
**National Strategic Plan to
Reduce Human Rights –
Related Barriers to HIV, TB
and Malaria Services:**

**Senegal
2021 – 2025**



**PLAN QUINQUENNAL POUR UNE RÉPONSE
GLOBALE AUX OBSTACLES LIÉS AUX
DROITS HUMAINS QUI ENTRAVENT LA
RIPOSTE AU VIH ET À LA TUBERCULOSE
AU SÉNÉGAL**

2021- 2025

ABREVIATIONS

ANCS :	Alliance Nationale des Communautés pour la Santé
ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CCM :	Instance de coordination du FM
CDI :	Consommateurs de Drogues Injectables
CEPIAD :	Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le SIDA
DLSI :	Division de Lutte contre le SIDA
ED-MICS :	Enquête Démographique et de Santé à indicateurs multiples
EDS :	Estimations Démographiques
ELIHOS :	Evaluation des interventions de prévention des IST et du VIH auprès des
HSH du Sénégal	
ENDA/SANTE :	Entité de Enda/Tiers Monde en charge des programmes de santé
ENCS :	Enquête nationale de surveillance combinée
eTME :	Elimination de la Transmission Mère-Enfant
FM :	Fonds Mondial
HSH :	Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes
LEA :	Evaluation du cadre juridique de la riposte au VIH
OEV :	Orphelin enfant vulnérable
OCB :	Organisation Communautaire de Base
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEPFAR :	Plan d'urgence présidentiel de lutte contre le SIDA
PNT :	Programme National de Lutte contre la TB
PVVIH :	Personnes Vivant avec le VIH
RENAPOC :	Réseau National des Populations clés du Sénégal
RNP+ :	Réseau National des PVVIH Sénégal
TARV :	Traitement antirétroviral
TB :	Tuberculose
TS :	Travailleur(se) du sexe
UDSEN :	Usage de drogue au Sénégal
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VBG :	Violence basée sur le genre
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

REFERENCES

1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International (2016).
2. UNAIDS. (2017). "AIDS info." from aidsinfo.unaids.org
3. Formulaire de la demande de financement 2019
4. Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA PSN 2018 2022
5. *ELIHoS, 2014* Evaluer les interventions de prévention des IST et du VIH auprès des homosexuels masculins au Sénégal. : Projet ELIHoS. Dakar : ANRS.
6. Secrétariat Exécutif Conseil National de Lutte contre le SIDA, Situation épidémiologique du VIH au Sénégal 2017-2018, Mars 2019.
7. Présentation du Dr. Safiatou Thiam du CNLS, VIH/Sida au Sénégal. Enjeux et défis, atelier multipartite Terroubi 05 Février 2020
8. Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (2011-2014).
9. Etude ANRS 12243 Enquête de prévalence et de pratiques à risque d'infection à VIH, VHB et VHC chez les Usagers de drogues dans la région de Dakar : Rapport Projet UDSSEN. Dakar : ANRS
10. Bulletin semestriel de liaison sur le Rapport PARECO publié par l'ANCS en Novembre 2018
11. Enquêtes Nationales de Surveillance Combinée (ENSC) de 2006-2015 et 2019
12. Conseil national de lutte contre le SIDA (2016). Enquête Nationale de Surveillance Combinée de 2015 -2019. Rapport de synthèse. Dakar : CNLS/APAPS/MSAS/DLSI-MST
13. Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2016). ICF International Rockville, Maryland, USA.
14. Agence nationale de la statistique et de la démographie [Sénégal], et ICF International. (2012). Enquête Démographique et de Santé à indicateurs Multiples (EDS-MICS) de 2010-2011. Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.
15. Rapport observatoire communautaires sur le traitement ARV (ITPC), 2019.
16. Rapport taux de survie 2020 publié par CNLS
17. Profils pays TB, rapport global de l'OMS 2018
18. Rapport annuel PNT 2019
19. Lunga Nsumbu M. et Salle R., Etude sur l'estimation de la taille des populations clés pour la tuberculose au Sénégal, 2020, pour le Ministère de la santé et de l'action sociale, la direction générale de la santé publique, la direction de la lutte contre la maladie et le programme national de lutte contre la tuberculose.
20. Rapport étude TB/genre2014
21. Etude MdM Abidjan 2014. Santé des personnes usagères de drogue à Abidjan en Côte d'Ivoire Prévalence et pratiques à risque d'infection par le VIH, les hépatites virales, et autres infections, 2014.
22. plan stratégique national de lutte contre la tuberculose PSN TB (2018-2022),
23. Plan Stratégique National du CEPIAD 2018-2022

24. Fonds Mondial Note TB 2019. Fonds Mondial de lutte contre le sida, la TB et le paludisme, Note d'information technique Tuberculose, genre et droits humains, Novembre 2019.
25. RENAPOC 2018. RENAPOC et al. Enquête sur l'expérience et les perceptions des HSH âgés de plus de 30 ans, à Dakar, Touba et Mbacké 2017-2018,
26. Stigma Index 1.0 de 2012 et 2.0 de 2017. HIV Leadership Through Accountability Programme: GNP+; RNP+ Sénégal. PLHIV Stigma Index: Senegal Country Assessment 2012 et 2017.
27. RNP+ et al. 2019. RNP+, ITPC et Treatment Access Watch, Observatoire communautaire sur le traitement au Sénégal, analyse des données de 2019, juin 2019.
28. RNP+, ITPC et Treatment Access Watch, Observatoire communautaire sur le traitement au Sénégal, analyse des données de 2019, juin 2019.
29. Rapport de l'Evaluation de reference publiée en 2018
30. Lyons, C. E., S. Ketende, D. Diouf, F. M. Drame, B. Liestman, K. Coly, C. Ndour, G. Turpin, S. Mboup, K. Diop, C. Toure-Kane, D. Castor, N. Leye-Diouf and S. Baral (2017). "Potential impact of integrated stigma mitigation interventions in improving HIV/AIDS service delivery and uptake for key populations in Senegal." *J Acquir Immune Defic Syndr* 74(Suppl 1): S52-59.
31. Information de la stratégie All-in visant les jeunes et les adolescents au Sénégal communiquée aux consultants
32. Plan Stratégique 2020-2024 du CEPIAD publié en octobre 2019
33. Ito S. 2018. Ito S, Lépine A, Treibich C. The effect of sex work regulation on health and well-being of sex workers: Evidence from Senegal. *Health Econ.* 2018;27(11):1627-1652. doi:10.1002/hec.3791
34. Rapport de l'atelier multipartite en février 2020.
35. Evaluation du cadre juridique de la riposte au VIH (LEA) réalisée en 2017 sous l'égide du PNUD.

1. Contexte

1.1 Situation épidémiologique et réponse au VIH au Sénégal

L'épidémie du sida au Sénégal est de type concentrée avec une prévalence basse dans la population générale, 0,5 % (Spectrum ONUSIDA 2019). La prévalence est plus élevée chez les femmes (0,5%) que chez les hommes (0,4%) et très élevée dans certaines populations (populations clé) et localités. En particulier, 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 (EDS-Continue 2017).

Les nouvelles infections sont généralement en baisse sauf chez les 15-24 ans et les 25-49 ans. Les enfants de 0-4 ans représentent 22% des nouvelles infections tandis que 15% des nouvelles infections sont parmi les 15-24 ans. Par ailleurs, chez les 15-49 ans, 53% des nouvelles infections sont parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les travailleurs du sexe (euse) (Spectrum ONUSIDA 2019).

Un total de 42 000 personnes (adultes et enfants) vivent avec le VIH au Sénégal dont 63% sont sous traitement (ONUSIDA Data 2019). Si le nombre de personnes sous traitement a augmenté au Sénégal, la situation reste très préoccupante chez les enfants avec seulement 31% des enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH recevant un traitement (ONUSIDA Data 2019). Des situations d'échecs thérapeutiques ont aussi été observées chez les enfants. Une étude de 2018 a identifié des difficultés liées à leurs conditions de vie difficiles, la précarité de leurs parents ou le fait d'être orphelins (Enquête Emprise 2). Les enfants de 0 à 4 ans représentent 18% des décès liés au VIH (Spectrum ONUSIDA 2019).

La prévalence chez les populations clés

Les populations clés sont les populations les plus touchées par le VIH. Selon le PSN 2018-2022, elles regroupent: les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les travailleuses du sexe (TS), les utilisateurs de drogues injectables (CDI) et les détenus.

Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. La prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH) est passée de 17,8 % en 2014 à 27,6 % en 2017. Les résultats de cette dernière enquête de 2017 montrent une variation de la prévalence selon les localités. Les prévalences les plus élevées sont observées au niveau des villes de Dakar (49,6 %) ; Diourbel (34,8 %) ; Mbour (32,7 %) ; Saint-Louis (30,3 %) et Louga (29,3 %). Selon l'enquête, la prévalence du VIH chez les HSH âgés entre 30 et 39 ans a atteint les 45,2 %. Elle est de 37,3 % chez les jeunes de HSH de 25 et 29 ans (CNLS, 2019). Le nombre de HSH au Sénégal serait de 54 181 en 2021, 55 932 en 2022 et 57 741 en 2023 selon les dernières estimations de la taille des populations clés effectuées par le CNLS. Ces estimations sont fondées sur les études réalisées par Enda/Santé avec l'appui de John Hopkins University. Une autre étude d'estimation de taille est en cours au Sénégal.

Travailleuses du sexe. La prévalence du VIH chez les femmes professionnelles du sexe (TS) est en baisse. En effet, elle est passée de 18,5 % en 2010 à 6,6 % en 2015 puis à 5,8 % en 2019 (ENSC, 2010, 2015, 2019). Chez les professionnelles du sexe dites « officielles », c'est-à-dire enregistrées au fichier officiel de la prostitution, la prévalence du VIH est passée de 23,8 % en 2010 à 8,7 % en 2015 et 8,6 % en 2019, alors que chez les professionnelles du sexe dites « clandestines » elle est passée de 12,1 % en 2010 à 5,4% en 2015 et à 2,8 % en 2019 (ENSC, 2010, 2015 et 2019). Le nombre de TS au Sénégal serait de 29 456 en 2021, 30 321 en 2022 et 31 199 en 2023 selon les études réalisées par Enda/Santé avec l'appui de John Hopkins University.

Consommateurs de drogues injectables. L'enquête UDSSEN, réalisée en 2011 dans la région de Dakar avait montré une prévalence de 5,2 % parmi les CDI. La prévalence du VIH est beaucoup plus élevée chez les femmes (13,0 %) que chez les hommes (3,0 %). Elle varie aussi selon le mode de consommation des drogues. Ainsi, elle est bien plus élevée chez les personnes qui s'injectent des drogues (9,4 %) que chez celles qui ne s'injectent pas (2,5 %) (UDSEN, 2011). L'étude PARECO de 2018 pilotée par l'ANCS montre une prévalence parmi les CDI de 3,7% à Mbour. Plus généralement, les résultats de l'étude confirment la nécessité de mettre en place des programmes de réduction de risques auprès des CDI au delà de Dakar, et notamment à Mbour, Diourbel, Kaolack, Ziguinchor, Saint Louis, Kaffrine, Louga et Tamba. Toujours selon cette étude, le nombre de CDI serait estimé à 6 714 en 2021, 6 931 en 2022 et 7 156 en 2023.

Détenus. La prévalence du VIH chez les détenus stagne autour de 2% entre 2015 et 2019 (ENSC 2015, ENSC 2019). La prévalence du VIH est bien plus élevée chez les femmes détenues (5,4 % en 2019) que chez les hommes détenus 1,5 % en 2019.

Il convient de noter que le pays ne dispose pas actuellement d'informations sur les personnes **transgenres** permettant d'estimer leur nombre mais aussi la prévalence du VIH au sein de cette population. A cet effet, une étude est prévue en 2020. Cette étude devrait permettre d'avoir des données sur cette population particulièrement vulnérable car plus exposée à la discrimination, à la stigmatisation et aux violences liées au genre, et est susceptible d'avoir un accès très limité aux services de santé où le personnel n'est pas formé à la prise en charge des personnes transgenres.

La prévalence chez les personnes vulnérables

Les autres populations particulièrement vulnérables au VIH selon le Plan stratégique national de lutte contre le sida 2018-2022 sont les forces armées et les policiers, les populations mobiles (pêcheurs, camionneurs etc.), les orpailleurs et les populations handicapées. La prévalence chez les orpailleurs par exemple est 0,9 % en 2019. Si celle-ci a baissé chez les hommes passant de 1,7 % en 2015 à 0,5 %, en 2019, elle a augmenté chez les femmes, en passant de 0,9 % en 2015 à 1,6 % en 2019 (ENSC, 2015 et 2019).

La prévalence chez les **personnes handicapées** est, quant à elle, de 1,9 %. La prévalence est plus élevée chez les femmes (2,5%) que chez les hommes 1,3 % (ENSC, 2015). La répartition selon certains types de handicap montre aussi que les personnes présentant un handicap intellectuel présentent une prévalence de 7,7 %, suivi des personnes ayant des incapacités multiples (3,5%) et une incapacité physique (1,7%) (ENSC, 2015). Ceci s'expliquerait par le fait que les femmes ayant un handicap intellectuel sont souvent victimes de viols.

Par ailleurs, les données relatives à l'accès aux traitements des **enfants**, aux échecs thérapeutiques et au taux de mortalité chez les 0-4 ans confirment l'importance de mettre l'accent

sur les **enfants** et les **femmes enceintes** qui sont considérés comme des populations vulnérables dans le cadre de ce plan quinquennal. De même, l'augmentation des nouvelles infections chez les jeunes requiert d'accorder une attention particulière à cette population, et en particulier aux jeunes filles et adolescentes compte tenu des inégalités liées au genre qui persistent au Sénégal et qui ont un impact sur leur santé. Les jeunes femmes de 15-24 ans sont deux fois plus nombreuses à avoir eu des rapports sexuels avant 15 ans que les jeunes hommes (8 % contre 4 % selon l'étude EDS 2017) alors que seulement 31% des enfants vivant avec le VIH de moins de 15 ans connaissent leur statut (ONUSIDA Data 2019).

La lutte contre le VIH au Sénégal

Au Sénégal, la lutte contre le sida est inscrite au rang des priorités dans le domaine de la santé et la réponse s'inscrit dans la mise en œuvre du Plan stratégique national 2018-2022. Au niveau international, l'ONUSIDA a appelé la communauté internationale à réaliser l'objectif « 90-90-90 » d'ici à 2020 : 90 % des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique, 90 % des personnes séropositives reçoivent des traitements antirétroviraux et 90 % des personnes sous traitements antirétroviraux ont une suppression virale durable. Pour atteindre cet objectif, le plan quinquennal prévoit en termes de prévention, de poursuivre la réduction des nouvelles infections parmi les populations les plus touchées et l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants. Dans le cadre du dépistage, le plan prévoit des initiatives plus ciblées pour atteindre efficacement les populations les plus exposées au VIH à partir de stratégies multiples (campagnes de dépistage communautaire, dépistage et la fourniture de conseils initiés par un prestataire ainsi que le dépistage communautaire et l'auto-dépistage). En termes de prise en charge le plan prévoit de renforcer la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les PVVIH et les femmes enceintes, au-delà des objectifs mondiaux de « 90-90-90 ». En termes de dynamique participative, le plan prévoit que les acteurs communautaires, les réseaux des PVVIH, les représentants des populations clés soient des acteurs importants de l'offre de services de prévention, de renforcement de l'accès aux soins et de soutien psychologique et social. En termes de dynamique inclusive, le plan prévoit de s'attaquer à la discrimination au sein de la société, de contribuer à la réalisation de plusieurs des Objectifs de Développement Durable (ODD), en veillant à ce que personne ne soit laissé en marge des programmes.

Au Sénégal, le CNLS est en charge de coordonner la lutte contre le VIH/sida. Compte tenu de la dimension multisectorielle et pluridisciplinaire de la riposte, la mise en œuvre des programmes est assurée par les acteurs communautaires et tous les secteurs offrant des services et/ou ciblant les populations vulnérables à l'infection à VIH. Au total neuf (09) Ministères, dont le Ministère de la santé et son bras technique la Division de Lutte contre le Sida (DLSI), sont impliqués dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans sectoriels.

Les **acteurs communautaires** jouent également un rôle central dans la politique nationale de santé du pays et dans la riposte au VIH en particulier. L'engagement et le dynamisme des organisations communautaires ont largement contribué à rejoindre les PVVIH, les populations clés et les groupes les plus vulnérables par la mise en place de services adaptés et de proximité. Leur implication a permis d'augmenter la couverture géographique des interventions grâce à la participation dans la riposte des relais communautaires, des pairs éducateurs et des médiateurs communautaires (plus de 200 au total) placés au sein des sites de prises en charge. Les acteurs communautaires jouent aussi un rôle important dans l'accompagnement des femmes enceintes et des mères dans le cadre de l'extension de l'accès aux programmes d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (eTME). Ainsi, le personnel paramédical des centres de santé (sages-femmes infirmiers) et les infirmiers chefs de poste et sages-femmes des postes de santé

ont été autorisés à prendre en charge le couple mère enfant et en 2018 et 2019, un système de marrainage « Ndéye Dické » et « Mother Mentor » a été mis en place et plaçant les acteurs communautaires au cœur de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

L'utilisation des cliniques mobiles communautaires, au delà des sites de prises en charge, et la mise en place des services extra muros ont également permis d'apporter les services dans les zones les plus reculées du pays et fournir des prestations aux populations les plus vulnérables. Cette augmentation substantielle des volumes de prestations par les travailleurs de proximités à travers la mise en œuvre d'un paquet de service tel que l'IEC/CCC, le dépistage démedicalisé, l'autotest, l'introduction de la PrEP (prévue en 2020) à l'endroit des populations clés, la dispensation communautaire des ARV, l'accompagnement des PVVIH, l'observance du traitement ambulatoire, la recherche des perdues de vue et la distribution des kits alimentaires se sont révélés essentiels à la riposte nationale.

Malgré les efforts engagés, de nombreux défis restent à relever et le Sénégal entend, entre autres, s'attaquer dans les prochaines années à baisser considérablement les nouvelles infections chez les jeunes femmes et jeunes hommes de 15 à 24 ans et les enfants ; accroître l'accès au dépistage des populations clés et leur accès aux structures de soins et de traitement à travers l'extension de la couverture géographique et la rationalisation des interventions des organisations de la société civile ; améliorer la prise en charge des enfants et le diagnostic précoce à travers la délégation des tâches et le passage à l'échelle de la stratégie de marrainage des femmes enceintes; améliorer l'accès aux tests de charge virale ; supprimer la stigmatisation et les discriminations qui font obstacles à une riposte efficace et accroître les ressources domestiques pour un système résilient et pérenne de santé.

1.2 Situation épidémiologique et réponse à la tuberculose au Sénégal

Selon les estimations de l'OMS, l'incidence de la TB au Sénégal est restée stable autour de 140 cas /100000 habitants de 2000 à 2016. En 2017 elle était à 122 puis à 118 en 2018 (Rapport global OMS 2018). Cette incidence a diminué de 15% par rapport à 2015. La mortalité estimée en 2018 est de 17 cas/100.000 habitant chez les personnes vivant avec le VIH alors qu'elle est de 1.6 chez les patients qui ne sont pas atteints du VIH, ce qui démontre une forte mortalité en cas de co-infection (PSN TB 2018-2022). En 2019, le pays a identifié 13 744 cas de TB toutes formes, soit un taux de notification de 86 cas/100.000 habitants. Six régions médicales (Dakar, Thiès, Diourbel, Kaolack, Ziguinchor et Saint Louis) ont notifié 83,8% des cas au total (Rapport annuel PNT 2019).

Populations clés TB au Sénégal

Les populations clés pour la tuberculose se définissent, selon le partenariat Halte à la tuberculose et l'Organisation mondiale de la santé, comme étant les personnes vulnérables, mal desservies ou exposées à l'infection tuberculeuse et à la tuberculose. Elles englobent ainsi : (1) les personnes les plus exposées à la tuberculose en raison de leur lieu de résidence ou de travail, (2) les personnes ayant un accès limité à des services de lutte contre la tuberculose de qualité, et (3) les personnes plus exposées à la maladie en raison de facteurs biologiques ou comportementaux. Une étude sur l'estimation de la taille des populations vulnérables à la tuberculose au Sénégal a été récemment initiée par le PNT afin de prioriser les interventions de lutte contre la tuberculose au Sénégal et adapter les programmes aux besoins et réalités des populations clé. Cette étude réalisée en 2020 a permis d'identifier les personnes en situation de pauvreté en milieu urbains, les personnes contacts TB, les PVVIH, les prisonniers/détenus, les utilisateurs des drogues

injectables, les femmes, les hommes ayant les relations sexuelles avec les hommes ainsi que les migrants comme étant les **populations clés prioritaires**, suivi des personnes souffrant de diabète, les orpailleurs, les fumeurs de tabac et le personnel de santé (Etude populations clé TB 2020).

Pauvres urbains. La majorité de la population pauvre et vulnérable au Sénégal (46,7% de la population du Sénégal) vit en milieu urbain dans des quartiers caractérisés par un habitat précaire et un accès difficile aux soins et aux services sociaux de base (eau, assainissement, éducation etc.) La tuberculose est une maladie liée à la pauvreté d'où sa forte prévalence chez ces populations pauvres urbaines. Les données du programme national démontrent que les cas de tuberculose sont plus concentrés dans les zones péri-urbaines des grandes villes (Etude populations clé TB 2020).

Sujets contacts TB. La transmission continue de la tuberculose au sein de la communauté reste très liée à la promiscuité, à la méconnaissance de la maladie, à la stigmatisation et à l'insuffisance des mesures de contrôle de l'infection. Il s'y ajoute une faiblesse dans la gestion des sujets contacts des cas contagieux, adultes comme enfants. Les contacts immédiats des malades sont plus à risque de développer la TB du fait de son mode de transmission essentiellement aérienne (Etude populations clé TB 2020).

Personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Le VIH et le bacille tuberculeux accélèrent mutuellement leur progression et restent la première cause de morbidité et de mortalité chez les PVVIH. Le VIH affaiblit le système immunitaire et les personnes vivant avec le VIH courent beaucoup plus de risques de développer la tuberculose que celles qui sont séronégatives (Etude populations clé TB 2020).

Détenus. Les détenus constituent un groupe de population à haut risque de tuberculose. La population carcérale est particulièrement exposée à la tuberculose du fait des conditions de vie précaires, de la promiscuité, du confinement et des conditions d'hygiène et alimentaires souvent défavorables. Le taux d'occupation en prison est de 129,5% au niveau national, allant jusqu'à 382,9% au niveau de la Maison d'arrêt et de correction de Rebeuss située dans la capitale. Dans l'ensemble, seuls 29,3% des établissements disposent d'une salle d'isolement pour les cas contagieux et les moyens de protection personnelle sont peu utilisés (5,4%) (Etude populations clé TB 2020).

Consommateurs de drogues injectables. Les consommateurs de drogues injectables sont particulièrement vulnérables à la tuberculose du fait notamment de leurs conditions de vie souvent précaires mais aussi de leur fréquente incarcération (Etude MDM Abidjan 2014). Par ailleurs, compte tenu de la stigmatisation et des discriminations contre les usagers de drogues, ceux-ci, tout comme les **hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes** et les **travailleuses du sexe**, ont un accès limité à la santé.

Femmes. Selon l'OMS la TB est l'une des principales causes infectieuses de décès chez la femme. Les femmes sont plus vulnérables économiquement pour faire face à la tuberculose, du fait de la faiblesse de leurs revenus et de leur dépendance économique vis-à-vis des hommes qui limite leur accès aux soins. Du fait de leur rôle social, en tant que mères, sœurs et épouses, les femmes ont aussi plus de responsabilités vis-à-vis des malades de la tuberculose que les hommes ce qui les expose davantage à la contamination de la TB (Etude TB/genre2014).

Migrants. Au Sénégal les migrations font essentiellement référence aux mouvements de populations internes engendrés par l'exode rural (ex. nomades, routiers, pêcheurs, saisonniers, forains (bana –bana). Dans les zones d'origine et de destination des migrants, les facteurs sociaux et économiques influent sur les risques d'infection de la TB. Il s'agit notamment de la pauvreté, des normes sociales et culturelles, des mauvaises conditions de vie et de travail abusives, l'isolement et le stress. Cette situation est aggravée par un accès inadéquat aux services de prévention et de prise en charge de la TB et la crainte de la stigmatisation. Du fait de leur grande mobilité, si ces travailleurs ou groupes sociaux vivant en hébergement collectif et précaire sont atteints d'une maladie contagieuse comme la tuberculose, le risque de propagation est décuplé, créant un foyer infectieux. De même les déplacements incessants ne favorisent pas un suivi médical adéquat d'une part et peut être source de propagation et de transmission de la maladie d'autre part (Etude populations clé TB 2020).

La lutte contre la tuberculose au Sénégal

Au Sénégal, la lutte contre la tuberculose a été menée selon les stratégies recommandées par l'OMS. Ainsi le PNT a mis œuvre depuis 1990 la stratégie dite DOTS (Observation directe pendant la première phase du traitement) de l'OMS avec la mobilisation et l'engagement des pouvoirs publics, l'accès à un dépistage de qualité, l'application d'une chimiothérapie standardisée de brève durée pour tous les cas de tuberculose dans des conditions optimales de prise en charge qui comprennent la supervision directe du traitement, l'approvisionnement régulier en médicaments de qualité et la mise en place d'un système d'enregistrement et de notification (PSN TB 2018-2022 P.16). Avec la stratégie Halte à la tuberculose initiée en 2006 par l'OMS le Sénégal s'est orienté vers l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité, la prise en charge de la co-infection tuberculose VIH et la tuberculose multi résistante, le renforcement des systèmes de santé, l'implication de tous les prestataires de soins, des malades et des communautés dotés de moyens d'agir sur la tuberculose et de promouvoir la recherche (PSN TB 2018-2022 P16). La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose vise à mettre un terme à l'endémie mondiale de tuberculose en réduisant de 95 % du nombre de décès et de 90 % du nombre de cas d'ici à 2035 (PSN TB 2018-2022 P.16).

Au Sénégal, la détection des cas de tuberculose, toutes formes, a plus que doublée au cours des 25 dernières années grâce à une augmentation significative de l'identification des cas de tuberculose pulmonaire à microscopieen (TPM+) en raison de l'extension du réseau de laboratoires de la tuberculose à travers le pays. En outre, le taux de succès thérapeutique s'est nettement amélioré au cours des 15 dernières années passant de 63,3% en 2000 à 88% en 2014 et 2015. Le taux des cas perdus de vue au cours du traitement a quant à lui diminué de 25% en 2000 à 5% en 2014 et 2015 (PSN TB 2018-2022). Cependant, et en dépit de l'avancée enregistrée dans le succès du traitement il n'y a pas de signes évidents de baisse de la transmission de la maladie au sein de la communauté et l'élimination de la tuberculose reste lente. Par ailleurs, bien que 88% des patients tuberculeux soient traités avec succès par les prestations de services du programme national contre la tuberculose (PNT), à peine les deux tiers du nombre estimé des cas de tuberculose sont détectés. Ceci indique que seulement un peu plus de 55% des cas qui apparaissent dans la population générale sont traités avec succès (PSN TB 2018-2022).

Le but du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose (2018-2022), inspiré de la stratégie Halte TB, est de réduire le nombre de décès liés à la tuberculose dans le pays en augmentant la détection des cas de tuberculose de manière significative tout en maintenant un taux de succès thérapeutique élevé. L'association entre la pauvreté, l'accès limité aux soins dans certaines zones, la sous-nutrition, le VIH, le diabète, la tuberculose et la concentration de la

maladie chez les populations vulnérables constituent les principaux obstacles aux efforts de lutte. En réponse la stratégie du Sénégal s'articule autour de 3 axes stratégiques prioritaires : le renforcement des soins et prévention intégrés, centrés sur le patient ; le développement des systèmes de soutien à la lutte contre la tuberculose et l'intensification de la recherche opérationnelle et de l'innovation (PSN TB 2018-2022). En outre, l'étude récente sur les populations clé a permis de développer une série d'interventions spécifiques aux populations clé incluant trois composantes : la réponse communautaire ; des stratégies spécifiques pour les différents groupes clés et l'élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services antituberculeux (Etude populations clé TB).

1.3 Obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès au service contre le VIH et la tuberculose

En finir avec l'épidémie de VIH nécessite de se concentrer davantage sur les vulnérabilités qui contribuent à l'infection, en ciblant, notamment, les populations les plus exposées au risque d'infection, vivant avec le VIH ou les plus touchées par ce virus. Au Sénégal, l'accès des populations clé et de certaines populations vulnérables aux services de prévention, de traitement et de soins se heurte à la persistance de la stigmatisation, des discriminations et de la pénalisation liées au VIH ou à l'appartenance à un groupe de populations clé et les vulnérabilités à l'infection continuent d'être exacerbées par les inégalités liées au genre et les violences basées sur le genre et contre les populations clé. Bien qu'il y ait encore peu d'information disponibles sur les obstacles relatifs aux droits humains dans la lutte contre la tuberculose au Sénégal, il est bien établi que la tuberculose est une maladie de la pauvreté qui prospère dans les contextes d'inégalités (Fonds Mondial Note TB 2019). De nombreux facteurs liés aux droits humains et au genre peuvent compromettre l'efficacité, l'accessibilité et la pérennité des programmes et services de lutte contre la tuberculose comme, par exemple, la violation de la confidentialité en milieu de soins ou les discriminations. Étant donné que la tuberculose est souvent associée à la pauvreté et parfois à d'autres comportements sociaux et conditions de vie «indésirables», les personnes atteintes ou soupçonnées d'être atteintes de tuberculose peuvent être stigmatisées et discriminées sur la base de leurs statut socioéconomique et comportements perçus ou en raison de leur maladie. Certaines recherches montrent que les femmes peuvent être nettement plus exposées à la stigmatisation que les hommes (Fonds Mondial Note TB 2019). Par ailleurs, et compte tenu du chevauchement des groupes de populations clé et vulnérables au VIH, et notamment, les PVVIH, les HSH, les TS, les CDI, les détenus et les femmes, la lutte contre la tuberculose et le VIH et les obstacles liés au genre et aux droits humains qui entravent cette lutte sont étroitement liés (Fonds Mondial Note TB 2019) comme le reconnaît l'élaboration de ce plan quinquennal.

Obstacles liés aux droits humains dans le contexte du VIH recensés au Sénégal

Un travail important a déjà été engagé au Sénégal pour comprendre les obstacles liés aux droits humains dans le contexte du VIH et développer des réponses adaptées. Ainsi, une évaluation du cadre juridique de la riposte au VIH (LEA) a été réalisée en 2017 suivi d'une évaluation de référence en 2018 dans le cadre de l'initiative du Fonds Mondial « lever les barrières » faisant le point sur les programmes existants en matière de droits humains et VIH et identifiant les besoins pour une mise à l'échelle. À cela s'ajoute d'autres projets de recherche, notamment sur les populations clé (RENAPOC 2018) ainsi que les études stigma de 2012 et 2017 (Stigma Index 2012 et 2017), les efforts communautaires de collectes d'information sur les violations des droits humains des populations clé et le travail de l'observatoire communautaire sur le traitement au

Sénégal (RNP+ et al. 2019). Ces initiatives ont permis de mettre en lumière certains obstacles à l'accès aux services liés aux droits humains.

Stigmatisation, discrimination et violence dans la population générale, les familles et lieux de travail. Selon l'étude stigma de 2017, pratiquement 1 personne vivant avec le VIH sur 2 (45.8 %) a relaté avoir eu au moins une expérience de stigmatisation et ou de discrimination de la part d'autres personnes dans les 12 derniers mois. Ces expériences de stigmatisation et/ou discrimination affectent de façon inégale les personnes vivant en zone rurale (10.8%), semi-rurale (22.2%) ou urbaine (66.8%). Par ailleurs, la stigmatisation est plus souvent observée dans les régions de Dakar (59%) ou de Kaolack (47%) que dans les régions de Saint Louis (26%) et Ziguinchor (10%) (Stigma Index 2017). Les hommes semblent plus exposés que les femmes particulièrement en ce qui concerne les commérages, les insultes, les menaces ou agressions physiques. L'expérience de stigmatisation la plus fréquemment rapportée vient des commérages (1 personne sur deux) et les violences verbales et/ou physiques ne sont pas rares, touchant 1 personne sur 5 (Stigma Index 2017). Les hommes sont d'abord stigmatisés pour leur homosexualité, pour les femmes, le fait de vivre avec le VIH les expose à des accusations de prostitution. En dehors des comportements sexuels ou d'usage de drogues, les autres raisons évoquées sont la stigmatisation liée à l'état de santé (en particulier en cas de survenue de tuberculose) et celle liée aux problèmes financiers (insuffisance de participation financière de la personne au ménage). Les populations clés sont ainsi particulièrement exposées aux risques de stigmatisation et/ou de discrimination (RENAPOC 2019). Certains HSH par exemple, sont rejetés et chassés du domicile familial, parfois avec violence, lorsque leur homosexualité est révélée. Certains sont contraints de se marier pour « normaliser » leur situation (RENAPOC 2019) d'autres de vivre cachés. Les actes de violences et de lynchages sur la base de l'orientation sexuelle, réelle ou supposée sont communs – une violence contre les HSH parfois cristallisée par une couverture médiatique sensationnelle et certains discours religieux (Evaluation de référence 2018). Les conséquences sur les programmes de lutte contre le VIH sont considérables. Les déplacements géographiques entraînent des interruptions de traitements et une perte de contact entre les associations et les HSH contraints de quitter leur localité. En 2019, certains programmes ont dû être interrompus suite à des discours violents et menaces prononcées contre les HSH.¹ Certaines associations sont d'ailleurs contraintes de travailler dans la clandestinité (Evaluation de référence 2018). Les travailleuses du sexe sont, quant à elles, particulièrement vulnérables au harcèlement et aux violences sexuelles (Evaluation de référence 2018) L'étude stigma de 2017 a révélé que les membres de population clé vivent dans la crainte des commérages (74.4%), des menaces verbales (64.7%) et des menaces ou agressions physiques (57.1%). Par ailleurs, l'auto-stigmatisation est significative parmi les personnes vivant avec le VIH, un sentiment corrélé aux expériences sociales de stigmatisation (Stigma Index 2017). Cette auto-stigmatisation et la peur du rejet empêchent nombre d'entre de personnes vivant ou touchées par le VIH de chercher un soutien auprès de leur famille et constitue un obstacle à l'accès et l'adhérence aux traitement (Evaluation de référence 2018). Enfin, l'état de santé peut constituer une barrière à l'accès au travail pour les personnes vivant avec le VIH avec 7.2% des personnes ayant un revenu dans l'année précédant de l'enquête stigma déclarant avoir perdu un emploi ou une source de revenu du fait, principalement, de raisons de santé.

Stigmatisation et discriminations dans les structures de soins et autres obstacles à l'accès aux soins. La stigmatisation et les discriminations dans les établissements de santé ont souvent été évoquées par les parties prenantes lors de l'évaluation de référence de 2018. Les résultats des entretiens réalisés ont ainsi mis en évidence que la discrimination

¹ Information communiqué par les parties prenantes aux consultants.

dans les établissements de santé continuent d'entraver l'accès aux soins (Evaluation de référence) bien que selon l'Observatoire communautaire sur le traitement au Sénégal 100% des personnes vivant avec le VIH interrogés ont confirmé avoir été traité avec respect par le personnel et 68% ont apprécié positivement la qualité du service (RNP+). Selon l'index stigma de 2017, 1,7% des personnes interrogées disent s'être vu refuser des soins du fait de leur séropositivité et 2,8% n'ont pas pu avoir accès aux services de santé sexuelle et de reproduction au cours des 12 derniers mois (Stigma Index 2017). Les HSH en particulier craignent d'être discriminés en milieu de soins. Les discriminations sont exercées par un éventail d'acteurs allant des prestataires de soins au personnel administratif des établissements de santé, qui craignent aussi parfois d'être catégorisés ou stigmatisés du fait d'avoir fourni des services aux populations clés (Evaluation de référence 2018). Une étude menée auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a révélé que 17,7 % d'entre eux redoutaient les services de santé, et que 15,3 % évitent les services de santé. Parmi les participants d'une étude, 1,3 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés ont indiqué s'être vus refuser des services ou n'avoir pu y accéder en raison de leur orientation sexuelle (Lyons et al. 2017). Les TS sont elles aussi confrontées à des niveaux de stigmatisation élevés dans le cadre des soins de santé. Selon la même étude de 2017, 21,9 % ont indiqué avoir peur de recourir à des services de santé, et 22 % éviter les services de santé du fait de leur profession (Lyons et al. 2017). Outre la stigmatisation anticipée, la mauvaise qualité des services fournis aux travailleuses du sexe a été relevée comme un obstacle majeur à la prise en charge adéquate (Evaluation de référence 2018). Ainsi, seuls 53% des HSH vivant avec le VIH auraient été dépistés en 2019 et seule 34% des TS alors que plus de 52% des nouvelles infections des 15-49 ans surviennent au sein de ces populations (Données de routine CNLS 2019).

A la stigmatisation et aux discriminations, s'ajoutent les barrières géographiques (services de prises en charge trop éloignés), financières (coût) et sociales (pauvreté) combinées avec des ruptures de stocks des ARV et le manque d'accès aux tests de charge virale qui constituent, elles aussi des obstacles majeurs à l'accès aux soins et à la réalisation du droit à la santé (RNP+ 2019). Bien que le dépistage et les traitements contre le VIH soient gratuits au Sénégal, les parties consultées dans le cadre de l'élaboration du plan quinquennal ont fait part de frais formels et informels associés à la prise en charge du VIH, et notamment lors du bilan inclusion.

Inégalités de genre ont également été identifiées comme un obstacle, en particulier en ce qui concerne les travailleuses du sexe et les femmes vulnérables, mais également les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, à la lutte contre le VIH dans le cadre de l'évaluation de référence de 2018. Les facteurs sociaux, tels que le divorce et les difficultés financières, ont été identifiés comme vecteur poussant les femmes sénégalaises à pratiquer le commerce du sexe, et représentent un niveau de vulnérabilité spécifique aux femmes. Les inégalités entre les genres auxquelles sont confrontées les femmes limitent leur capacité à négocier des pratiques sexuelles sans risque ou de couvrir des prestations médicales et les dépenses associées. Les jeunes, y compris les jeunes filles, rencontrent d'autres obstacles spécifiques à l'accès aux services de prévention et de prise en charge des IST/VIH, comme la limite de l'âge permettant d'accéder au dépistage sans que cela ne requiert le consentement des parents (15 ans), les tabous autour de la sexualité des jeunes, les normes culturelles néfastes comme le mariage précoce, ou encore le manque d'accès à des services adaptés qui respectent la confidentialité des jeunes.² Bien que l'échantillon était limité, l'étude stigma de 2017 a révélé un pourcentage important d'enfants

² Information de la stratégie All-in visant les jeunes et les adolescents au Sénégal communiquée aux consultants.

séropositifs (33,3%) parmi les jeunes vivant avec le VIH de moins de 25 ans, ce qui dénoterait probablement une information insuffisante sur la PTME chez les jeunes et des vulnérabilités importantes à prendre en compte (accès aux soins, aspects sociaux, biologiques etc.). De même, les populations clés ont un pourcentage plus élevé d'enfants séropositifs au VIH que les personnes n'appartenant pas à une population clé. Ainsi, parmi les populations clés, 1 personne vivant avec le VIH sur 4 déclare avoir au moins un enfant séropositif, posant là aussi des questions spécifiques sur l'accès aux soins et sur la prévention de la transmission VIH de la mère à l'enfant au sein ces populations (Stigma Index 2017).

Lois et politiques punitives. Un certain nombre de lois et politiques affectent négativement l'accès aux services de lutte contre le VIH en renforçant la marginalisation des populations clé, en les exposant aux arrestations et à l'emprisonnement et en perpétuant la stigmatisation et les violences contre ces populations. Ainsi,

- L'article 319 du Code pénal réprime les actes sexuels « contre nature » commis avec un individu de son sexe. Il ne donne toutefois aucune définition de ce qui constitue un acte « contre nature ». Tout contrevenant encourt une peine d'emprisonnement d'un à cinq ans et une amende de 100 000 à 1 500 000 francs. Si l'acte a été commis avec un mineur de 21 ans, le maximum de la peine sera toujours prononcé. L'homosexualité en elle-même ne constitue pas une infraction, mais l'article 319 a été utilisé pour poursuivre des individus sur la base de leur orientation sexuelle.
- L'article 109 de la loi portant Code des drogues criminalise la consommation de drogues et prévoit que ceux qui de manière illicite, achètent, détiennent ou cultivent des plantes ou substances classées comme stupéfiants ou substances psychotropes dont la faible quantité permet de considérer qu'elles sont destinées à leur consommation personnelle sont punis d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende égale au triple de la valeur des drogues saisies. L'étude UDSEN de 2011 dans la région de Dakar a ainsi révélé que 49,8% des CDI interrogés avaient été arrêtés par la police dans les derniers mois et que 61,9% avaient été incarcérés au moins une fois (UDSEN 2011).
- Si travail du sexe est autorisé et réglementé au Sénégal, les dispositions légales relatives au travail du sexe continuent de poser problème. En effet, la loi autorise les travailleuses du sexe à exercer leur métier mais n'offre pas de cadre d'exercice pour le faire. Les articles 323 et 325 code pénal disposent qu'il est interdit de se prostituer dans les bars, les hôtels, les auberges, les maisons closes et tout ce qui y ressemble. Il ne reste que la rue pour exercer le métier de travail du sexe. Mais dans ce cas, la réglementation est très rigoureuse, car les prostituées peuvent être poursuivies pour racolage au titre de l'article 9 du Code des contraventions. Les interpellations policières sont fréquentes du fait de la pénalisation du racolage.
- Par ailleurs, le travail du sexe au Sénégal exige une inscription volontaire au fichier sanitaire et social. Après inscription un carnet sanitaire est délivré et les TS doivent respecter l'obligation de se soumettre à des visites médicales de contrôles de dépistage et de traitement des IST tous les quinze jours. Elles doivent aussi présenter leur carnet sanitaire lors des interpellations par la police ou la gendarmerie. La pratique du carnet sanitaire soulève plusieurs difficultés du fait de l'accès de la police au fichier sanitaire, des interpellations policières qu'il suscite, y compris pour non respect des dates de visites médicales souvent causés par la fréquence régulière des visites dans les établissements sanitaires, ou encore du renforcement de la stigmatisation lié au fait de d'avoir une carte révélant sa profession (Ito. S et al. 2018). De même que la radiation définitive au fichier après l'exercice du métier soulève d'importantes inquiétudes dans la mesure où la preuve de la suppression définitive du nom de la personne dans le fichier n'est pas fournie.
- Enfin, si la loi sur le VIH a pour objectif de renforcer la protection des droits des personnes vivant avec le VIH, elle contient aussi des dispositions pénalisant l'exposition

intentionnelle au VIH. Bien que ces dispositions préconisent une application limitée du droit pénal à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, le manque d'information sur le VIH, et notamment sur sa nature et sa transmission, chez certains acteurs de la justice peuvent conduire à des poursuites injustifiées. Ainsi, une personne a été récemment condamnée au Sénégal pour exposition au VIH alors que sa charge virale était indétectable ce qui signifie qu'elle ne pouvait pas transmettre le virus.³

Pratiques policières : Avec l'appui du CNLS, de l'ANCS et des PTF à l'image du PNUD, des actions de renforcement de capacités en droits humains et de VBG ont été déroulés au profit des forces de défense et de sécurité. Ces activités rentrent dans le cadre de la lutte contre les abus, et les violences et vise à améliorer la compréhension des enjeux liés au VIH envers les TS, les détenus, les HSH et les CDI.

A titre illustratif, la pénalisation de l'usage de drogue crée également des obstacles aux activités « outreach⁴ » de réduction des risques lorsque les seringues sont utilisées par la police comme preuve d'usage de drogue ou facilitation de l'usage de drogue. Également, Bien que le commerce du sexe soit toléré, l'évaluation de référence de 2018 souligne que les travailleuses du sexe ne sont pas pour autant protégées

Toutefois les interventions de plaidoyer au niveau des brigades et commissariats de police avec appui du point focal du secteur INTÉRIEUR ont fortement contribué à réduire les arrestations et les abus.

Insécurité et interventions communautaires. Les acteurs communautaires (médiateurs, pairs éducateurs, relais communautaires et les leaders populations clé) jouent un rôle primordial dans la lutte contre le VIH et l'atteinte des populations clé. Toutefois, leur rôle n'est pas toujours suffisamment valorisé et connu. Par ailleurs, la stigmatisation et les lois punitives contre les populations clé créent un risque pour leur sécurité, que ce soit en termes d'interpellations policières au cours d'intervention « outreach » dans les communautés, et en particulier la nuit, ou de violences au sein de la communauté. Les acteurs communautaires ont souligné l'importance de renforcer leur protection lors de l'atelier multipartite. Une représentante des PS a souligné qu'il ne s'agit pas de mettre des policiers devant leurs locaux mais d'organiser par exemple des cours d'auto défense, d'installer des caméras dans leurs locaux ou de créer des groupes sécurisés sur les réseaux sociaux. Les participants ont aussi souligné l'importance des dialogues avec les commissariats qui ont porté leurs fruits. Par ailleurs, la mise à disposition d'équipements est aussi essentielle à la protection des données sensibles traitées par les acteurs communautaires qui, bien souvent, sont contraints de rédiger leurs rapports dans des cyber café.

Manque d'informations des populations sur leurs droits et accès limité à la justice. Tout comme de nombreux sénégalais, les personnes vivant avec le VIH et les populations clé affectées ne connaissent pas les droits que leur confère la loi ce qui ne leur permet pas de les défendre ou d'identifier les cas de violations (LEA 2017). Si dans le cas d'un environnement juridique hostile des services juridiques de qualité peuvent apporter un minimum de protection et générer des informations utiles pour les réformes juridiques et politiques leur accès reste limité. En outre, l'évaluation du cadre juridique de 2017, a révélé que certaines personnes vivant avec le VIH et membres des populations clés ont eu des expériences négatives avec des avocats. Celles-ci ont

³ Information communiquée aux consultants lors de l'atelier multipartite en février 2020.

⁴ Une des stratégies du CEPIAD qui offre des services de réduction des risques aux usagers et d'engager un dialogue avec les forces de l'ordre afin que les activités « outreach » avec la distribution de seringues et la méthadone puissent être menées sans intervention de la police (CEPIAD 2019).

été traitées de manière discriminatoire, sans sensibilité ou respect, ce qui contribue ensuite à dissuader de demander des conseils et représentation juridiques (LEA 2017).

1.4 Les programmes en cours visant à lever les obstacles liés aux droits humains

Programmes droits humains et VIH

Le Sénégal a fait de la lutte contre les discriminations et de la promotion des droits humains une priorité dans la réponse au VIH comme en témoigne le Plan national de lutte contre le sida de 2018-2022 et l'élaboration de ce plan quinquennal. Ainsi, plusieurs programmes visant à lever les obstacles liés aux droits humains ont été développés et mis en œuvre par les acteurs locaux en partenariat avec les partenaires techniques et financiers. Ces programmes sont orientés sur les points suivants;

- Renforcer la connaissance des populations clés sur leurs droits et leur mise en œuvre;
- Garantir un mécanisme de réponse rapide, d'accompagnement et de protection en cas de crise;
- Répertorier les cas de violation des droits humains;
- Renforcer le plaidoyer pour un environnement juridique favorable;
- Travailler davantage, et en priorité, avec les forces de l'ordre et les agents des structures de santé – premiers interlocuteurs des populations clé - pour lutter contre les discriminations et les violences ainsi qu'avec les familles, les leaders communautaires, les leaders religieux et influenceurs.

Ceci se traduit notamment par :

- Des interventions de sensibilisation et de dialogues avec les forces de l'ordre et les acteurs de santé au plus proche du terrain pour lutter contre les discriminations à l'encontre des populations clés, les protéger et faciliter le déploiement des activités de prévention et de prise en charge auprès de ces activités. Des efforts de plaidoyer sont aussi mis en œuvre pour mettre en place des formations dans les écoles de police et des professionnels de santé afin de former les professionnels de demain.
- L'extension des boutiques de droits et le renforcement des capacités des populations clé sur les droits humains et le plaidoyer;
- La mise en place du programme de veille et de suivi des violations des droits ReACT et la mise en œuvre d'un réseau de solidarité en cas de crise impliquant les acteurs gouvernementaux et communautaires de la lutte contre le VIH ainsi que d'autres acteurs et points focaux identifiés parmi les forces de l'ordre et dans le domaine de la justice.
- L'accès à un fonds d'urgence pour appuyer la prise en charge des populations clés: mise à l'abri (hébergement d'urgence, appui juridique, paiement de cautions, urgence socio sanitaire).
- Des projets de recherches sur les obstacles liés aux droits humains et des rencontres de plaidoyer avec les leadeurs communautaires, coutumiers et religieux ainsi que les décideurs politiques et les acteurs de la justice pour lutter contre la stigmatisation dans les communautés et promouvoir un environnement juridique favorable.

Programmes droits humains et TB

Encore peu de programmes spécifiques aux droits humains ont été mis en place dans le cadre de la lutte contre la tuberculose au Sénégal. Toutefois, certaines activités liées au VIH et aux droits humains, comme les formations auprès des prestataires de santé ou dans les prisons intègrent déjà la question de la tuberculose. Par ailleurs, une étude récente a été réalisée pour identifier des

activités phares pour rejoindre les populations clé, y compris des activités « droits humains et genre » (Étude populations clé TB 2020). Enfin, l'élaboration de ce plan quinquennal illustre l'engagement du Sénégal de renforcer la prise en compte des droits humains dans sa réponse à la tuberculose.

2. L'élaboration du plan quinquennal

Le contexte

Les efforts du Sénégal visant à renforcer la réponse au VIH et à la TB en investissant davantage dans les programmes visant à lever les barrières relatives aux droits humains et au genre sont soutenus par les institutions sénégalaises, les partenaires communautaires et les partenaires techniques et financiers. En particulier, le FM a contribué à accroître les investissements en matière de droits humains VIH/TB dans le cadre de l'initiative dite « Breaking Down Barriers » qui concerne 20 pays, dont le Sénégal. C'est dans le cadre de cette initiative, que l'évaluation de référence précitée a été réalisée en 2018. Cette évaluation a permis de recueillir les données nécessaires à l'élaboration d'un paquet de programmes exhaustifs « droits humains » dans le cadre de la réponse au VIH au Sénégal, orienter la mobilisation des ressources et le développement de ce plan quinquennal. C'est toujours dans le cadre de cette initiative que le Sénégal a reçu en 2019 des fonds de contrepartie pour renforcer ses programmes dans le domaine des droits humains et du VIH et pour les populations clés. Le Sénégal a d'ailleurs soumis une nouvelle demande de fonds de contrepartie en juin 2020 au FM incluant des interventions TB. Le FM a aussi apporté son soutien à l'élaboration de ce plan quinquennal.

Le plan quinquennal vise à amplifier et soutenir les efforts du Sénégal pour lever les barrières liées aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose à travers un paquet complet d'interventions sur cinq ans. Le plan est en phase avec les engagements du Sénégal à protéger et à promouvoir les droits de l'homme, y compris ses dispositions constitutionnelles sur les droits de l'homme, les instruments juridiques régionaux tels que la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, et les déclarations et conventions internationales, telles que la Déclaration universelle des droits de l'homme et les Pactes internationaux relatifs aux droits civils et politiques et aux droits économiques, sociaux et culturels. Il est aussi en ligne avec les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH et la TB (2018-2022) et les programmes déjà mis en œuvre ou financés. Le plan national stratégique de lutte contre la drogue (2016-2020) a également été pris en compte dans l'élaboration du plan.

Le processus

Les 5 et 6 février 2020, s'est tenu à Dakar, un atelier multipartite pour poser les bases du plan quinquennal pour une réponse globale aux obstacles liés aux droits humains qui entravent la riposte au VIH et à la TB au Sénégal. L'atelier multipartite a réuni plus de 50 participants, comprenant des représentants du gouvernement et du secteur public du Sénégal, les partenaires de la société civile sénégalaise, les partenaires techniques et financiers, les représentants des personnes vivant avec le VIH, populations clés et vulnérables, des organisations de défense des droits humains, des acteurs de la justice sénégalaise, des représentants du FM. La consultation multipartite a permis, à travers des travaux de groupe et en plénière, d'identifier les grandes lignes du plan stratégique et un certain nombre d'interventions à inclure dans le plan. Les parties se sont également entendues sur un plan d'une durée de 5 ans avec une évaluation qui sera faite au moment du développement du nouveau PSN de lutte contre le sida (2023-2027). Un groupe de

travail multisectoriel a été mis en place pour l'élaboration du plan avec le soutien d'un consultant national et d'un consultant international. En ce qui concerne la validation du plan quinquennal, il a été recommandé de suivre le même processus que celui applicable au PSN de lutte contre le sida. Enfin, il a été décidé d'inclure une partie du plan quinquennal dans la nouvelle demande de financement au FM déposée dans le cadre du NFM3 et d'approcher d'autres bailleurs de fonds pour le financement du plan.

Une première ébauche du plan quinquennal composée d'une partie narrative et d'une partie opérationnelle détaillée pouvant être utilisée pour l'élaboration de la nouvelle demande de fonds au FM a été partagée avec les membres du groupe de travail le 20 mars 2020. Avec la crise de la Covid-19, les réunions initialement prévues le 20 et le 24 mars avec le groupe de travail ont été annulées et le reste du travail a dû se faire uniquement à distance. Un formulaire d'orientation a été élaboré et envoyé au Groupe de travail pour faciliter l'envoi de commentaires. Une deuxième ébauche a ensuite été préparée sur la base des commentaires reçus par les consultants, d'entretiens individuels et de recherches complémentaires. Une rencontre en vidéoconférence avec les membres du groupe de travail a été organisée le 28 mai 2020 et s'est suivie d'une série d'entretiens individuels avec des membres du groupe de travail et d'autres acteurs impliqués dans la riposte. Le 6 juillet 2020, le projet de plan quinquennal a été présenté aux partenaires de la lutte contre le VIH lors de leur réunion mensuelle. Une dernière version consolidée a été envoyée le 13 juillet 2020 au Groupe de travail qui a validé le plan le 24 Juillet 2020. Les autorités sénégalaises ont validé le plan le 15 octobre 2020.

Les principes

L'élaboration et la mise en œuvre des activités planifiées dans le cadre de ce plan reposent sur des principes directeurs suivants :

- Une approche multisectorielle avec un engagement fort des institutions Sénégalaise en collaboration étroite avec les organisations de la société civile et les partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux.
- Les PVVIH, les patients TB et autres membres des populations clé et vulnérables sont au cœur de la riposte au VIH et à la TB. Ils sont associés à différents niveaux de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan quinquennal.
- Les organisations communautaires sont partie intégrale de la lutte contre le VIH et la TB. Elles apportent une contribution remarquable dans les différents domaines de prévention, de prise en charge globale et de défense des droits humains.

La théorie du changement

La stigmatisation, les discriminations, les violences, et les inégalités fondées sur le genre sont des obstacles au dépistage, à la prévention et aux soins relatifs au VIH et à la TB et ce, en particulier pour les membres des populations clé et vulnérables. La lutte contre le VIH et la TB au Sénégal exige le renforcement des programmes visant à lever ces obstacles à travers la mise en place d'une réponse multisectorielle coordonnée et valorisée, dotée de moyens tant financiers qu'humains pour mettre en œuvre des programmes exhaustifs à l'échelle nationale et qui s'inscrivent dans la durée. Ces programmes ont pour objectif premier de garantir que les communautés concernées, et en particulier les populations clé, sont informées de leurs droits pour

pouvoir mieux les défendre et les revendiquer, protégées contre les abus et les discriminations, y compris au sein de leur communauté, et outillée pour être de véritables acteurs de changement et participer pleinement à la riposte contre le VIH et la TB. La participation des communautés ainsi que la mise en place de programmes spécifiques de sensibilisation, de formation et d'engagement communautaire permettront de garantir que l'ensemble des acteurs de la riposte et interlocuteurs des communautés soient sensibilisés, responsabilisés et que les autorités soient engagées dans la protection des droits humains en lien avec le VIH et la TB. Ceci est essentiel pour lutter contre les discriminations et la stigmatisation dans l'accès à la santé, garantir des services adaptés aux besoins des communautés, lutter contre les arrestations arbitraires et les violences policières, protéger les droits des communautés affectées par le VIH et garantir une mise en œuvre effective des interventions de lutte contre le VIH, notamment auprès de populations clé. Enfin, des programmes spécifiques doivent être mis en œuvre pour lutter contre les inégalités et violences fondées sur le genre qui renforcent les vulnérabilités liées au VIH et à la TB.

A chaque objectif du plan ont été assignés un certain nombre d'interventions et d'activités sur la base des priorités identifiées :

- lors des consultations avec les parties prenantes et notamment les populations clé et pendant la rencontre multipartite du mois de février 2020 à Dakar ;
- à travers l'évaluation de référence publiée en juin 2018 et le plan d'action du LEA de 2019;
- sur la base des programmes existants, des documents et plans stratégiques nationaux pertinents et de la stratégie établie lors du développement des demandes de fonds de contrepartie au FM.

3. Objectifs, cibles et principales interventions du plan quinquennal

Objectifs

Le plan quinquennal répond à quatre objectifs majeurs :

- ➔ **Objectif 1 : Les populations clé et vulnérables sont outillées, protégées et acteurs de changement dans la défense des droits humains.**
- ➔ **Objectif 2 : Les interlocuteurs des populations clé et vulnérables sont sensibilisés, responsabilisés et engagés pour la promotion des droits humains.**
- ➔ **Objectif 3 : Réduire les inégalités et violences basées sur le genre.**
- ➔ **Objectif 4 : Assurer la coordination, la promotion et le suivi-évaluation du plan quinquennal.**

Groupes cibles

Les groupes cibles du plan quinquennal sont les suivants :

- **Populations clé VIH:** PVVIH, HSH, transgenre, TS, CDI et détenus (un accent particulier est mis sur les jeunes et les femmes issues des populations clé).
- **Populations vulnérables VIH:** enfants, personnes handicapées, femmes et jeunes filles (un accent particulier est mis sur les femmes enceintes).
- **Population clé TB:** Patients TB, sujets contacts, PVVIH, détenus, CDI, femmes, HSH, migrants.
- **Acteurs communautaires:** Médiateurs, pairs éducateurs et relais communautaires VIH/TB, leaders populations clé et vulnérables, Bajenu Gox, mothers mentors.
- **Acteurs de santé:** (d'aujourd'hui et de demain) personnel soignant, médecins, infirmier(ère)s, sages femmes, Bajenu gox et Mothers mentors, personnel de soutien (réception, gardiens), travailleurs sociaux et associations de prise en charge.
- **Responsables de l'adoption des lois et de son application:** Forces de l'ordre et de sécurité (d'aujourd'hui et de demain), acteurs judiciaires (juges, procureurs, avocats), administration pénitentiaire et législateurs.
- **Femmes et jeunes filles.** L'accent est mis sur les femmes et jeunes filles issues des populations clé et les femmes enceintes.
- **Groupe de travail :** en charge de la coordination du plan quinquennal sous l'égide du CNLS
- **Principaux responsables de la mise en œuvre :** CNLS, PNT, ANCS
- **Bailleurs de fonds et autres partenaires.**

Principales interventions et résultats attendus

Les principales interventions du Plan quinquennal permettront de mettre en place les conditions nécessaires à la réalisation des objectifs du plan.

Intervention 1. Lutte contre la stigmatisation et les discriminations

Résultats attendus :

- Les cas de stigmatisation, des discriminations et des violences qui créent des obstacles à la lutte contre le VIH et à la TB sont connus et documentés.
- Les acteurs et organisations communautaires sont renforcés pour accroître leurs capacités à rejoindre les populations clé et vulnérables et promouvoir et défendre leurs droits.
- Les acteurs communautaires exposés à la stigmatisation, aux discriminations et aux violences sont davantage accompagnés et protégés pour garantir leur sécurité et la pérennité de leurs interventions.
- Les populations clé et vulnérables ont une meilleure estime de soi. Des groupes de paroles sont en place ainsi qu'un soutien psychologique et familial pour lutter contre l'auto-stigmatisation et la stigmatisation au sein des familles.
- Les mythes et préjugés ainsi que les discours stigmatisant sur le VIH, la TB, les populations clé et vulnérables reculent et les efforts de lutte contre le VIH/TB sont soutenus au niveau local grâce à des campagnes d'information sur le VIH et la TB auprès du grand public et d'acteurs influant dans les communautés (médias, leaders coutumiers et religieux etc.) ainsi qu'en milieu de travail.

Intervention 2. Acquisition des notions de droits et services juridiques

Résultats attendus

- Les populations clé et vulnérables sont informées de leurs droits avec l'accès à des documents d'information, la participation à des causeries éducatives organisées par des acteurs communautaires formés et à travers les réseaux sociaux.
- Les populations clé et vulnérables peuvent bénéficier d'un soutien juridique à travers des para-juristes, des boutiques de droits, des cliniques juridiques et des avocats.
- Les droits des populations clé et vulnérables sont mieux protégés grâce à la formation et la sensibilisation des acteurs impliqués dans l'offre de services juridiques et la médiation.

Intervention 3. Amélioration des lois, des réglementations et des politiques relatives au VIH /TB

Résultats attendus :

- La société civile a les capacités humaines et financières pour soutenir les efforts de plaidoyer pour une amélioration des réglementations et des politiques relatives au VIH/TB.
- Des directives à l'intention de la police sont mises en place pour protéger les activités relatives à la lutte contre le VIH/TB auprès des populations clé.

- Un cadre juridique est mis en place pour sécuriser les activités de réduction des risques (RdR) auprès des usagers de drogues et des efforts sont engagés pour réduire la répression et l’incarcération des usagers de drogues qui renforcent leur vulnérabilité au VIH et à la TB.
- Le cadre juridique réglementant le travail du sexe est révisé pour protéger les droits des travailleuses du sexe et réduire leur vulnérabilité au VIH.
- La gratuité des soins relatifs au VIH et l’accès aux tests de charge virale permettent un meilleur accès aux soins et à la prévention. Des efforts sont entrepris pour lever les obstacles à l’accès aux soins et au dépistage des enfants.
- Les dispositions de la loi sur le VIH relatives à la pénalisation du VIH sont appliquées de manière limitée sur la base des dernières données scientifiques, des impératifs de santé publique et de défense des droits humains. La loi sur le VIH protège contre les discriminations à l’encontre de l’ensemble des populations clé.

Intervention 4. Sensibiliser, responsabiliser et engager les acteurs de santé

Résultats attendus :

- Les acteurs de santé d’aujourd’hui et de demain, et en particulier les acteurs de santé intervenant dans la prise en charge du VIH et de la TB, ont une bonne connaissance et compréhension de leurs obligations éthiques et juridiques et de leurs droits en tant qu’acteurs de santé et des questions relatives aux droits humains, au VIH/TB et aux VBG.
- Les populations clé, et notamment les jeunes populations clé, reçoivent des services et un accompagnement adapté à leurs besoins dans le respect de leurs droits fondamentaux, y compris en matière de lutte contre VBG, grâce à un personnel de santé formé et sensibilisé.
- Les sites de prise en charge et les acteurs de santé sont équipés pour mieux protéger les droits de leurs patients grâce au développement d’outils et de supports pour les soignants, notamment dans le domaine du dépistage.

Intervention 5. Sensibiliser, responsabiliser et engager les forces de l’ordre, les acteurs judiciaires et de l’administration pénitentiaire ainsi que les législateurs

Résultats attendus :

- Les forces de police et de sécurité d’aujourd’hui et de demain ont une bonne connaissances des enjeux relatifs aux droits humains et au VIH/TB, comprennent l’impact des pratiques policières sur la lutte contre le VIH/TB et l’importance du travail des intervenants communautaires auprès des populations clé à travers des formations au sein des écoles de police et auprès des agents de police en poste, des rencontres avec les responsables des forces de police et de sécurité, ainsi que l’organisation, régulière, de dialogues communautaires entre forces de l’ordre et intervenants communautaires au niveau local.
- Les droits des populations clé et vulnérables, et notamment ceux des acteurs communautaires travaillant avec les populations clé sont mieux respectés et protégés grâce à la diffusion de directives protectrices des interventions communautaires à l’intention de la police et du suivi réalisé par les acteurs communautaires et para-

juristes ; de l'identification de points focaux au sein des forces de la police et du travail du comité de veille au niveau national.

- Les juges, les procureurs et les parlementaires sont sensibilisés à la protection des droits des populations clé et vulnérables à travers l'organisation de formations et des consultations sur les droits humains, le VIH/TB et les VBG. Les actions de plaidoyer visant à réformer les lois et les politiques sont soutenues et mises en œuvre par des parlementaires engagés.
- Les droits des détenus sont mieux protégés grâce à la sensibilisation des membres de l'administration pénitentiaire et l'implication de l'Observatoire National des Lieux de Privation de Liberté dans la défense des droits des détenus vivant avec le VIH/TB et populations clé.

Intervention 6. Renforcement de la dimension genre dans la défense des droits humains et la riposte au VIH/TB

Résultats attendus :

- Les femmes et jeunes filles sont mieux protégées contre les violences sexuelles. Les femmes et les jeunes filles sont informées de la réforme de la législation sur les violences sexuelles ainsi que les forces de police, procureurs et juges en charge de son application. Les femmes et les jeunes filles ont accès au soutien psychosocial, médical et juridique nécessaire en cas de violences basées sur le genre.
- La riposte au VIH/TB prend en compte les spécificités liées au genre et notamment les besoins des femmes issues des populations clé.
- Les droits des femmes vivant avec les VIH et issues d'autres populations clé ainsi que leurs réalités sont prises en compte dans la lutte pour l'égalité et les violences basées sur le genre.
- Les droits à la santé sexuelle et reproductive des femmes issues des populations clé et des femmes enceinte sont garantis grâce à un plaidoyer pour l'intégration des services de santé sexuelle et reproduction et de PTME dans les programmes pour les populations clé et pour les jeunes filles et adolescentes.

Intervention 7 : Coordination, promotion, suivi et évaluation de la réponse multisectorielle

Résultats attendus :

- Les capacités de coordination et de mise en œuvre du plan quinquennal sont renforcées.
- Les informations sur la mise en œuvre du plan quinquennal sont partagées et le suivi-évaluation est assuré.
- Les bonnes pratiques sont diffusées et les interventions relatives aux droits humains sont valorisées pour garantir leur pérennité tant auprès des institutions gouvernementales qu'auprès des bailleurs de fonds.
- Les acteurs impliqués dans la promotion des droits humains relatifs au VIH et à la TB sont élargis pour une réponse multisectorielle intégrée au niveau national.

4. Dispositif de coordination et de mise en œuvre

La mise en œuvre du plan quinquennal sera assurée principalement par le CNLS, du PNT et l'ANCS avec le soutien du Groupe de travail ayant élaboré le plan qui deviendra le comité de pilotage coordonné par le CNLS. Le comité de pilotage se rencontrera tous les six mois pour une mise en œuvre effective et transparente. Les activités sont ajustées si nécessaire et au temps opportun.

Par ailleurs, des efforts de mobilisation des partenaires et bailleurs de fonds seront engagés par le biais de rencontres autour du plan quinquennal au niveau national et international. Cela devrait faciliter la création d'un vaste réseau de partenaires et bailleurs de fonds clé qui contribueront non seulement au financement mais aussi à la mise en œuvre du plan, et seront impliqués dans la défense des droits humains relatifs au VIH/TB.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

- Ministère de la justice (1)
- Ministère de l'intérieur (1)
- CCM (2)
- CNLS (3)
- PNT (1)
- ANCS (3)
- ENDA (1)
- RENAPOC (3)
- RNP+ (2)
- Réseau national des personnes vivant avec la tuberculose (1)
- Plan international
- ONUSIDA (1)
- PEPFAR (1)

REMERCIEMENTS

Des remerciements envers le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme ainsi que les partenaires nationaux, techniques et financiers qui ont fourni une expertise, des contributions et des ressources ayant rendu possible l'élaboration de ce plan.

Des remerciements envers tous les membres du groupe de travail qui ont travaillé à la production de ce plan.