans le PSNI et aussi pour atteindre les résultats fixés. Cela sera possible avec la mise en place de plus de ressources domestiques et la mobilisation des fonds des partenaires pour la lutte contre les pandémies aussi bien dans son volet surveillance que de la riposte. La coordination intersectorielle sera assurée avec l'intégration de la tuberculose et des hépatites virales dans les Comités intersectoriels de lutte contre le Sida, à tous les niveaux (national, régional et départemental) dirigées par les autorités administratives. Ainsi, les actions conjointes avec les autres secteurs de développement seront mieux favorisées autour des autorités administratives et les collectivités territoriales ainsi que la mobilisation et la mutualisation des financements.

La coordination technique des activités sera marquée par l'intégration du PNLH dans les différents comités TB-VIH mis en place aux différents niveaux du système de santé. Les fonctionnements de ces différents comités seront améliorés et leurs missions renforcées pour prendre en compte la dispensation de qualité des services de soins intégrés TB, VIH, Hépatites virales et IST. Les activités communautaires seront également intégrées dans ces différentes instances.

- **Ressources Humaines pour la santé y compris communautaires**

Le recrutement et la fidélisation de postes prioritaires est prévu à tous les niveaux à travers le plaidoyer qui sera mené auprès du Gouvernement avec l'appui des partenaires. Les renforcements de capacités prévus à tous les niveaux et ciblées aux besoins identifiés devront permettre d'assurer une mise en œuvre de qualité des paquets de services différenciés. La mise en place de référentiels techniques conjoints est également prévu.

Il est prévu un renforcement institutionnel des réseaux communautaires surtout pour la tuberculose et les hépatites virales et des actions coordonnées des acteurs intervenant pour les différentes maladies. Des initiatives seront prises pour améliorer la couverture des interventions communautaires.

- **Système de laboratoire**

De nouvelles acquisitions notamment celles pouvant être utilisées par plusieurs programmes (exemple de plateformes comme le GeneXpert, le Truenat, etc. pour le diagnostic de la tuberculose et du VIH chez les nouveau-nés ainsi que la charge virale pour le VIH) sont prévues pour améliorer la couverture en unités de diagnostic pour les quatre maladies. La mise en place d'un système intégré de transport des échantillons sera promue auprès de la Direction des laboratoires. Parallèlement les systèmes de transport utilisés par les programmes seront optimisés en attendant que celui intégré fonctionne correctement. Un plan de maintenance des équipements de laboratoire sera mis en place et prendra en compte tous les besoins annuels estimés en fonction des leçons apprises de la gestion du réseau de laboratoire pour les trois programmes.

- **Chaîne d'approvisionnent**

Le renforcement de la disponibilité et des capacités des ressources impliquées dans la gestion des stocks sera assuré à travers les recrutements des postes clés et les formations prévues. Des logiciels adaptés seront acquis pour obtenir une information logistique de qualité, gage d'un suivi et d'une estimation correcte des besoins annuels. Des référentiels techniques seront mis en place pour harmoniser la gestion des stocks à tous les niveaux. Le « Comité national conjoint de gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments et autres produits de santé » avec ses démembrements régionaux contribuera à renforcer la coordination entre les acteurs dont la SEN-PNA pour des approvisionnements réguliers.

- **Information stratégique**

Il est prévu un appui renforcé des instances de coordination technique au niveau des régions et des districts y compris les activités communautaires. Une intensification de la digitalisation de la gestion des données contribuera à réduire les effets néfastes occasionnés par les grèves des prestataires.

8.2.2 Mesures d'atténuation des risques liées aux urgences sanitaires

Tirant des enseignements de la gestion de la pandémie de Covid19, des mesures seront prises pour aider le système de santé à faire face aux situations d'urgence. L'objectif étant de se préparer à affronter tous les risques sanitaires, à les prévenir et éviter les crises. Il s'agit de renforcer et maintenir les capacités à surveiller, à détecter, à traiter et soutenir les malades TB, VIH, Hépatites virales ou IST y compris en cas d'urgences sanitaires. Des mesures particulières seront appliquées pour protéger les malades des flambées épidémiques et de leurs conséquences sur leur suivi et au niveau social.

En cas d'urgence sanitaire, la mise en œuvre du PSNI s'appuiera sur le dispositif mis en place par le Gouvernement en vigueur à travers le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) pour développer des plans de riposte adaptés afin d'assurer la continuité des services et la protection des malades, particulièrement chez les populations vulnérables**.**

Les principales stratégies qui seront prises en compte dans ces plans de riposte tournent autour de : (i) la prévention afin de réduire l'exposition des populations ; (ii) la détection précoce des cas associés à l'épidémie, (iii) la prise en charge rapide des malades, (iv) la mise en place d'un système de notification à temps réel ; (iv) le soutien aux malades et à leurs familles, (v) la collaboration multisectorielle, la coordination avec le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS), la sensibilisation des populations surtout vulnérables, etc.

8.2.3. Mesures d'atténuations des autres risques

Les programmes s'assurent du fonctionnement des systèmes de contrôle interne et de la mise en œuvre d'actions efficaces contre toutes formes de menaces qui entravent la réalisation des objectifs du PNSI 2026-2030. Ces actions concernent également les autres risques auxquels les programmes peuvent être confrontés (financier, risques opérationnels liés à la chaine d'approvisionnement, risques liés au système de gestion de l'information sanitaire et au suivi évaluation etc.)

8.3. Mécanismes d'audit et d'assurance

Les programmes montrent leur capacité à utiliser de manière efficace les ressources nationales et extérieures supplémentaires, sur une base fiable, afin d'atteindre les niveaux de performance fixés pour l'élimination de l'épidémie de l'infection à VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST d'ici 2030 et d'assurer une couverture sanitaire pour toutes les populations cibles et les groupes vulnérables.

L'audit des programmes est un aspect fondamental du cadre de garantie et de gestion des risques au niveau des programmes. Ils sont réalisés conformément à la norme internationale d'audit (ISA) ou, pour les auditeurs des finances publiques, aux normes nationales conformes aux normes internationales des institutions supérieures de contrôle des finances publiques (ISSAI).

8.4. Intégration de la démarche qualité dans la gestion des programmes de santé (Tuberculose, VIH, Hépatites et IST)

L'intégration de la démarche qualité dans la gestion des programmes des quatre maladies viendra en appoint à la gestion par les risques en assurant un suivi efficace de la mise en œuvre des activités identifiées, aussi bien dans :

- la gestion de la chaine d'approvisionnement (achat, suivi des achats, transport, gestion des stocks, etc.) ;
- la gestion de la compétence des acteurs (programme dégradé de renforcement des capacités, évaluation de l'efficacité des formations, capitalisation, etc.) ;
- la gestion des infrastructures pour les laboratoires (équipement, matériel, installation physique, intrants, etc.) ;
- l'intégration du changement climatique dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités des différents programmes ;
- l'identification d'indicateurs qualité dégradés basés sur les indicateurs de suivi -évaluation des quatre programmes.

Dans un contexte de raréfaction des ressources, la gestion des coûts de non-qualité permettra de réduire les charges et de rationaliser des ressources à tous les niveaux.

8.5 Dispositifs de gestion des risques et de la démarche qualité

Dans la mise en œuvre des activités liés aux objectifs du PSNI 2026-2030, une approche par les risques sera utilisée pour identifier avec précision les défis à atténuer et les risques susceptibles d'entraver la capacité des programmes à atteindre leurs objectifs et cibles stratégiques.

Dans ce cadre, le PSNI est adossé à une cartographie des risques stratégiques pour identifier, hiérarchiser et atténuer les risques transversaux aux quatre programmes et les risques spécifiques à chacun d'eux.

L'identification, l'évaluation et le suivi continu des risques à travers un dispositif de gestion des risques qui se voudra le plus intégré possible, vont permettre de renforcer les assurances liées aux subventions et aux programmes dans lesquelles les investissements sont effectués.

La mise en place de la démarche qualité s'appuiera sur une expertise déjà disponible, des ressources existantes au sein des quatre programmes et les meilleures pratiques déjà mises en application, afin de réduire les besoins financiers et de capitaliser les interventions qui en découlent.



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Un peuple – Un but – Une foi

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
Fann Résidence, Rue Aimé Césaire
Tél : 33 869 42 42 /33 869 42 69
Email : informatique@sante.gouv.sn
www.www.sante.gouv.sn

Conseil National de Lutte Contre le Sida
(CNLS) Chu Fann
Tél : +221 33 869 09 09
E-mail : cnls@cnls-senegal.sn
www.cnls-senegal.sn

© indigo +221 77 634 24 61